

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

19. 7. 1955.

Regierungsvorlage.

Bundesgesetz vom über die Allgemeine Sozialversicherung (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz — ASVG.).

Der Nationalrat hat beschlossen:

ERSTER TEIL.

Allgemeine Bestimmungen.

ABSCHNITT I.

Geltungsbereich.

Geltungsbereich im allgemeinen.

§ 1. Dieses Bundesgesetz regelt die allgemeine Sozialversicherung im Inland beschäftigter Personen einschließlich der den Dienstnehmern nach Maßgabe dieses Bundesgesetzes gleichgestellten selbständig Erwerbstätigen und die Krankenversicherung der Rentner aus der allgemeinen Sozialversicherung.

Umfang der allgemeinen Sozialversicherung.

§ 2. (1) Die allgemeine Sozialversicherung umfaßt die Krankenversicherung, die Unfallversicherung und die Pensionsversicherung mit Ausnahme der im Abs. 2 bezeichneten Sonderversicherungen. Die Pensionsversicherung gliedert sich in folgende Zweige: Pensionsversicherung der Arbeiter, Pensionsversicherung der Angestellten, knappschaftliche Pensionsversicherung.

(2) Für die Sonderversicherungen der Krankenversicherung der Bundesangestellten, der Meisterkrankenversicherung, der Notarversicherung, der Krankenversicherung der Empfänger von Arbeitslosengeld und Notstandshilfe und der Krankenversicherung der Kriegshinterbliebenen gelten die Vorschriften dieses Bundesgesetzes nur soweit, als dies in den Vorschriften über diese Sonderversicherungen oder in diesem Bundesgesetz angeordnet ist.

Beschäftigung im Inland.

§ 3. (1) Als im Inland beschäftigt gelten unselbständig Erwerbstätige, deren Beschäftigungsort (§ 30 Abs. 2) im Inland gelegen ist, selbständig Erwerbstätige, wenn der Sitz ihres Betriebes und ihr Wohnsitz im Inland gelegen sind.

- (2) Als im Inland beschäftigt gelten auch
- Dienstnehmer, die dem fahrenden Personal einer dem internationalen Verkehr auf Flüssen oder Seen dienenden Schiffahrtsunternehmung angehören, wenn sie ihren Wohnsitz im Inland haben oder — ohne im Ausland einen Wohnsitz zu haben — auf dem Schiffe, auf dem sie beschäftigt sind, wohnen, und die Schiffahrtsunternehmung im Inland ihren Sitz oder eine Zweigniederlassung hat;
 - Dienstnehmer einer dem öffentlichen Verkehr dienenden Eisenbahn, ihrer Eigenbetriebe und ihrer Hilfsanstalten, die auf im Ausland liegenden Anschlußstrecken oder Grenzbahnhöfen tätig sind;
 - Dienstnehmer, die dem fliegenden Personal einer dem internationalen Verkehr dienenden Luftschiffahrtsunternehmung angehören, wenn sie ihren Wohnsitz im Inland haben und die Luftschiffahrtsunternehmung im Inland ihren Sitz hat;
 - Dienstnehmer, deren Dienstgeber den Sitz in Österreich haben und die ins Ausland entsendet werden, sofern ihre Beschäftigung im Ausland die Dauer eines Jahres nicht übersteigt; das Bundesministerium für soziale Verwaltung kann, wenn die Art der Beschäftigung es begründet, diese Frist entsprechend verlängern;
 - Dienstnehmer österreichischer Staatsangehörigkeit, die bei einer amtlichen Vertretung der Republik Österreich im Ausland oder bei Mitgliedern einer solchen Vertretung im Ausland beschäftigt sind.

(3) Als im Inland beschäftigt gelten insbesondere nicht die Dienstnehmer inländischer Betriebe für die Zeit ihrer dauernden Beschäftigung im Ausland, die ausschließlich für den Dienst im Ausland bestellten Reisenden, die ihren Wohnsitz im Ausland haben, die Dienstnehmer eines ausländischen Betriebes, sofern sie nicht in einer inländischen Zweigniederlassung (Betriebsstätte, Geschäftsstelle, Niederlage) dieses Betriebes beschäftigt sind, und Dienstnehmer, die sich in Begleitung eines Dienstgebers, der im Inland keinen Wohnsitz hat, nur vorübergehend im Inland aufhalten.

ABSCHNITT II.

Umfang der Versicherung.

1. UNTERABSCHNITT.

Pflichtversicherung.

Vollversicherung.

§ 4. (1) In der Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung sind auf Grund dieses Bundesgesetzes versichert (vollversichert), wenn die betreffende Beschäftigung weder gemäß den §§ 5 und 6 von der Vollversicherung ausgenommen ist, noch nach § 7 nur eine Teilversicherung begründet:

1. die bei einem oder mehreren Dienstgebern beschäftigten Dienstnehmer;

2. die in einem Lehrverhältnis stehenden Personen (Lehrlinge);

3. die zum Zwecke der vorgeschriebenen Ausbildung für den künftigen, abgeschlossene Hochschulbildung erfordernden Beruf nach Abschluß dieser Hochschulbildung beschäftigten Personen, wenn die Ausbildung nicht im Rahmen eines Dienst- oder Lehrverhältnisses erfolgt, jedoch mit Ausnahme der Volontäre;

4. Lernschwestern (Krankenpflegeschülerinnen) und Hebammenschülerinnen an einer inländischen Hebammenlehranstalt;

5. die den Dienstnehmern im Sinne des Abs. 3 gleichgestellten Personen;

6. die Heimarbeiter und die diesen nach den jeweiligen gesetzlichen Vorschriften über die Heimarbeit arbeitsrechtlich gleichgestellten Personen.

(2) Dienstnehmer im Sinne dieses Bundesgesetzes ist, wer in einem Verhältnis persönlicher und wirtschaftlicher Abhängigkeit gegen Entgelt beschäftigt wird; hiezu gehören auch Personen, bei deren Beschäftigung die Merkmale persönlicher und wirtschaftlicher Abhängigkeit gegenüber den Merkmalen selbständiger Ausübung der Erwerbstätigkeit überwiegen.

(3) Den Dienstnehmern stehen, soweit im folgenden nichts Besonderes bestimmt wird, gleich:

1. selbständige Hebammen mit Niederlassungsbewilligung;

2. in der Krankenpflege selbständig erwerbstätige Personen, die zur Berufsausübung nach den hiefür geltenden Vorschriften berechtigt sind, wenn sie in Ausübung ihres Berufes keine Angestellten beschäftigen;

3. selbständige Lehrer und Erzieher, ferner selbständige bildende Künstler, Musiker und Artisten, alle diese, wenn die betreffende Beschäftigung ihren Hauptberuf und die Hauptquelle ihrer Einnahmen bildet und wenn sie in Ausübung ihres Berufes keine Angestellten beschäftigen;

4. selbständige Pecher, das sind Personen, die, ohne auf Grund eines Dienst- oder Lehrverhältnisses beschäftigt zu sein, durch Gewinnung von

Harzprodukten in fremden Wäldern eine saisonmäßig wiederkehrende Erwerbstätigkeit ausüben, sofern sie dieser Erwerbstätigkeit in der Regel ohne Zuhilfenahme familienfremder Arbeitskräfte nachgehen;

5. Markthelfer, die auf den Märkten amtlich zugelassen sind, in keinem Dienstverhältnis stehen, auch nicht Bedienstete einer Gemeinde sind und nicht selbst Dienstnehmer beschäftigen, wenn sie nach den Vorschriften einer Marktordnung zu Arbeitspartien mit einem geschäftsführenden Partieführer zusammengefaßt sind, dem der Verkehr mit den öffentlich-rechtlichen Dienststellen sowie mit den Auftraggebern obliegt;

6. Gepäckträger, die im Sinne der Eisenbahnverkehrsordnung von der Eisenbahnverwaltung bestellt sind oder einer Gepäckträgergemeinschaft der Österreichischen Bundesbahnen angehören;

7. Bergführer und Fremdenführer, wenn sie diese Tätigkeit auf Grund einer behördlich erteilten Bewilligung im Hauptberuf selbständig ausüben;

8. öffentliche Verwalter, wenn sie nicht unmittelbar vor ihrer Bestellung zu öffentlichen Verwaltern ausschließlich selbständig erwerbstätig gewesen sind.

Ausnahmen von der Vollversicherung.

§ 5. (1) Von der Vollversicherung nach § 4 sind — unbeschadet einer nach § 7 oder nach § 8 eintretenden Teilversicherung — ausgenommen:

1. Der Ehegatte, die Kinder, Enkel, Wahlkinder und Stiefkinder sowie die Eltern, Großeltern, Wahleltern und Stiefeltern des Dienstgebers;

2. Dienstnehmer, ihnen gemäß § 4 Abs. 1 Z. 5 gleichgestellte Personen, ferner Heimarbeiter und ihnen gleichgestellte Personen hinsichtlich einer Beschäftigung, die nach Abs. 2 als geringfügig anzusehen ist, soweit sie nicht nach der Sonderregelung für die Versicherung der unständig beschäftigten Arbeiter in der Land- und Forstwirtschaft vollversichert sind;

3. a) Dienstnehmer hinsichtlich einer Beschäftigung in einem öffentlich-rechtlichen oder unkündbaren privatrechtlichen Dienstverhältnis zum Bund, zu einem Bundesland, einem Bezirk oder einer Gemeinde sowie zu von diesen Körperschaften verwalteten Betrieben, Anstalten, Stiftungen oder Fonds, ferner die dauernd angestellten Dienstnehmer der Zentralsparkasse der Gemeinde Wien und der Salzburger Sparkasse, alle diese, wenn

aa) ihnen aus ihrem Dienstverhältnis die Anwartschaft auf Ruhe- und Versorgungsgenüsse, die den Leistungen der

betreffenden Unfall- und Pensionsversicherung gleichwertig sind — im Falle des Vorbereitungsdienstes spätestens mit Ablauf dieses Dienstes — zusteht und

- bb) sie im Erkrankungsfalle Anspruch auf Weiterzahlung ihrer Dienstbezüge durch mindestens sechs Monate haben;
- b) nicht schon unter lit. a fallende Dienstnehmer hinsichtlich einer Beschäftigung in einem Dienstverhältnis, das die Krankenversicherung nach den Vorschriften über die Krankenversicherung der Bundesangestellten bei der Krankenversicherungsanstalt der Bundesangestellten oder bei der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen begründet oder im Falle der Einbeziehung der Dienstnehmer in diese Versicherung begründen würde, wenn ihnen aus ihrem Dienstverhältnis die Anwartschaft auf Ruhe- und Versorgungsgenüsse, die den Leistungen der betreffenden Unfall- und Pensionsversicherung gleichwertig sind — im Falle des Vorbereitungsdienstes spätestens mit Ablauf dieses Dienstes — zusteht;

4. nichtständige Hochschulassistenten im Sinne des Hochschulassistentengesetzes 1948, BGBl. Nr. 32/1949, und die Angestellten des Dorotheums, soweit sie im pragmatischen Dienstverhältnis stehen oder der vom Vorstand des Dorotheums erlassenen und vom Kuratorium genehmigten Dienstordnung unterliegen;

5. die ständigen Salinenarbeiter, die dem „Statut über die Krankenunterstützung der Salinenarbeiter“ und dem Provisionsstatut für diese Arbeiter unterstellt sind;

6. die ständigen Arbeiter des Hauptmünzamt, die den Bestimmungen über die Ruhe- und Versorgungsgenüsse der Münzarbeiterschaft sowie deren Hinterbliebenen unterstellt sind;

7. Geistliche der katholischen Kirche sowie der evangelischen Kirche A. B. und H. B. hinsichtlich der Seelsorgetätigkeit und der sonstigen Tätigkeit, die sie in Erfüllung ihrer geistlichen Verpflichtung ausüben, zum Beispiel des Religionsunterrichtes, es wäre denn, daß sie hiebei in einem Dienstverhältnis zu einer anderen Körperschaft (Person) als ihrer Kirche stehen, ferner Angehörige der Orden und Kongregationen der katholischen Kirche sowie der Diakonissenanstalten der evangelischen Kirche A. B. und H. B.;

8. Notariatskandidaten und andere Dienstnehmer von Notaren hinsichtlich einer Beschäftigung, welche die Sozialversicherung nach den Vorschriften über die Notarversicherung begründet;

9. Dienstnehmer nicht österreichischer Staatsangehörigkeit hinsichtlich einer Beschäftigung

bei Dienstgebern, denen Exterritorialität zukommt;

10. den Heimarbeitern nach den jeweiligen gesetzlichen Vorschriften über die Heimarbeit gleichgestellte Zwischenmeister (Stückmeister), die als solche bei einer Meisterkrankenkasse versichert sind.

(2) Als geringfügig im Sinne des Abs. 1 Z. 2 ist eine Beschäftigung anzusehen, wenn sie bei Personen, die der Pensionsversicherung der Arbeiter zugehören, monatlich kein höheres Entgelt (Einkommen) als 210 S, bei Personen, die der Pensionsversicherung der Angestellten zugehören, monatlich kein höheres Entgelt (Einkommen) als 270 S ergibt. Eine Beschäftigung, die nur deswegen monatlich kein höheres als das oben bezeichnete Entgelt ergibt, weil infolge Arbeitsmangels im Betrieb die sonst übliche Zahl von Arbeitsstunden nicht erreicht wird (Kurzarbeit) oder eine Beschäftigung, die der Hausbesorgerordnung unterliegt, gilt nicht als geringfügig.

§ 6. Die Gleichwertigkeit der Anwartschaft auf Ruhe- und Versorgungsgenüsse mit den Leistungen der Pensions- oder Unfallversicherung im Sinne des § 5 Abs. 1 Z. 3 ist als gegeben anzunehmen, wenn die Anwartschaft auf bundesgesetzlicher oder einer der bundesgesetzlichen Regelung gleichartigen landesgesetzlichen Regelung beruht. Andernfalls entscheidet das Bundesministerium für soziale Verwaltung über die Gleichwertigkeit, wobei die Gesamtansprüche mit Rücksicht auf den besonderen Personenkreis nach Billigkeit zu veranschlagen sind. Die Gleichwertigkeit ist jedenfalls nicht gegeben, wenn auf die vom Dienstgeber zugesicherten Ruhe- und Versorgungsgenüsse nach den hierfür maßgebenden dienstrechtlichen Bestimmungen Leistungen aus der Pensions- beziehungsweise Unfallversicherung anzurechnen sind.

Teilversicherung von im § 4 genannten Personen.

§ 7. Nur in den nachstehend angeführten Versicherungen sind von den im § 4 genannten Personen auf Grund dieses Bundesgesetzes versichert (teilversichert):

1. in der Kranken- und Unfallversicherung hinsichtlich der nachstehend bezeichneten Beschäftigungsverhältnisse:

- die ständigen Arbeiter der „Austria Tabakwerke A. G.“, die dem für diese Arbeiter geltenden Provisionsstatut unterstellt sind;
- die angelobten Arbeiter der „Österreichischen Staatsdruckerei“, die der für diese Arbeiter geltenden Vorschrift über die Ruhe- und Versorgungsgenüsse in der jeweils geltenden Fassung unterstellt sind;
- Personen, die bei der Post- und Telegraphenverwaltung in einem vertraglichen

Dienstverhältnis stehen und Teilnehmer am ehemaligen Provisionsfonds für Postboten und ihre Hinterbliebenen, BGBl. Nr. 375/1926, waren, sofern sie in die Provisionsanwartschaft des Bundes rückübernommen wurden;

- d) die provisionsberechtigten ständigen Forstarbeiter der Österreichischen Bundesforste;

2. in der Unfall- und Pensionsversicherung

- a) Dienstnehmer hinsichtlich einer Beschäftigung in einem Dienstverhältnis zu einer der im § 5 Abs. 1 Z. 3 lit. a bezeichneten Gebietskörperschaften sowie zu von solchen Körperschaften verwalteten Betrieben, Anstalten, Stiftungen und Fonds oder zu einem anderen Dienstgeber, wenn

aa) sie in dieser Beschäftigung nach den Vorschriften über die Krankenversicherung der Bundesangestellten für den Fall der Krankheit pflichtversichert sind oder wenn ihnen durch eine eigene Krankenfürsorgeeinrichtung des Dienstgebers mindestens die Leistungen der Krankenversicherung der Bundesangestellten gesichert sind und

bb) ihnen aus ihrem Dienstverhältnis keine Anwartschaft auf Ruhe- und Versorgungsgenüsse im Sinne des § 5 Abs. 1 Z. 3 lit. b und des § 6 zusteht;

- b) die gemäß § 5 Abs. 1 Z. 10 von der Vollversicherung ausgenommenen Zwischenmeister (Stückmeister);

3. in der Unfallversicherung hinsichtlich der nachstehend bezeichneten Tätigkeiten (Beschäftigungsverhältnisse):

- a) die im § 5 Abs. 1 Z. 2 von der Vollversicherung ausgenommenen Beschäftigten;

b) die Beamten der Österreichischen Bundesbahnen, auf die die Besoldungsordnung laut Kundmachung des Bundesministeriums für Verkehr vom 14. November 1947, BGBl. Nr. 263, Anwendung findet, und die Sondervertragsangestellten der Österreichischen Bundesbahnen, die auf Grund dieses Bundesgesetzes nach den gesetzlichen Vorschriften über die Krankenversicherung der Bundesangestellten für den Fall der Krankheit versichert sind;

- c) die öffentlichen Verwalter, soweit sie unmittelbar vor ihrer Bestellung zu öffentlichen Verwaltern ausschließlich selbständig erwerbstätig gewesen sind.

Sonstige Teilversicherung.

§ 8. (1) Nur in den nachstehend angeführten Versicherungen sind überdies auf Grund dieses Bundesgesetzes versichert (teilversichert):

1. in der Krankenversicherung die Bezieher einer Rente aus der Pensionsversicherung, wenn und solange sie sich ständig im Inland aufhalten;

2. in der Unfall- und Pensionsversicherung die im Betrieb der Eltern, Großeltern, Wahl- oder Stiefeltern als Dienstnehmer oder Lehrlinge beschäftigten Kinder, Enkel, Wahl- oder Stiefkinder, ferner die im Betrieb der Eltern, Großeltern, Wahl- oder Stiefeltern ohne Entgelt regelmäßig 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;

3. in der Unfallversicherung hinsichtlich der nachstehend bezeichneten Tätigkeiten (Beschäftigungsverhältnisse):

a) alle selbständig Erwerbstätigen, die Mitglieder einer Kammer der gewerblichen Wirtschaft sind, ferner unter derselben Voraussetzung die persönlich haftenden Gesellschafter einer offenen Handelsgesellschaft oder Kommanditgesellschaft, solange sie nicht durch den Gesellschaftsvertrag von der Führung der Geschäfte zur Gänze ausdrücklich ausgeschlossen sind;

b) alle selbständig Erwerbstätigen in land- und forstwirtschaftlichen Betrieben und diesen gleichgestellten Betrieben (§ 27 Abs. 2), ferner die nachstehend bezeichneten Familienangehörigen eines solchen selbständig Erwerbstätigen, wenn sie in dessen land- und forstwirtschaftlichem Betrieb oder gleichgestellten Betrieb tätig sind:

der Ehegatte,
die Kinder, Enkel, Wahl- und Stiefkinder und
die Eltern, Großeltern, Wahl- und Stiefeltern;

c) die Teilnehmer an Umschulungs-, Nachschulungs- und sonstigen beruflichen Ausbildungslehrgängen der Landesarbeitsämter, Landesinvalidenämter, Sozialversicherungsträger sowie Interessenvertretungen der Dienstgeber und Dienstnehmer, soweit die Umschulung nicht im Rahmen eines Dienst- oder Lehrverhältnisses erfolgt, sowie die Lehrenden bei solchen Lehrgängen, ferner Personen, die eine im Rahmen der Mittel- oder Hochschulstudien vorgeschriebene oder übliche praktische Tätigkeit vor den Studien oder während der Studien ausüben, sowie die Ferialpraktikanten und Volontäre;

d) die Angehörigen von freiwilligen Feuerwehren, Pflichtfeuerwehren und Feuerwehrverbänden, ferner die Angehörigen freiwilliger Wasserwehren, des Österreichischen Roten Kreuzes, der freiwilligen Rettungsgesellschaften, der Rettungsflugwacht und des Österreichischen Bergrettungsdienstes

in Ausübung der ihnen als Mitglieder oder freiwillige Helfer dieser Organisationen obliegenden Pflichten;

- e) Personen, die wie ein nach lit. a bis d oder nach § 4 Versicherter tätig werden, auch wenn dies nur vorübergehend geschieht;
- f) die Versicherungsvertreter in den Verwaltungskörpern der Sozialversicherungsträger und des Hauptverbandes (§ 31) in Ausübung der ihnen auf Grund dieser Funktion obliegenden Pflichten.

(2) Die Bestimmungen des Abs. 1 Z. 3 lit. a finden auf Verpächter von Betrieben sowie auf Inhaber von ruhenden Betrieben, Witwen- und Deszendentenbetrieben keine Anwendung, sofern diese Personen im Betrieb nicht tätig sind.

Einbeziehung in die Krankenversicherung im Verordnungsweg.

§ 9. Das Bundesministerium für soziale Verwaltung kann nach Anhörung der in Betracht kommenden Interessenvertretungen und des Hauptverbandes (§ 31) Gruppen von Personen, die keinem Erwerbe nachgehen oder als Grenzgänger in einem benachbarten Auslandsstaat unselbständig erwerbstätig sind und einer gesetzlichen Pflichtversicherung für den Fall der Krankheit nicht unterliegen, aber eines Versicherungsschutzes bedürfen, durch Verordnung in die Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz einbeziehen, wenn der Einbeziehung nicht öffentliche Rücksichten vom Gesichtspunkt der Sozialversicherung entgegenstehen. Die Verordnung bedarf der Zustimmung des Hauptausschusses des Nationalrates.

Beginn der Pflichtversicherung.

§ 10. (1) Die Pflichtversicherung der Dienstnehmer, ferner der gemäß § 8 Abs. 1 Z. 2 teilversicherten, nicht als Dienstnehmer beschäftigten Personen, der in einem Lehr- oder Ausbildungsverhältnis stehenden Personen sowie der Heimarbeiter und der diesen gleichgestellten Personen beginnt unabhängig von der Erstattung einer Anmeldung mit dem Tag des Beginnes der Beschäftigung beziehungsweise des Lehr- oder Ausbildungsverhältnisses. Für das Ausscheiden aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis, ohne daß dem Ausgeschiedenen ein Ruhegenuß und seinen Hinterbliebenen ein Versorgungsgenuß aus dem Dienstverhältnis zusteht, gilt hinsichtlich des Beginnes der Pflichtversicherung nach diesem Bundesgesetz die Bestimmung des § 11 Abs. 5 entsprechend.

(2) Die Pflichtversicherung der selbständigen Pecher (§ 4 Abs. 3 Z. 4), der selbständig Erwerbstätigen und ihrer Familienangehörigen (§ 8 Abs. 1 Z. 3 lit. a und b), der Teilnehmer an Umschulungs-, Nachschulungs- und sonstigen beruflichen Ausbildungslehrgängen, der Mittel- und Hochschulüler, die eine vorgeschriebene oder

übliche praktische Tätigkeit ausüben, der Ferialpraktikanten und Volontäre (§ 8 Abs. 1 Z. 3 lit. c) sowie der gemäß § 8 Abs. 1 Z. 3 lit. e Teilversicherten beginnt mit dem Tage der Aufnahme der versicherungspflichtigen Tätigkeit.

(3) Die Pflichtversicherung der Hebammen, Krankenpfleger, Markthelfer, Bergführer und Fremdenführer, sowie der öffentlichen Verwalter (§ 4 Abs. 3 Z. 1, 2, 5, 7 und 8 sowie § 7 Z. 3 lit. c) beginnt mit der Erteilung der amtlichen Bewilligung zur Ausübung der versicherungspflichtigen Tätigkeit beziehungsweise der amtlichen Bestellung zum öffentlichen Verwalter.

(4) Die Pflichtversicherung der Angehörigen von freiwilligen Feuerwehren, Pflichtfeuerwehren und Feuerwehrverbänden, ferner von Angehörigen freiwilliger Wasserwehren, des Österreichischen Roten Kreuzes, der freiwilligen Rettungsgesellschaften, der Rettungsflugwacht und des Österreichischen Bergrettungsdienstes (§ 8 Abs. 1 Z. 3 lit. d) beginnt mit dem Beginn der Zugehörigkeit zu der betreffenden Organisation.

(5) Die Pflichtversicherung der im § 4 Abs. 3 Z. 3 und 6 bezeichneten Personen und die Krankenversicherung der nach § 9 einbezogenen Personen beginnt mit dem Eintritt des Tatbestandes, der den Grund der Versicherung bildet. Das Nähere hinsichtlich der Krankenversicherung der nach § 9 einbezogenen Personen wird durch die Verordnung über die Einbeziehung geregelt.

(6) Die Krankenversicherung der Rentner (§ 8 Abs. 1 Z. 1) beginnt, soweit im Abs. 7 nichts anderes bestimmt wird, mit dem Tag, an dem der Rentner den Rentenbescheid erhält, wenn jedoch die Rente erst später anfällt, mit dem Tag des Anfalles der Rente.

(7) Wurde ein Antrag auf Zuerkennung einer Rente gestellt, deren Bezug die Krankenversicherung nach § 8 Abs. 1 Z. 1 begründet, so ist der Rentenwerber berechtigt, gleichzeitig oder nachher die Ausstellung einer Bescheinigung für die vorläufige Krankenversicherung zu beantragen. In diesem Falle hat der Träger der Pensionsversicherung nach pflichtgemäßem Ermessen zu prüfen, ob die Zuerkennung der Rente wahrscheinlich ist. Trifft dies zu, so hat er eine Bescheinigung darüber auszustellen, daß die Krankenversicherung vorläufig mit dem Tag beginnt, an dem der Rentner die Bescheinigung erhält. Die Bescheinigung ist sowohl dem Antragsteller als auch dem zuständigen Träger der Krankenversicherung zuzustellen. Die Ausstellung oder die Ablehnung der Bescheinigung kann durch ein Rechtsmittel nicht angefochten werden. Dieses Recht besteht nicht, wenn der Rentenwerber bereits auf Grund einer Beschäftigung oder aus einem anderen Grunde krankenversichert ist.

Ende der Pflichtversicherung.

§ 11. (1) Die Pflichtversicherung der im § 10 Abs. 1 bezeichneten Personen erlischt, soweit in

den Abs. 2 bis 6 nichts anderes bestimmt wird, mit dem Ende der Beschäftigung oder des Lehr- oder Ausbildungsverhältnisses. Fällt jedoch der Zeitpunkt, an dem der Anspruch auf Entgelt endet, nicht mit dem Zeitpunkt des Endes der Beschäftigung zusammen, so erlischt die Pflichtversicherung mit dem Ende des Entgeltanspruches.

(2) Wird ein gerichtlicher oder außergerichtlicher Vergleich über den dem Dienstnehmer nach Beendigung des Dienstverhältnisses gebührenden Arbeitslohn oder Gehalt abgeschlossen, so verlängert sich die Pflichtversicherung um den Zeitraum, der durch den Vergleichsbetrag (Pauschbetrag) nach Ausscheidung allfälliger, gemäß § 49 nicht zum Entgelt im Sinne dieses Bundesgesetzes gehörender Bezüge, gemessen an den vor dem Austritt aus der Beschäftigung gebührenden Bezügen, gedeckt ist.

(3) Die Pflichtversicherung besteht weiter für die Zeit einer bis zu einem Monat dauernden Arbeitsunterbrechung infolge Urlaubes ohne Entgeltzahlung, wenn das Beschäftigungsverhältnis in dieser Zeit nicht beendet wird.

(4) Treten bei Fortbestand des Beschäftigungsverhältnisses die Voraussetzungen für die Ausnahme von der Vollversicherung nach § 5 ein, so endet die Pflichtversicherung mit dem Ende des laufenden Beitragszeitraumes, tritt aber der Ausnahmegrund am ersten Tag eines Beitragszeitraumes ein, mit dem Ablauf des vorhergehenden Beitragszeitraumes; in den Fällen des § 5 Abs. 1 Z. 3 gilt der Ausnahmegrund als mit dem Tage der Aushändigung oder Zustellung des Aufnahmedekretes oder in Ermangelung eines solchen mit der Anbringung des Aktenvermerkes über die Verständigung von der Aufnahme als eingetreten.

(5) Die Aufnahme in ein öffentlich-rechtliches Dienstverhältnis wird hinsichtlich der Pflichtversicherung, wenn die Aushändigung oder Zustellung des Dekretes oder in Ermangelung eines Dekretes der Aktenvermerk über die Verständigung an einem Monatsersten erfolgt, mit diesem Tage, sonst mit dem nächstfolgenden Monatsersten wirksam.

(6) Treten bei Fortbestand des Beschäftigungsverhältnisses, das die Vollversicherung begründet, die Voraussetzungen für die Teilversicherung nach § 7 ein, so gelten bezüglich des Endes der Vollversicherung die Bestimmungen des Abs. 4 entsprechend.

§ 12. (1) Die Pflichtversicherung der im § 10 Abs. 2 bezeichneten Personen erlischt mit dem Ende der die Pflichtversicherung begründenden Tätigkeit.

(2) Die Pflichtversicherung der im § 10 Abs. 3 bezeichneten Personen endet mit der Entziehung der amtlichen Bewilligung zur Ausübung der ver-

sicherungspflichtigen Tätigkeit beziehungsweise mit der Enthebung als öffentlicher Verwalter.

(3) Die Pflichtversicherung der im § 10 Abs. 4 bezeichneten Personen endet mit dem Ende der Zugehörigkeit zu der betreffenden Organisation.

(4) Die Pflichtversicherung der im § 4 Abs. 3 Z. 3 und 6 bezeichneten Personen und die Krankenversicherung der nach § 9 einbezogenen Personen endet mit dem Wegfall des für die Versicherung maßgebenden Tatbestandes. § 10 Abs. 5 letzter Satz gilt entsprechend.

(5) Die Krankenversicherung der Rentner endet mit dem Ablauf des Kalendermonates, für den letztmalig die Rente im Inland ausgezahlt wird. Die vorläufige Krankenversicherung (§ 10 Abs. 7) endet mit der Zustellung des abweisenden Rentenbescheides.

2. UNTERABSCHNITT.

Versicherungszugehörigkeit der Pflichtversicherten zu den einzelnen Arten der Pensionsversicherung.

a) Pensionsversicherung der Arbeiter.

§ 13. Zur Pensionsversicherung der Arbeiter gehören die in der Pensionsversicherung pflichtversicherten Personen hinsichtlich jener Beschäftigungen, die nicht die Zugehörigkeit zur Pensionsversicherung der Angestellten nach § 14 oder zur knappschaftlichen Pensionsversicherung nach § 15 begründen.

b) Pensionsversicherung der Angestellten.

§ 14. (1) Zur Pensionsversicherung der Angestellten gehören die in der Pensionsversicherung pflichtversicherten Personen hinsichtlich jener Beschäftigungen, die nicht die Zugehörigkeit zur knappschaftlichen Pensionsversicherung nach § 15 begründen,

1. wenn ihr Beschäftigungsverhältnis durch das Angestelltengesetz, BGBl. Nr. 292/1921, Gutsangestelltengesetz, BGBl. Nr. 538/1923, oder Schauspielergesetz, BGBl. Nr. 441/1922, geregelt ist oder überwiegend Dienstleistungen umfaßt, die den Dienstleistungen in den nach diesen Gesetzen geregelten Beschäftigungsverhältnissen gleichzuhalten sind;

2. wenn ihr Beschäftigungsverhältnis durch das Vertragsbedienstetengesetz 1948 geregelt ist und sie nach dem Entlohnungsschema I, II, III des Vertragsbedienstetengesetzes 1948 entlohnt werden oder zu entlohnen wären, wenn ihre Entlohnung nicht in einem Sondervertrag gemäß § 36 des Vertragsbedienstetengesetzes 1948 geregelt wäre;

3. wenn sie in einem Lehr- oder Ausbildungsverhältnis stehen, das auf ein Beschäftigungsverhältnis nach Z. 1 oder Abs. 3 vorbereitet;

4. wenn sie gemäß § 4 Abs. 3 Z. 1, 2, 3 und 8 den Dienstnehmern gleichgestellt sind.

(2) Das Bundesministerium für soziale Verwaltung kann nach Anhörung der in Betracht kommenden gesetzlichen Interessenvertretungen und des Hauptverbandes (§ 31) durch Verordnung die Berufsgruppen bezeichnen, welche nach Abs. 1 zur Pensionsversicherung der Angestellten zugehörig sind. Diese Verordnung bedarf der Zustimmung des Hauptausschusses des Nationalrates.

(3) Über den im Abs. 1 bezeichneten Personenkreis hinaus gehören auch Arbeiter, die eine besondere Fachausbildung aufweisen und entsprechend dieser Ausbildung in gehobener Verwendung stehen, zur Pensionsversicherung der Angestellten. Das Bundesministerium für soziale Verwaltung stellt durch Verordnung, die der Zustimmung des Hauptausschusses des Nationalrates bedarf, die Personengruppen fest, bei denen diese Voraussetzungen zutreffen.

(4) Zur Pensionsversicherung der Angestellten gehören ferner die Vertragsbediensteten 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 erfaßt.

c) Knappschaftliche Pensionsversicherung.

§ 15. (1) Zur knappschaftlichen Pensionsversicherung gehören die in der Pensionsversicherung pflichtversicherten Personen hinsichtlich der Beschäftigungen in knappschaftlichen Betrieben.

(2) Knappschaftliche Betriebe sind:

1. Betriebe, in denen bergfreie Mineralien (§ 2 des Berggesetzes) auf Grund einer Bergwerksberechtigung oder Magnesit gewonnen werden;

2. Betriebe, in denen andere Mineralien überwiegend durch Arbeit unter Tag gewonnen werden;

3. Salinen.

(3) Den knappschaftlichen Betrieben werden gleichgestellt:

1. Nebenbetriebe, die mit einem knappschaftlichen Betrieb im Sinne des Abs. 2 räumlich und betrieblich zusammenhängen;

2. gefristete (zeitweilig eingestellte) Betriebe der im Abs. 2 bezeichneten Art;

3. die Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues in Graz mit ihren Einrichtungen der Krankenbehandlung.

(4) Zur knappschaftlichen Pensionsversicherung gehören ferner Personen, die in nichtknappschaftlichen Betrieben tätig sind, hinsichtlich einer Beschäftigung mit Arbeiten im Bereich eines knappschaftlichen oder gleichgestellten Betriebes, die dem Aufschluß, der Gewinnung oder der Förderung von Bodenschätzen, dem Schutze der Belegschaft oder der Erhaltung des Bergwerkes oder gefristeter (zeitweilig eingestellter) Bergbauanlagen dienen, sofern es sich nicht um ein-

malige kurzfristige Arbeiten dieser Art, wie insbesondere Reparatur- oder Montagearbeiten, handelt.

3. UNTERABSCHNITT.

Freiwillige Versicherung.

Weiterversicherung in der Krankenversicherung.

§ 16. (1) Personen, die aus der Pflichtversicherung ausscheiden, können sich, solange sie ihren Wohnsitz im Inland haben und nicht nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz in der Krankenversicherung pflichtversichert sind, in der Krankenversicherung weiterversichern, wenn sie in den vorangegangenen zwölf Monaten mindestens 26 Wochen oder unmittelbar vorher mindestens sechs Wochen nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz krankenversichert waren. Dieses Recht ist innerhalb dreier Wochen nach dem Ausscheiden aus der Pflichtversicherung geltend zu machen. Steht der Versicherte im Zeitpunkt des Ausscheidens aus der Pflichtversicherung auf Rechnung eines Versicherungsträgers in Anstaltspflege oder bezieht er Kranken(Wochen)geld, so beginnt diese Frist mit dem Ende der Anstaltspflege oder mit dem Wegfall des Kranken(Wochen)geldes. Die Weiterversicherung schließt zeitlich unmittelbar an das Ende der Pflichtversicherung an.

(2) Die Krankenversicherung kann ferner, wenn sie die im Abs. 1 bezeichnete Mindestdauer erreicht hat, fortgesetzt werden

a) nach dem Tode des Versicherten

1. vom überlebenden Ehegatten oder

2. von einer überlebenden, nach § 123 Abs. 5 oder Abs. 6 als Angehörige geltenden Person oder

3. von den überlebenden Doppelwaisen, sofern sie im Zeitpunkt des Todes des Versicherten das 18. Lebensjahr nicht vollendet haben oder eine der im § 252 Abs. 2 bezeichneten Voraussetzungen erfüllt haben,

b) nach Auflösung der Ehe durch Aufhebung oder Scheidung vom früheren Ehegatten und

c) nach dem Ausscheiden des Versicherten aus der Pflichtversicherung und Übernahme einer unselbständigen Erwerbstätigkeit in einem Auslandsstaat von der im Inland zurückbleibenden Ehegattin oder von den im Inland zurückbleibenden Kindern, Enkeln, Wahl- oder Stiefkindern,

solange die zur Weiterversicherung berechnete Person ihren Wohnsitz im Inland hat und nicht nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz in der Krankenversicherung pflichtversichert ist. Die Antragsfrist von drei Wochen ist im Falle der lit. a vom Tage des Todes, im Falle der lit. b vom Tage der Rechtskraft des gerichtlichen Urteiles über die Auflösung der Ehe und im Falle

der lit. c vom Tage des Ausscheidens aus der Pflichtversicherung an zu rechnen.

(3) Der Antrag auf Weiterversicherung ist beim Träger der vorangegangenen Krankenversicherung zu stellen. Dieser ist, soweit in den Abs. 4 und 5 nichts anderes bestimmt wird, weiterhin zur Durchführung der Krankenversicherung zuständig.

(4) Wohnet der Versicherte außerhalb des Bereiches der Gebiets- oder Landwirtschaftskrankenkasse, bei der er zuletzt pflichtversichert war, oder verlegt er während der Weiterversicherung seinen Wohnsitz außerhalb dieses Bereiches, so geht die örtliche Zuständigkeit auf die für den Wohnsitz des Versicherten zuständige Gebietsbeziehungsweise Landwirtschaftskrankenkasse — und zwar im Falle der Wohnsitzverlegung mit dem dieser folgenden Monatsersten — über.

(5) Ist eine Betriebskrankenkasse zuletzt Träger der Pflichtversicherung gewesen, so kann der Versicherte die Krankenversicherung im unmittelbaren Anschluß an die Pflichtversicherung und auch späterhin während der Weiterversicherung statt bei der Betriebskrankenkasse bei der für seinen Wohnsitz zuständigen Gebietskrankenkasse, und zwar im letztgenannten Falle mit dem auf die Verständigung beider in Betracht kommenden Kassen folgenden Monatsersten, fortsetzen.

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

1. mit dem Tage des Austrittes;
2. wenn die Beiträge für zwei aufeinanderfolgende Monate rückständig sind, mit dem Ende des zweiten Monats.

Weiterversicherung in der Pensionsversicherung.

§ 17. (1) Personen, die aus der Pflichtversicherung ausscheiden, können sich, solange sie nicht nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz in einer Pensionsversicherung pflichtversichert sind, in der Pensionsversicherung der Arbeiter, der Angestellten oder in der knappschaftlichen Pensionsversicherung weiterversichern, wenn sie während der letzten 52 Wochen (zwölf Monate) vor dem Ausscheiden mindestens 26 Wochen (sechs Monate) oder während der letzten 156 Wochen (36 Monate) vor dem Ausscheiden mindestens 52 Wochen (zwölf Monate) in einer oder mehreren dieser Pensionsversicherungen oder in der Pensionsversicherung nach dem Notarversicherungsgesetz versichert waren. Bei Personen, die wegen Ausscheidens aus einer versicherungsfreien Beschäftigung nachversichert werden, sind hiebei die Zeiten der Nachversicherung zu berücksichtigen.

(2) Die Weiterversicherung ist in der Pensionsversicherung zulässig, der Versicherte zuletzt zugehört hat. War der Versicherte in den letzten 260 Wochen (60 Monaten) vor dem Ausscheiden

aus der Pflichtversicherung in mehreren Pensionsversicherungen versichert, so steht ihm die Wahl frei, welche dieser Pensionsversicherungen er fortsetzt. Kommt hienach die Weiterversicherung in der Pensionsversicherung der Arbeiter in Betracht, so ist, wenn die Pflichtversicherung im angegebenen Zeitraum von mehreren Trägern der Pensionsversicherung der Arbeiter durchgeführt worden ist, der letzte Träger der Pflichtversicherung für die Weiterversicherung zuständig. Liegen Zeiten der Versicherung nach dem Notarversicherungsgesetz vor, so ist die Fortsetzung der Versicherung in der Pensionsversicherung der Angestellten durchzuführen.

(3) Das Recht auf Weiterversicherung muß bis zum Ende des sechsten, auf das Ausscheiden aus der Pflichtversicherung folgenden Monats geltend gemacht werden. Steht der Ausgeschiedene während dieser Frist in Anstaltspflege oder erhält er nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz Kranken(Wochen)geld, so verlängert sich die Frist um diese Zeiten.

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

1. mit dem Tage des Austrittes;
2. wenn die Beiträge für mehr als 24 aufeinanderfolgende Monate rückständig sind, mit dem Ende des letzten Monats, für den ein Beitrag entrichtet worden ist.

(5) Das Erfordernis der Erfüllung der Vorversicherungszeit nach Abs. 1 entfällt, wenn 520 Beitragswochen (120 Beitragsmonate) erworben sind. In diesem Falle kann das Recht auf Weiterversicherung jederzeit geltend gemacht werden.

Selbstversicherung in der Krankenversicherung für selbständige Landwirte und ihre Familienangehörigen sowie für sonstige selbständig Erwerbstätige.

§ 18. (1) Solange sie ihren Wohnsitz im Inland haben und nicht nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz in der Krankenversicherung pflichtversichert sind, können der Selbstversicherung in der Krankenversicherung beitreten:

1. selbständige Landwirte;
2. mit Zustimmung des selbständigen Landwirtes nach Z. 1 dessen in seinem Betriebe tätigen Familienangehörige (§ 8 Abs. 1 Z. 3 lit. b);
3. selbständig Erwerbstätige, soweit sie nicht unter Z. 1 fallen und nicht bei einer Meisterkrankenkasse krankenversichert oder berechtigt sind, einer solchen Krankenkasse freiwillig beizutreten.

(2) Die Selbstversicherung nach Abs. 1 beginnt mit dem auf den Beitritt folgenden Tag.

(3) Das Recht zum Beitritt ist von einer durch die Satzung zu bestimmenden Altersgrenze, die nicht höher als mit 50 Jahren festgesetzt werden darf, und von einem ärztlicherseits als gut fest-

gestellten Gesundheitszustand des Antragstellers (seiner Familienangehörigen) abhängig.

(4) Eine bei Versicherungsbeginn bestehende Krankheit begründet keinen Leistungsanspruch.

(5) Für das Ende der Selbstversicherung gilt § 16 Abs. 6 entsprechend.

Selbstversicherung in der Unfallversicherung.

§ 19. (1) In der Unfallversicherung können der Selbstversicherung hinsichtlich der nachstehend angeführten Tätigkeiten beitreten:

1. selbständig Erwerbstätige, wenn der Sitz ihres Betriebes im Inland ist,

2. mit Zustimmung des selbständig Erwerbstätigen dessen Ehegatte und Kinder, wenn diese in seinem Betrieb tätig sind,

3. Lehrkräfte in Betriebsstätten, Lehrwerkstätten, Fachschulen, Berufsschulen, Schulungskursen und ähnlichen Einrichtungen, alle diese Personen jedoch nur, wenn sie ihren Wohnsitz im Inland haben und nicht schon in dieser Tätigkeit in der Unfallversicherung pflichtversichert sind.

(2) Die Selbstversicherung nach Abs. 1 beginnt mit dem auf den Beitritt folgenden Tag.

(3) Die Selbstversicherung endet mit dem Wegfall einer ihrer Voraussetzungen. Sie endet ferner, wenn der fällige Beitrag nicht binnen einem Monat nach schriftlicher Mahnung gezahlt worden ist.

Höherversicherung in der Unfallversicherung und in der Pensionsversicherung.

§ 20. (1) Selbständig Erwerbstätige, die in der Unfallversicherung gemäß § 8 Abs. 1 Z. 3 lit. a teilversichert sind, können sich beim zuständigen Versicherungsträger über die nach den §§ 178 und 181 in Betracht kommende Bemessungsgrundlage hinaus höherversichern.

(2) Personen, die in einer Pensionsversicherung pflicht- oder weiterversichert sind, können sich beim zuständigen Versicherungsträger über die für sie in der Pflichtversicherung in Betracht kommende Beitragsgrundlage hinaus höherversichern. Die erstmalige Aufnahme einer Höherversicherung nach Vollendung des 60. Lebensjahres ist nicht zulässig.

4. UNTERABSCHNITT.

Formalversicherung

a) in der Pflichtversicherung.

§ 21. (1) Hat ein Versicherungsträger bei einer nicht der Pflichtversicherung unterliegenden Person auf Grund der bei ihm vorbehaltlos erstatteten, nicht vorsätzlich unrichtigen Anmeldung den Bestand der Pflichtversicherung als gegeben angesehen und für den vermeintlich Pflicht-

versicherten drei Monate ununterbrochen die Beiträge unbeanstandet angenommen, so besteht ab dem Zeitpunkt, für den erstmals die Beiträge entrichtet worden sind, eine Formalversicherung.

(2) Die Formalversicherung endet mit dem Tage des Ausscheidens aus der Versicherung durch den Versicherungsträger.

(3) Die Formalversicherung hat in allen in Betracht kommenden Versicherungen die gleichen Rechtswirkungen wie die Pflichtversicherung.

b) in der freiwilligen Versicherung.

§ 22. (1) § 21 Abs. 1 gilt entsprechend für den Antrag eines vermeintlich Versicherungsberechtigten auf Weiterversicherung oder auf Selbstversicherung.

(2) Die freiwillige Versicherung nach Abs. 1 endet, wenn nicht eine frühere Beendigung gemäß den §§ 16 Abs. 6, 17 Abs. 4, 18 Abs. 5 oder 19 Abs. 3 eintritt, mit dem Tage des Ausscheidens aus der Versicherung durch den Versicherungsträger.

(3) Die Formalversicherung nach Abs. 1 hat die gleichen Rechtswirkungen wie die entsprechende freiwillige Versicherung.

ABSCHNITT III.

Versicherungsträger und ihre Zuständigkeit; Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.

1. UNTERABSCHNITT.

Träger der Versicherung und ihre Aufgaben.

Träger der Krankenversicherung.

§ 23. (1) Träger der Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz sind:

1. die Gebietskrankenkassen;
2. die Landwirtschaftskrankenkassen;
3. die Betriebskrankenkassen;
4. die Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen;
5. die Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues.

(2) Für jedes Land ist je eine Gebietskrankenkasse und je eine Landwirtschaftskrankenkasse mit der im § 26 bezeichneten sachlichen Zuständigkeit errichtet.

(3) Als Betriebskrankenkassen bleiben die bei Wirksamkeitsbeginn dieses Bundesgesetzes für einzelne Betriebe errichteten Krankenkassen dieser Art bestehen. Das Bundesministerium für soziale Verwaltung kann eine Betriebskrankenkasse nach Anhörung der in Betracht kommenden öffentlich-rechtlichen Interessenvertretungen der Dienstnehmer und der Dienstgeber und der für die Übernahme der Versicherten in Betracht kommenden Gebietskrankenkasse (Gebietskrankenkassen) als aufgelöst erklären, wenn dies von der

Hauptversammlung der Betriebskrankenkasse beantragt wird oder wenn der Eintritt wesentlicher Änderungen in den Verhältnissen (Auflösung des Betriebes, Sinken der Zahl der Versicherten) oder grobe Unregelmäßigkeiten in der Gebarung die Auflösung geboten erscheinen lassen. Es hat hiebei die erforderlichen Anordnungen bezüglich des Rechts-, Vermögens- und Mitgliederüberganges zu treffen.

(4) Die Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen und die Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues sind im Rahmen ihrer im § 26 bezeichneten sachlichen Zuständigkeit Träger der Krankenversicherung für das ganze Bundesgebiet.

(5) Die Träger der Krankenversicherung im Sinne des Abs. 1 führen die Krankenversicherung nach den Vorschriften dieses Bundesgesetzes durch und wirken an der Durchführung der Unfallversicherung und der Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz mit. Insbesondere obliegt es ihnen, für die Krankenbehandlung der Versicherten und ihrer Familienangehörigen ausreichend Vorsorge zu treffen.

(6) Die Träger der Krankenversicherung sind berechtigt, nach Maßgabe der hiefür geltenden gesetzlichen Vorschriften Krankenhäuser, Heil- und Kuranstalten, Erholungs- und Genesungsheime und sonstige Einrichtungen der Krankenbehandlung zu errichten, zu erwerben und zu betreiben. Diese Einrichtungen dürfen jedoch nur von den Krankenversicherten und deren Familienangehörigen in Anspruch genommen werden. Die Neuerrichtung von Ambulatorien oder deren Erweiterung ist nur zulässig, wenn der Bedarf von der zur Genehmigung berufenen Behörde festgestellt ist.

Träger der Unfallversicherung.

§ 24. (1) Träger der Unfallversicherung nach diesem Bundesgesetz sind für das ganze Bundesgebiet im Rahmen ihrer im § 28 bezeichneten sachlichen Zuständigkeit:

1. die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt mit dem Sitz in Wien;
2. die Land- und Forstwirtschaftliche Sozialversicherungsanstalt mit dem Sitz in Wien;
3. die Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen mit dem Sitz in Wien.

(2) Die Träger der Unfallversicherung im Sinne des Abs. 1 führen die Unfallversicherung nach den Vorschriften dieses Bundesgesetzes durch. Insbesondere obliegt es ihnen, für die Unfallheilbehandlung der Versicherten ausreichend Vorsorge zu treffen. Zur Erfüllung dieser Aufgabe sind sie nach Maßgabe der jeweils hiefür geltenden Vorschriften berechtigt, Unfallkrankenhäuser, Unfallstationen sowie Sonderstationen

für berufliche Wiederherstellung und Berufsfürsorge zu errichten, zu erwerben und zu betreiben oder sich an solchen Einrichtungen zu beteiligen.

Träger der Pensionsversicherung.

§ 25. (1) Träger der Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz sind für das ganze Bundesgebiet, und zwar

1. für die Pensionsversicherung der Arbeiter im Rahmen der im § 29 bezeichneten sachlichen Zuständigkeit:

- a) die Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter mit dem Sitz in Wien;
- b) die Land- und Forstwirtschaftliche Sozialversicherungsanstalt mit dem Sitz in Wien;
- c) die Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen mit dem Sitz in Wien;

2. für die Pensionsversicherung der Angestellten

die Pensionsversicherungsanstalt der Angestellten mit dem Sitz in Wien;

3. für die knappschaftliche Pensionsversicherung

die Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues mit dem Sitz in Graz.

(2) Die Träger der Pensionsversicherung führen die Pensionsversicherung, für die sie zuständig sind, nach den Vorschriften dieses Bundesgesetzes durch. Zur Erfüllung der ihnen obliegenden Aufgaben der Gesundheitsfürsorge sind sie nach Maßgabe der jeweils hiefür geltenden Vorschriften berechtigt, Heil(Kur)anstalten, Erholungs- und Genesungsheime, Sonderstationen für berufliche Wiederherstellung und ähnliche Einrichtungen zu errichten, zu erwerben und zu betreiben oder sich an solchen Einrichtungen zu beteiligen.

2. UNTERABSCHNITT.

Zuständigkeit der Versicherungsträger.

Sachliche Zuständigkeit der Träger der Krankenversicherung.

§ 26. (1) Zur Durchführung der Krankenversicherung sind — unbeschadet der Bestimmungen des § 16 Abs. 3 und 5 über die Weiterversicherung — sachlich zuständig:

1. die Gebietskrankenkassen, soweit nicht einer der unter Z. 2 bis 5 genannten Versicherungsträger zuständig ist;

2. die Landwirtschaftskrankenkassen

a) für die in einem land- oder forstwirtschaftlichen Betrieb (§ 27) Beschäftigten oder selbständig Erwerbstätigen;

b) für die im Haushalt eines land- oder forstwirtschaftlichen Dienstgebers Beschäftigten,

soweit sie vorwiegend in dem auf dem land- oder forstwirtschaftlichen Besitz geführten Haushalt beschäftigt sind;

- c) für die selbständigen Pecher (§ 4 Abs. 3 Z. 4);
- d) für die öffentlichen Verwalter eines land- oder forstwirtschaftlichen Betriebes (§ 4 Abs. 3 Z. 8);
- e) für die bei den Landwirtschaftskrankenkassen und der Land- und Forstwirtschaftlichen Sozialversicherungsanstalt Beschäftigten;
- f) für die auf Grund gesetzlicher Bestimmungen zum Forstschutz und Forstaufsichtsdienst bestellten Personen;
- g) für die bei den öffentlich-rechtlichen Interessenvertretungen der Dienstnehmer und Dienstgeber in der Land- und Forstwirtschaft und deren Berufsvereinigungen Beschäftigten;
- h) für die Bezücker einer Rente aus einer Pensionsversicherung, wenn die Rente durch die Land- und Forstwirtschaftliche Sozialversicherungsanstalt ausgezahlt wird oder wenn für die Krankenversicherung in der letzten Beschäftigung vor dem Entstehen des Rentenanspruches eine Landwirtschaftskrankenkasse zuständig war oder gewesen wäre;

3. die Betriebskrankenkassen für Beschäftigte in Betrieben, für die sie errichtet sind, und für die in den Einrichtungen der Betriebskrankenkassen zur Krankenbehandlung Beschäftigten;

4. die Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen

- a) für die bei den dem öffentlichen Verkehr dienenden Eisenbahnen (Straßenbahnen), ihren Eigenbetrieben und ihren Hilfsanstalten sowie bei den Schlaf- und Speisewagenbetrieben Beschäftigten, soweit nicht eine Betriebskrankenkasse zuständig ist;
- b) für die bei der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen Beschäftigten;
- c) für die Bezücker einer Rente aus einer Pensionsversicherung, wenn die Rente durch die Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen ausgezahlt wird oder wenn für die Krankenversicherung in der letzten Beschäftigung vor dem Entstehen des Rentenanspruches diese Versicherungsanstalt zuständig war oder gewesen wäre;

5. die Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues

- a) für die in knappschaftlichen Betrieben (§ 15 Abs. 2 und 3) Beschäftigten;

b) für die gemäß § 15 Abs. 4 zur knappschaftlichen Pensionsversicherung gehörenden Personen;

c) für die bei der Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues Beschäftigten;

d) für die Bezücker einer Rente aus einer Pensionsversicherung, wenn die Rente durch die Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues ausgezahlt wird oder wenn für die Krankenversicherung in der letzten Beschäftigung vor dem Entstehen des Rentenanspruches diese Versicherungsanstalt zuständig war oder gewesen wäre.

(2) Wird ein Dienstnehmer, der bei einem im Abs. 1 Z. 1 und 3 bis 5 bezeichneten Versicherungsträger in der Krankenversicherung pflichtversichert ist, in demselben Beschäftigungsverhältnis vorübergehend, jedoch nicht länger als drei Monate in einer Art beschäftigt, die die Zugehörigkeit zu einer Landwirtschaftskrankenkasse begründen würde, so bleibt die Zuständigkeit des bisherigen Versicherungsträgers auch für die Dauer der vorübergehenden Beschäftigung unberührt.

Land- und forstwirtschaftliche Betriebe.

§ 27. (1) Land- und forstwirtschaftliche Betriebe sind Betriebe im Sinne der Bestimmungen des Landarbeitsgesetzes vom 2. Juni 1948, BGBl. Nr. 140, mit Ausnahme der von land- und forstwirtschaftlichen Erwerbs- und Wirtschaftsgenossenschaften betriebenen Sägen, Harzverarbeitungsstätten, Mühlen und Molkereien, sofern diese dauernd mehr als fünf Dienstnehmer beschäftigen.

(2) Den land- oder forstwirtschaftlichen Betrieben werden gleichgestellt:

- 1. die Versuchsbetriebe der land- und forstwirtschaftlichen Schulen;
- 2. die Umschulungs-, Nachschulungs- und sonstigen beruflichen Ausbildungslehrgänge der Land- und Forstwirtschaftlichen Sozialversicherungsanstalt sowie der Standes- und Interessenvertretungen der Dienstnehmer und der Dienstgeber in der Land- und Forstwirtschaft.

Sachliche Zuständigkeit der Träger der Unfallversicherung.

§ 28. Zur Durchführung der Unfallversicherung sind sachlich zuständig:

- 1. die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, soweit nicht einer der unter Z. 2 und 3 genannten Versicherungsträger zuständig ist;
- 2. die Land- und Forstwirtschaftliche Sozialversicherungsanstalt für die Personen, für die eine Landwirtschaftskrankenkasse zur Durchführung der Krankenversicherung sachlich zuständig ist

oder nach Art der Beschäftigung zuständig wäre, ferner für die Versicherungsvertreter in den Verwaltungskörpern der Land- und Forstwirtschaftlichen Sozialversicherungsanstalt und der Landwirtschaftskrankenkassen;

3. die Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen für die Personen, für welche die genannte Anstalt oder die Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe zur Durchführung der Krankenversicherung sachlich zuständig ist oder nach Art der Beschäftigung zuständig wäre, ferner für die Versicherungsvertreter in den Verwaltungskörpern dieser Versicherungsträger.

Sachliche Zuständigkeit der Träger der Pensionsversicherung.

§ 29. (1) Zur Durchführung der Pensionsversicherung der Arbeiter sind, unbeschadet der Bestimmungen des § 17 Abs. 2 über die Weiterversicherung und der §§ 245 bis 247 über die Leistungszugehörigkeit und Leistungszuständigkeit, sachlich zuständig:

1. die Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter, soweit nicht einer der unter Z. 2 und 3 genannten Versicherungsträger zuständig ist;

2. die Land- und Forstwirtschaftliche Sozialversicherungsanstalt für die bei den Landwirtschaftskrankenkassen pflichtversicherten Personen;

3. die Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen für die bei ihr oder der Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe in der Krankenversicherung pflichtversicherten Personen.

(2) Unbeschadet der Bestimmungen des § 17 Abs. 2 über die Weiterversicherung und der §§ 245 bis 247 über die Leistungszugehörigkeit und Leistungszuständigkeit ist zur Durchführung der Pensionsversicherung der Angestellten die Pensionsversicherungsanstalt der Angestellten, zur Durchführung der knappschaftlichen Pensionsversicherung die Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues für die diesen Versicherungen zugehörigen Personen sachlich zuständig.

Örtliche Zuständigkeit der Gebiets- und Landwirtschaftskrankenkassen.

§ 30. (1) Die örtliche Zuständigkeit der Gebiets- und Landwirtschaftskrankenkassen richtet sich, soweit im Abs. 3 und im § 16 Abs. 3 bis 5 nichts anderes bestimmt wird, nach dem Beschäftigungsort des Versicherten, bei selbständig Erwerbstätigen nach deren Wohnsitz.

(2) Beschäftigungsort ist der Ort, an dem die Beschäftigung ausgeübt wird. Wird eine Beschäftigung abwechselnd an verschiedenen Orten ausgeübt, aber von einer festen Arbeitsstätte aus, so gilt diese als Beschäftigungsort. Wird eine Beschäftigung ohne feste Arbeitsstätte ausgeübt, so gilt der Wohnsitz des Versicherten als Be-

schäftigungsort. Der Beschäftigungsort von Hausgehilfen, die beim Dienstgeber wohnen, ist der Wohnsitz des Dienstgebers. Hat der Dienstgeber mehrere Wohnsitze, so ist der Wohnsitz maßgebend, an dem der Dienstgeber den überwiegenden Teil des Jahres verbringt.

(3) Die örtliche Zuständigkeit der Gebiets- und Landwirtschaftskrankenkassen richtet sich für die im § 3 Abs. 2 lit. a, c und d genannten Personen nach dem Sitz des Unternehmens, für die im § 4 Abs. 3 Z. 1 genannten Personen nach dem Ort der Niederlassung, für die im § 4 Abs. 3 Z. 2 bis 4 und 6 bis 8 sowie § 8 Abs. 1 Z. 1 genannten Personen nach dem Wohnsitz des Pflichtversicherten.

(4) Die für das Land Wien bestehende Gebietskrankenkasse ist ausschließliche Trägerin der Krankenversicherung aller im § 3 Abs. 2 lit. e genannten Personen.

3. UNTERABSCHNITT.

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.

§ 31. (1) Die in den §§ 23 bis 25 bezeichneten Versicherungsträger und die Träger der im § 2 Abs. 2 bezeichneten Sondersicherungen, die Träger der Meisterkrankenversicherung über den Verband der Meisterkrankenkassen, werden zum Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (im folgenden kurz Hauptverband genannt) zusammengefaßt.

(2) Dem Hauptverband obliegt die Wahrnehmung der allgemeinen Interessen der Sozialversicherung und die Vertretung der Sozialversicherungsträger (des Verbandes der Meisterkrankenkassen) in gemeinsamen Angelegenheiten.

(3) Ihm obliegt insbesondere:

1. die Entwicklung der Sozialversicherung in ihren Beziehungen zur Volkswirtschaft ständig zu überwachen und die zur Erhaltung der dauernden Leistungsfähigkeit der Sozialversicherung ohne Überlastung der Volkswirtschaft erforderlichen Anträge zu stellen;

2. in wichtigen und grundsätzlichen Fragen der Sozialversicherung Gutachten zu erstatten und Stellungnahmen abzugeben;

3. unter Bedachtnahme auf die gesetzlichen Bestimmungen des Arbeitsrechtes Richtlinien (Musterdienstordnungen) zur Regelung der dienst-, besoldungs- und pensionsrechtlichen Verhältnisse der Sozialversicherungsbediensteten, auch zur Erstellung von Dienstpostenplänen, aufzustellen; die Regelung darf den öffentlichen Interessen vom Gesichtspunkt des Sozialversicherungsrechtes nicht entgegenstehen und die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Versicherungsträger nicht gefährden. Dem Hauptverband obliegt ferner, im Falle der Bevollmächtigung Kollektivverträge im Rahmen der Richtlinien (Musterdienstordnungen) abzuschließen;

4. zur Erzielung einer ökonomischen und einfachen Verwaltung Richtlinien für das Zusammenarbeiten, für die Grundsätze der Verwaltung und Geschäftsführung sowie für eine wirtschaftliche Betriebsführung aufzustellen, soweit nicht die Regelung dieser Angelegenheiten Weisungen des Bundesministeriums für soziale Verwaltung vorbehalten ist;

5. Gesamtverträge mit den öffentlich-rechtlichen Interessenvertretungen der Ärzte (Zahnärzte), Dentisten, Hebammen und anderer Vertragspartner der Sozialversicherung nach Maßgabe der Bestimmungen des Sechsten Teiles abzuschließen.

6. Vorsorge für die fachliche Ausbildung der Sozialversicherungsbediensteten zu treffen;

7. eine Fachzeitschrift herauszugeben;

8. die Statistik der Sozialversicherung nach den Weisungen des Bundesministeriums für soziale Verwaltung zu besorgen;

9. den Versicherungsträgern (dem Verband der Meisterkrankenkassen) Rechtsschutz in Streitfällen, die für die Sozialversicherung von grundsätzlichem Interesse sind, durch hiezu gesetzlich befugte Personen zu gewähren;

10. nach Anhörung der in Betracht kommenden Versicherungsträger (des Verbandes der Meisterkrankenkassen) gemeinsame Einrichtungen zur zweckmäßigen Ausnutzung und wirtschaftlichen Betriebsführung der den angeschlossenen Versicherungsträgern (dem Verband der Meisterkrankenkassen) gehörigen Krankenhäuser, Heil- (Kur)anstalten, Erholungs- und Genesungsheime und ähnlichen Einrichtungen sowie eine gemeinsame Einrichtung für die Retaxierung von Rezepten zu schaffen;

11. in Wahrnehmung öffentlicher Interessen vom Gesichtspunkt des Sozialversicherungsrechtes und der wirtschaftlichen Tragfähigkeit Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise von Arznei- und Heilmitteln sowie Heilbehelfen aufzustellen; in diesen Richtlinien kann auch bestimmt werden, inwieweit Arzneyspezialitäten für Rechnung der Sozialversicherungsträger abgegeben werden können; durch die Richtlinien darf der Heilzweck nicht gefährdet werden;

12. Erhebungen, Umfragen, Enquêtes u. dgl. in Angelegenheiten der Sozialversicherung, ferner Tagungen (Kongresse) und Fachausstellungen zu veranstalten und die Sozialversicherung gegenüber ähnlichen ausländischen Einrichtungen zu vertreten.

(4) Die gemäß Abs. 3 Z. 4 und 11 aufzustellenden Richtlinien erlangen für den Bereich der Meisterkrankenversicherung nur Wirksamkeit, wenn der Verband der Meisterkrankenkassen der Aufstellung dieser Richtlinien zustimmt.

(5) Die gemäß Abs. 3 Z. 3, 4 und 11 aufgestellten Richtlinien bedürfen der Zustimmung des

Bundesministeriums für soziale Verwaltung und sind nach erteilter Zustimmung für alle Sozialversicherungsträger bindend. Die gemäß Abs. 3 Z. 11 aufgestellten Richtlinien sind im „Amtsblatt zur Wiener Zeitung“ zu verlautbaren.

(6) Beschlüsse der Verwaltungskörper der Versicherungsträger über die Errichtung oder Erweiterung von Gebäuden, die Zwecken der Verwaltung, der Krankenbehandlung beziehungsweise der Unfallheilbehandlung oder dem Heilverfahren oder der erweiterten oder vorbeugenden Heilfürsorge dienen sollen und über die Errichtung oder Erweiterung von derartigen Zwecken dienenden Einrichtungen in fremden Gebäuden bedürfen der Zustimmung des Hauptverbandes.

4. UNTERABSCHNITT.

Rechtliche Stellung der Versicherungsträger und des Hauptverbandes.

§ 32. (1) Die Versicherungsträger und der Hauptverband sind Körperschaften des öffentlichen Rechtes und haben Rechtspersönlichkeit. Sie sind berechtigt, das Wappen der Republik Österreich in Siegeln, Drucksorten und Aufschriften zu führen.

(2) Der ordentliche Gerichtsstand der Versicherungsträger und des Hauptverbandes ist das sachlich zuständige Gericht ihres Sitzes.

ABSCHNITT IV.

Meldungen und Auskunftspflicht.

An- und Abmeldung der Pflichtversicherten.

§ 33. (1) Die Dienstgeber haben jeden von ihnen beschäftigten, in der Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz Pflichtversicherten (Vollversicherte und in der Krankenversicherung Teilversicherte) binnen drei Tagen nach Beginn der Pflichtversicherung beim zuständigen Träger der Krankenversicherung anzumelden und binnen drei Tagen nach dem Ende der Pflichtversicherung bei diesem abzumelden. Die An- sowie die Abmeldung des Dienstgebers wirkt auch für den Bereich der Unfall- und Pensionsversicherung, soweit der Beschäftigte in diesen Versicherungen pflichtversichert ist. Durch die Satzung des Trägers der Krankenversicherung kann die Meldefrist im allgemeinen bis zu sieben Tagen oder für einzelne Gruppen von Pflichtversicherten bis zu einem Monat erstreckt werden. Der Träger der Krankenversicherung hat das Einlangen der Meldung auf Verlangen des Dienstgebers zu bestätigen, wenn der Vordruck für die Meldebestätigung vom Dienstgeber

ordnungsgemäß ausgefüllt und freigemacht vorgelegt wird.

(2) Abs. 1 gilt für die nur in der Unfall- und Pensionsversicherung Pflichtversicherten mit der Maßgabe, daß die Meldungen beim Träger der Krankenversicherung, der beim Bestehen einer Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz für sie sachlich und örtlich zuständig wäre, zu erstatten sind.

Meldung von Änderungen.

§ 34. (1) Die Dienstgeber haben während des Bestandes der Pflichtversicherung jede für diese Versicherung bedeutsame Änderung, insbesondere jede Änderung im Beschäftigungsverhältnis, wie Änderung der Beitragsgrundlage, Unterbrechung und Wiedereintritt des Entgeltanspruches, innerhalb der im § 33 Abs. 1 festgesetzten Frist dem zuständigen Träger der Krankenversicherung zu melden.

(2) Der Träger der Krankenversicherung kann mit dem Dienstgeber ein schriftliches Übereinkommen treffen, wonach an Stelle der im Abs. 1 vorgeschriebenen Meldungen Listen an den Zahltagen oder nach Ablauf eines jeden Beitragszeitraumes vorgelegt werden. Der Träger der Krankenversicherung kann für diese Listen Vordrucke auflegen.

Dienstgeber.

§ 35. (1) Als Dienstgeber im Sinne dieses Bundesgesetzes gilt derjenige, für dessen Rechnung der Betrieb (die Verwaltung, die Hauswirtschaft, die Tätigkeit) geführt wird, in dem der Dienstnehmer (Lehrling) in einem Beschäftigungs(Lehr)verhältnis steht, auch wenn der Dienstgeber den Dienstnehmer durch Mittelspersonen in Dienst genommen hat oder ihn ganz oder teilweise auf Leistungen Dritter an Stelle des Entgeltes verweist. Dies gilt entsprechend auch für die gemäß § 8 Abs. 1 Z. 2 teilversicherten, nicht als Dienstnehmer beschäftigten Personen.

(2) Bei Heimarbeitern (§ 4 Abs. 1 Z. 6) gilt als Dienstgeber der Auftraggeber im Sinne der gesetzlichen Vorschriften über die Heimarbeit, auch wenn sich der Auftraggeber zur Weitergabe der Arbeit an die Heimarbeiter einer Mittelsperson bedient.

(3) Der Dienstgeber kann die Erfüllung der ihm nach den §§ 33 und 34 obliegenden Pflichten auf Bevollmächtigte übertragen. Name und Anschrift dieser Bevollmächtigten sind unter deren Mitfertigung dem zuständigen Versicherungsträger bekanntzugeben.

(4) Kommt dem Dienstgeber Exterritorialität zu, so hat der Dienstnehmer die in den §§ 33 und 34 vorgeschriebenen Meldungen selbst zu erstatten.

Sonstige meldepflichtige Personen (Stellen).

§ 36. (1) Die in den §§ 33 und 34 bezeichneten Pflichten obliegen:

1. für die in einem Ausbildungsverhältnis stehenden Pflichtversicherten (§ 4 Abs. 1 Z. 3 und 4) dem Träger der Einrichtung, in der die Ausbildung erfolgt;

2. für die pflichtversicherten Markthelfer (§ 4 Abs. 3 Z. 5) dem geschäftsführenden Partieführer;

3. für die pflichtversicherten Gepäckträger, die einer Gepäckträgergemeinschaft der Österreichischen Bundesbahnen angehören, dem geschäftsführenden Obmann dieser Gemeinschaft;

4. für die gemäß § 9 durch Verordnung in die Krankenversicherung einbezogenen Personen dem in der Verordnung bestimmten Meldepflichtigen.

(2) § 35 Abs. 3 gilt entsprechend.

(3) Die den Heimarbeitern nach den jeweiligen gesetzlichen Vorschriften über die Heimarbeit arbeitsrechtlich gleichgestellten Personen (§ 4 Abs. 1 Z. 6), ferner die nach § 4 Abs. 3 den Dienstnehmern gleichgestellten vollversicherten selbständig Erwerbstätigen, mit Ausnahme der Markthelfer und der im Abs. 1 Z. 3 bezeichneten Gepäckträger, haben die in den §§ 33 und 34 vorgeschriebenen Meldungen selbst zu erstatten. Die Bestimmungen der §§ 33 Abs. 1 und 34 Abs. 1 sind hiebei entsprechend anzuwenden.

Meldung nur unfallversicherter Personen.

§ 37. (1) Für die Meldung der nur in der Unfallversicherung Pflichtversicherten mit Ausnahme der im § 7 Z. 3 lit. a genannten Personen sind die Grundsätze der §§ 33 bis 35 und 36 Abs. 3 mit der Maßgabe entsprechend anzuwenden, daß die Meldung beim Träger der Unfallversicherung zu erstatten ist. Das Nähere wird in der Satzung des Trägers der Unfallversicherung bestimmt.

(2) Bei Personen, für deren Unfallversicherung die Land- und Forstwirtschaftliche Sozialversicherungsanstalt zuständig ist, entfällt die Meldung, soweit die Beiträge zur Unfallversicherung in Hundertteilen des Grundsteuermessbetrages oder des an dessen Stelle tretenden besonderen Meßbetrages festgesetzt sind.

Meldung in der Krankenversicherung der Rentner.

§ 38. Die Träger der Pensionsversicherung haben alle für den Beginn und das Ende der Krankenversicherung des Rentners maßgebenden Umstände sowie jede für diese Versicherung bedeutsame Änderung dem zuständigen Träger der Krankenversicherung unverzüglich bekanntzugeben.

Meldung der freiwillig Versicherten.

§ 39. Die nach den §§ 16 bis 20 freiwillig Versicherten haben alle für die Versicherung bedeutsamen Änderungen dem zuständigen Versicherungsträger binnen einer Woche zu melden.

Meldung der Leistungs- empfänger.

§ 40. Die Leistungsempfänger sind verpflichtet, jede Änderung in den für den Fortbestand ihrer Bezugsberechtigung maßgebenden Verhältnissen sowie jede Änderung ihres Wohnsitzes binnen zwei Wochen dem zuständigen Versicherungsträger anzuzeigen.

Form der Meldungen.

§ 41. (1) Die Meldungen nach § 33 Abs. 1 und 2 sowie § 34 Abs. 1 sind mit den vom Träger der Krankenversicherung aufzulegenden Vordrucken zu erstatten; auch ohne Vordruck erstattete Meldungen gelten als ordnungsgemäß erstattet, wenn sie alle wesentlichen Angaben enthalten, die für die Durchführung der Versicherung notwendig sind. Die Betriebskrankenkassen können auf die Verwendung von Vordrucken verzichten.

(2) Die Träger der Krankenversicherung haben eine Ausfertigung der bei ihnen einlangenden An- und Abmeldungen nach Prüfung auf ihre Vollständigkeit an das nach dem Standort des Betriebes zuständige Arbeitsamt weiterzuleiten.

(3) Der Hauptverband hat mit Zustimmung des Bundesministeriums für soziale Verwaltung verbindliche Richtlinien über Form und Inhalt der Meldungen (Anzeigen, Listen) zu erlassen. In diesen Richtlinien können auch einheitliche Vordrucke für die Erstattung der Meldungen (Anzeigen, Listen) vorgesehen werden.

Auskunftspflicht der melde- pflichtigen Personen.

§ 42. (1) Die Dienstgeber, die sonstigen meldepflichtigen Personen und Stellen (§ 36), im Falle einer Bevollmächtigung nach § 35 Abs. 3 oder § 36 Abs. 2 die Bevollmächtigten, haben den Versicherungsträgern über alle für das Versicherungsverhältnis maßgebenden Umstände auf Anfrage längstens binnen 14 Tagen wahrheitsgemäß Auskunft zu erteilen und den gehörig ausgewiesenen Bediensteten dieser Stellen während der Betriebszeit Einsicht in alle Geschäftsbücher und Belege sowie sonstigen Aufzeichnungen zu gewähren, die für das Versicherungsverhältnis von Bedeutung sind.

(2) Die Bezirksverwaltungsbehörde kann auf Antrag des Versicherungsträgers die nach Abs. 1 auskunftspflichtigen Personen (Stellen) zur Erfüllung der dort angeführten Pflichten verhalten. Entstehen durch diese Maßnahmen der Bezirks-

verwaltungsbehörde dem Versicherungsträger besondere Auslagen (Kosten von Sachverständigen, Buchprüfern, Reiseauslagen u. dgl.), so kann die Bezirksverwaltungsbehörde diese Auslagen auf Antrag des Versicherungsträgers der auskunftspflichtigen Person (Stelle) auferlegen, wenn sie durch Vernachlässigung der ihr auferlegten Pflichten entstanden sind. Diese Auslagen sind wie Beiträge einzutreiben.

(3) Fehlen die Unterlagen, sind sie unvollständig oder wird ihre Vorlage verweigert, so ist der Versicherungsträger berechtigt, die für das Versicherungsverhältnis maßgebenden Umstände auf Grund anderer Ermittlungen oder unter Heranziehung der Daten gleichgelagerter oder ähnlicher Betriebe (Versicherungsverhältnisse) festzustellen.

Auskunftspflicht der Versicherten und der Leistungsempfänger.

§ 43. Die Versicherten sowie die Leistungsempfänger sind verpflichtet, den Versicherungsträgern über alle für das Versicherungsverhältnis maßgebenden Umstände längstens binnen 14 Tagen wahrheitsgemäß Auskunft zu erteilen.

ABSCHNITT V.

Mittel der Sozialversicherung.

1. UNTERABSCHNITT.

Beiträge zur Pflichtversicherung auf Grund des Arbeitsverdienstes (Erwerbseinkommens).

Allgemeine Beitragsgrundlage, Entgelt.

§ 44. (1) Grundlage für die Bemessung der allgemeinen Beiträge (allgemeine Beitragsgrundlage) ist für Pflichtversicherte, sofern im folgenden nichts anderes bestimmt wird, der im Beitragszeitraum gebührende Arbeitsverdienst mit Ausnahme allfälliger Sonderzahlungen nach § 49 Abs. 2. Als Arbeitsverdienst in diesem Sinne gilt:

1. bei den pflichtversicherten Dienstnehmern und Lehrlingen
das Entgelt im Sinne des § 49 Abs. 1, 3, 4 und 6;

2. bei den in einem Ausbildungsverhältnis stehenden Pflichtversicherten (§ 4 Abs. 1 Z. 3 und 4)

die Bezüge, die der Versicherte vom Träger der Einrichtung, in der die Ausbildung erfolgt, für die Dauer der Ausbildung erhält;

3. bei den den Dienstnehmern nach § 4 Abs. 3 gleichgestellten Personen (§ 4 Abs. 1 Z. 5) und bei den nach § 7 Z. 3 lit. c in der Unfallversicherung teilversicherten öffentlichen Verwaltern

das Erwerbseinkommen, das diese Personen aus der die Pflichtversicherung begründenden Beschäftigung erzielen;

4. bei den Heimarbeitern und den diesen gleichgestellten Personen (§ 4 Abs. 1 Z. 6)

das aus der Heimarbeit gebührende Entgelt im Sinne des § 49 Abs. 5.

(2) Der Beitragszeitraum umfaßt für Pflichtversicherte, deren Arbeitsverdienst nach Kalendermonaten bemessen oder abgerechnet wird, den Kalendermonat, für die anderen Pflichtversicherten die Kalenderwoche, in die der Monatserste fällt, und die folgenden vollen Kalenderwochen dieses Kalendermonats. Aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung und wenn dies zur Sicherung des Beitrageinzuges erforderlich ist, kann die Satzung des Trägers der Krankenversicherung für bestimmte Gruppen von Betrieben oder von Versicherten einen längeren Zeitraum, höchstens aber ein Vierteljahr, oder einen kürzeren Zeitraum als Beitragszeitraum bestimmen. Der Träger der Krankenversicherung kann überdies mit den Dienstgebern ein Übereinkommen treffen, daß als Beitragszeitraum die Lohnzahlungsperiode gilt.

(3) Ständig wechselnde Bezüge oder Leistungen Dritter (Trinkgelder usw.) können nach Anhörung der beteiligten Dienstgeber oder deren öffentlich-rechtlichen Interessenvertretungen und der öffentlich-rechtlichen Interessenvertretungen der Dienstnehmer mit Pauschbeträgen der Bemessung zugrunde gelegt werden.

(4) Zur allgemeinen Beitragsgrundlage gehören bei den in einem Ausbildungsverhältnis stehenden Pflichtversicherten (§ 4 Abs. 1 Z. 3 und 4) und bei den öffentlichen Verwaltern (§ 4 Abs. 3 Z. 8) nicht Bezüge im Sinne des § 49 Abs. 3 und 4.

(5) Die allgemeine Beitragsgrundlage erhöht sich um den Betrag der auf den Versicherten entfallenden Beiträge zu einer nach diesem Bundesgesetz geregelten Versicherung sowie der auf den Versicherten entfallenden Abgaben, soweit diese vom Dienstgeber zur Zahlung übernommen werden.

(6) Bei Pflichtversicherten, die kein Entgelt oder keine Bezüge der in Abs. 1 Z. 2 bezeichneten Art erhalten, ist als täglicher Arbeitsverdienst der Betrag von 16 S anzunehmen.

Höchstbeitragsgrundlagen.

§ 45. (1) Die allgemeine Beitragsgrundlage, die im Durchschnitt des Beitragszeitraumes oder des Teiles des Beitragszeitraumes, in dem Beitragspflicht bestanden hat, auf den Kalendertag entfällt, beträgt höchstens

a) in der Krankenversicherung 80 S,

b) in der Unfall- und Pensionsversicherung 120 S

(Höchstbeitragsgrundlagen).

(2) Übt der Pflichtversicherte gleichzeitig mehrere die Versicherungspflicht begründende Beschäftigungen aus, so sind bei der Bemessung der Beiträge in jedem einzelnen Beschäftigungsverhältnis die Höchstbeitragsgrundlagen zu berücksichtigen. Dies gilt entsprechend auch, wenn der Pflichtversicherte außer der die Versicherungspflicht nach diesem Bundesgesetz begründenden Beschäftigung eine die Versicherungspflicht nach den Bestimmungen über die Krankenversicherung der Bundesangestellten begründende Beschäftigung ausübt, und zwar mit der Maßgabe, daß in dieser Krankenversicherung die Höchstbeitragsgrundlage nach deren Bestimmungen anzuwenden ist.

Allgemeine Beitragsgrundlage nach Lohnstufen.

§ 46. (1) Zum Zwecke einer vereinfachten Berechnung der Beiträge und Leistungen kann durch die Satzung des Trägers der Krankenversicherung bestimmt werden, daß für alle oder für bestimmte Gruppen der im § 44 Abs. 1 genannten Pflichtversicherten die allgemeine Beitragsgrundlage nicht unmittelbar nach dem Arbeitsverdienst, sondern nach Lohnstufen gemäß den folgenden Absätzen ermittelt wird.

(2) Vom Bundesministerium für soziale Verwaltung ist nach Anhörung des Hauptverbandes für den gesamten sachlichen Geltungsbereich dieses Bundesgesetzes (§ 2) ein einheitliches Lohnstufenschema zu erlassen, wobei der tägliche Arbeitsverdienst höchstens von fünf zu fünf Schilling abgestuft werden darf.

(3) Für die Einreihung der Versicherten in die Lohnstufen ist der auf den Kalendertag entfallende Arbeitsverdienst maßgebend, wobei der Monat zu 30, die Woche zu sieben Kalendertagen anzusetzen ist. Änderungen des Arbeitsverdienstes, die während des Beitragszeitraumes eintreten, sind mit dem Tage der Änderung zu berücksichtigen.

(4) In jeder Lohnstufe gilt als Tageswert der allgemeinen Beitragsgrundlage der Mittelwert der durch die Lohnstufe erfaßten Arbeitsverdienste im Sinne des Abs. 3. An die Stelle des Mittelwertes tritt in der höchsten Lohnstufe die Höchstbeitragsgrundlage (§ 45), und zwar in der Krankenversicherung der Betrag von 80 S, in der Unfall- und Pensionsversicherung der Betrag von 120 S.

(5) Die allgemeine Beitragsgrundlage für den Beitragszeitraum ist so zu ermitteln, daß der nach Abs. 4 sich ergebende Tageswert der allgemeinen Beitragsgrundlage mit der Zahl der in den Beitragszeitraum fallenden Kalendertage, für die Beitragspflicht bestanden hat, vervielfacht wird.

Allgemeine Beitragsgrundlage für Zeiten einer Arbeitsunterbrechung infolge Urlaubes ohne Entgeltzahlung.

§ 47. Für Zeiten einer Arbeitsunterbrechung infolge Urlaubes ohne Entgeltzahlung im Sinne des § 11 Abs. 3 gilt als allgemeine Beitragsgrundlage der Betrag, der auf den der Dauer einer solchen Arbeitsunterbrechung entsprechenden Zeitabschnitt unmittelbar vor der Unterbrechung entfiel.

Allgemeine Beitragsgrundlage bei verspäteter Anmeldung.

§ 48. Sind auf Grund verspäteter, unrichtiger oder unterlassener Anmeldung Beiträge nachzahlen, so sind sie nach dem Entgelt, auf das gleichartig Versicherte im Zeitpunkt der Nachberechnung Anspruch haben, zu berechnen; für die Beitragszahlung sind auch die sonstigen in diesem Zeitpunkt geltenden Vorschriften anzuwenden.

Entgelt.

§ 49. (1) Unter Entgelt sind die Geld- und Sachbezüge zu verstehen, auf die der pflichtversicherte Dienstnehmer (Lehrling) aus dem Dienst(Lehr)verhältnis Anspruch hat oder die er darüber hinaus auf Grund des Dienst(Lehr)verhältnisses vom Dienstgeber oder von einem Dritten erhält.

(2) Sonderzahlungen, das sind Bezüge im Sinne des Abs. 1, die in größeren Zeiträumen als den Beitragszeiträumen gewährt werden, wie zum Beispiel ein 13. oder 14. Monatsbezug, Weihnachts- oder Urlaubsgeld, Gewinnanteile oder Bilanzgeld, sind als Entgelt nur nach Maßgabe der Bestimmungen des § 54 und der sonstigen Bestimmungen dieses Bundesgesetzes, in denen die Sonderzahlungen ausdrücklich erfaßt werden, zu berücksichtigen.

(3) Als Entgelt im Sinne der Abs. 1 und 2 gelten nicht:

1. Beträge, durch die Auslagen des Dienstnehmers (Lehrlings) für den Dienstgeber ersetzt werden (Auslagenersatz); hiezu gehören insbesondere Beträge, die den Dienstnehmern (Lehrlingen) als Fahrtkostenvergütungen einschließlich der Vergütungen für Wochenend(Familien)heimfahrten, Tages- und Nächtigungsgelder gezahlt werden, soweit sie die tatsächlichen Aufwendungen nicht übersteigen. Unter Tages- und Nächtigungsgelder fallen auch die auf Grund von Kollektivverträgen oder Arbeits(Betriebs)ordnungen, sofern diese im Rahmen von Kollektivverträgen vorgesehen sind, gezahlten Vergütungen für den mit Arbeiten außerhalb des Betriebes verbundenen Mehraufwand, wie Bauzulagen, Trennungsgelder, Zehrgelder, Entfernungszulagen, Aufwandsentschädigungen, Stör- und Außerhauszulagen u. ä.;

2. Schmutzzulagen, wenn sie auf Grund gesetzlicher Vorschriften oder kollektivvertraglicher Regelungen gewährt werden;

3. Fehlgeldentschädigungen (Zählgelder, Mankogelder), soweit sie von der Einkommensteuer (Lohnsteuer) befreit sind;

4. der Mietwert bei Gewährung von freien oder verbilligten Wohnungen in werkseigenen Gebäuden (Werkwohnungen, Dienstwohnungen), soweit er einkommensteuerrechtlich nicht zum Arbeitslohn gehört;

5. die Arbeitskleidung, soweit deren Wert von der Einkommensteuer (Lohnsteuer) befreit ist;

6. Werkzeuggelder, wenn sie auf Grund kollektivvertraglicher Regelungen gewährt werden;

7. Vergütungen, die aus Anlaß der Beendigung des Dienst(Lehr)verhältnisses gewährt werden, wie zum Beispiel Abfertigungen, Abgangentschädigungen, Übergangsgelder, nach gesetzlicher Vorschrift gewährte Urlaubsabfindungen;

8. die Kinderbeihilfen und der Ergänzungsbetrag nach dem Familienlastenausgleichsgesetz vom 15. Dezember 1954, BGBl. Nr. 18/1955, ferner die Wohnungsbeihilfe nach dem Bundesgesetz vom 21. September 1951, BGBl. Nr. 229;

9. 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;

10. Jubiläumsgeschenke des Dienstgebers, welche aus Anlaß eines Dienstnehmerjubiläums oder eines Firmenjubiläums gewährt werden, sowie Prämien für Dienstleistungen;

11. einmalige soziale Zuwendungen des Dienstgebers, die aus einem besonderen Anlaß gewährt werden, wie zum Beispiel Geburtsbeihilfen, Heiratsbeihilfen, Ausbildungs- und Studienbeihilfen, Krankenstandsauhilfen;

12. freie oder verbilligte Mahlzeiten, ferner Freibier, Freitrunke, Freimilch und Freitabak, alle diese Bezüge jedoch nur, soweit sie einkommensteuerrechtlich nicht zum Arbeitslohn gehören.

(4) Der Hauptverband kann nach Anhörung der Interessenvertretungen der Dienstnehmer und Dienstgeber feststellen, ob und in welchem Ausmaß Bezüge, die in kollektivvertraglichen Regelungen vorgesehen und als Bezüge im Sinne des Abs. 3 Z. 1, 2, 6 oder 11 bezeichnet sind, als nicht zum Entgelt im Sinne der Abs. 1 und 3 gehörend gelten. Derartige Feststellungen sind im „Amtsblatt zur Wiener Zeitung“ zu verlautbaren und sodann für alle Sozialversicherungsträger und Behörden verbindlich.

(5) Die Bestimmungen der Abs. 1 bis 4 sind auf den Arbeitsverdienst der im § 44 Abs. 1 Z. 4 bezeichneten Personen sinngemäß anzuwenden. Hierbei sind die besonderen Lohnzuschläge (Unkostenzuschläge) im Sinne des Heimarbeitengesetzes nicht als Arbeitsverdienst anzusehen.

(6) Die Versicherungsträger, Verwaltungsbehörden und Schiedsgerichte sind an rechtskräftige Entscheidungen der Arbeitsgerichte, in denen Entgeltansprüche des Dienstnehmers (Lehrlings) festgestellt werden, gebunden. Dieser Bindung steht die Rechtskraft der Beitragsvorschreibung nicht entgegen.

Bewertung von Sachbezügen.

§ 50. Für die Bewertung der Sachbezüge gilt die Bewertung für Zwecke der Lohnsteuer.

Allgemeine Beiträge für Vollversicherte.

§ 51. (1) Für vollversicherte Dienstnehmer (Lehrlinge) ist, sofern im folgenden nichts anderes bestimmt wird, als allgemeiner Beitrag zu leisten:

1. in der Krankenversicherung ein durch die Satzung des Trägers der Krankenversicherung für jede der im Abs. 2 angeführten beiden Versichertengruppen bestimmter einheitlicher Hundertsatz der allgemeinen Beitragsgrundlage;

2. in der Unfallversicherung

a) für die der Pensionsversicherung der Angestellten zugehörigen Dienstnehmer (Lehrlinge) 0·5 v. H.,

b) für die anderen Dienstnehmer (Lehrlinge) 2 v. H. der allgemeinen Beitragsgrundlage; von diesem Beitrag hat der Träger der Unfallversicherung für die Jahre 1956 bis 1960 0·4 v. H. der allgemeinen Beitragsgrundlage an den in Betracht kommenden Träger der Pensionsversicherung abzugeben;

3. in der Pensionsversicherung, und zwar

a) in der Pensionsversicherung der Arbeiter bei der Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter und bei der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen. 12 v. H.,
bei der Land- und Forstwirtschaftlichen Sozialversicherungsanstalt 13 v. H.,

b) in der Pensionsversicherung der Angestellten 11 v. H.,

c) in der knappschaftlichen Pensionsversicherung
für Arbeiter 17·5 v. H.,
für Angestellte 18·5 v. H.

der allgemeinen Beitragsgrundlage.

(2) Der allgemeine Beitrag für die Krankenversicherung darf durch die Satzung für die der Pensionsversicherung der Arbeiter zugehörigen Personen höchstens mit 7 v. H., für die der Pensionsversicherung der Angestellten zugehörigen Personen höchstens mit 4·5 v. H. der allgemeinen Beitragsgrundlage festgesetzt werden; mit Zustimmung des Hauptausschusses des Nationalrates darf ein höherer Satz festgesetzt werden,

wenn dies zur Deckung des Erfordernisses nötig ist.

(3) Von den nach Abs. 1 und 2 festgesetzten Beiträgen entfallen, unbeschadet der Sondervorschriften des § 53:

1. in der Krankenversicherung je die Hälfte auf den Versicherten und seinen Dienstgeber;

2. in der Unfallversicherung der gesamte Beitrag auf den Dienstgeber;

3. in der Pensionsversicherung, und zwar

a) in der Pensionsversicherung der Arbeiter bei der Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter und bei der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen auf den Versicherten und dessen Dienstgeber je 6 v. H.,

bei der Land- und Forstwirtschaftlichen Sozialversicherungsanstalt
auf den Versicherten 6 v. H.,
auf dessen Dienstgeber 7 v. H.,

b) in der Pensionsversicherung der Angestellten
auf den Versicherten und dessen Dienstgeber je 5·5 v. H.,

c) in der knappschaftlichen Pensionsversicherung für Arbeiter
auf den Versicherten 6 v. H.,
auf dessen Dienstgeber 11·5 v. H.,
für Angestellte
auf den Versicherten 6·5 v. H.,
auf dessen Dienstgeber 12 v. H.

der allgemeinen Beitragsgrundlage.

(4) Die Bestimmungen der Abs. 1 bis 3 gelten auch für die in einem Ausbildungsverhältnis stehenden Pflichtversicherten (§ 4 Abs. 1 Z. 3 und 4) und für die pflichtversicherten Heimarbeiter und die diesen gleichgestellten Personen (§ 4 Abs. 1 Z. 6) mit der Maßgabe, daß der auf den Dienstgeber entfallende Teil des Beitrages vom Träger der Einrichtung, in der die Ausbildung erfolgt, beziehungsweise vom Auftraggeber im Sinne der gesetzlichen Vorschriften über die Heimarbeit, zu tragen ist.

(5) Für die den Dienstnehmern gleichgestellten Vollversicherten (§ 4 Abs. 1 Z. 5 und Abs. 3) sind die Beiträge mit den gleichen Hundertsätzen der allgemeinen Beitragsgrundlage zu bemessen, wie sie für vollversicherte Dienstnehmer in der betreffenden Versicherung für die in Betracht kommende Versichertengruppe gemäß Abs. 1 und 2 festgesetzt sind. Diese Beiträge sind zur Gänze vom Versicherten zu tragen, jedoch haben die Besitzer der Wälder, in denen die Gewinnung von Harzprodukten ausgeübt wird, dem Pecher die Hälfte der Beiträge zu erstatten.

Allgemeine Beiträge für Teilversicherte.

§ 52. Für Teilversicherte nach § 7 und § 8 Abs. 1 Z. 2 ist in den Versicherungen, in die sie einbezogen sind, unbeschadet der Sondervorschriften des § 71, als allgemeiner Beitrag der nach § 51 Abs. 1 und 2 in Betracht kommende Hundertsatz von deren allgemeiner Beitragsgrundlage zu entrichten. In der Unfallversicherung der öffentlichen Verwalter (§ 7 Z. 3 lit. c) ist der nach § 51 Abs. 1 bis 3 für Angestellte auf den Dienstgeber entfallende Beitrag zur Gänze vom Versicherten zu tragen. Im übrigen gilt für die Aufteilung der Beiträge zwischen Versicherten und Dienstgebern § 51 Abs. 3 unbeschadet der Sondervorschriften des § 53.

Sondervorschriften über die Aufteilung des allgemeinen Beitrages.

§ 53. (1) Der den Versicherten belastende Teil der allgemeinen Beiträge darf zusammen mit dem den Versicherten belastenden Teil des Beitrages zur Arbeitslosenversicherung 20 v. H. seiner Geldbezüge nicht übersteigen. Den Unterschiedsbetrag hat der Dienstgeber zu tragen.

(2) Für Pflichtversicherte, die nur Anspruch auf Sachbezüge haben oder kein Entgelt erhalten, hat der Dienstgeber auch die auf den Pflichtversicherten entfallenden Beitragsteile (§§ 51 und 52) zu tragen.

(3) Werden die Beiträge vom Dienstgeber, dem Exterritorialität zukommt, nicht entrichtet, so hat sie der Dienstnehmer zur Gänze zu entrichten.

Sonderbeiträge.

§ 54. (1) Von den Sonderzahlungen nach § 49 Abs. 2 sind in der Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung Sonderbeiträge mit dem gleichen Hundertsatz wie für sonstige Bezüge nach § 49 Abs. 1 zu entrichten; hiebei sind die in einem Kalenderjahr fällig werdenden Sonderzahlungen für die Krankenversicherung bis zu einem Höchstbetrag von 2400 S, für die Unfall- und Pensionsversicherung bis zu einem Höchstbetrag von 3600 S zu berücksichtigen. Von dem für die Unfallversicherung hienach mit 2 v. H. zu entrichtenden Sonderbeitrag hat der Träger der Unfallversicherung für die Jahre 1956 bis 1960 ein Fünftel an den in Betracht kommenden Träger der Pensionsversicherung abzugeben.

(2) Die zuständigen Interessenvertretungen der Dienstnehmer und Dienstgeber können mit Zustimmung des Krankenversicherungsträgers vereinbaren, daß die Sonderzahlungen bei bestimmten Gruppen von Versicherten mit einem einheitlichen Hundertsatz der allgemeinen Beitragsgrundlage der Berechnung des Sonderbeitrages zugrunde gelegt werden.

(3) Die Bestimmungen der §§ 51 bis 53 über die Aufteilung der allgemeinen Beiträge auf den Versicherten und den Dienstgeber gelten entsprechend für die Sonderbeiträge.

Dauer der Beitragspflicht.

§ 55. Die allgemeinen Beiträge sind, sofern im folgenden nichts anderes bestimmt wird, für die Dauer der Versicherung zu entrichten.

Beitragspflicht bei nicht rechtzeitiger Meldung von Änderungen im Beschäftigungsverhältnis.

§ 56. (1) Für Versicherte, die vom Dienstgeber nicht oder nicht rechtzeitig abgemeldet werden, sind die allgemeinen Beiträge bis zum Zeitpunkt der Abmeldung oder bis zu dem Zeitpunkt, in dem der Versicherungsträger sonst von dem Ende der Beschäftigung Kenntnis erhält, längstens aber für die Dauer von drei Monaten nach dem Ende der Versicherung, weiter zu entrichten.

(2) Wird die Herabsetzung des Entgeltes vom Dienstgeber nicht oder nicht rechtzeitig gemeldet, so sind die allgemeinen Beiträge bis zum Zeitpunkt der Meldung oder der sonstigen Feststellung auf Grund der bisherigen Beitragsgrundlage zu entrichten.

(3) Der Versicherungsträger, bei dem die Beiträge einzuzahlen sind, kann auf die Weiterentrichtung der Beiträge über das Ende der Versicherung hinaus (Abs. 1) oder auf die Entrichtung der bisherigen Beiträge (Abs. 2) zur Gänze oder zum Teil verzichten und bereits entrichtete Beiträge dieser Art zurückerstatten.

(4) Die Verlängerung der Beitragspflicht bewirkt keine Formalversicherung (§ 21).

Beitragspflicht während einer Arbeitsunfähigkeit.

§ 57. (1) Für die Dauer einer durch Krankheit hervorgerufenen gemeldeten Arbeitsunfähigkeit oder eines Anspruches auf Wochengeld sind allgemeine Beiträge nur zu entrichten, wenn und solange der (die) Versicherte während einer solchen Zeit Entgelt im Sinne des § 49 fortbezieht.

(2) Für Versicherte ohne Entgelt, die nach § 138 Abs. 2 vom Anspruch auf Krankengeld ausgeschlossen sind, sind die allgemeinen Beiträge auch für die Dauer einer durch Krankheit hervorgerufenen Arbeitsunfähigkeit weiter zu entrichten.

Fälligkeit und Einzahlung der Beiträge.

§ 58. (1) Die allgemeinen Beiträge sind mit dem Ablauf des Kalendermonates fällig, in den das Ende des Beitragszeitraumes fällt. Die Satzung kann, sofern sie einen kürzeren als den im § 44 Abs. 2 erster Satz bezeichneten Beitragszeitraum bestimmt, vorsehen, daß für die in Betracht kom-

menden Gruppen von Betrieben oder von Versicherten die Fälligkeit der Beiträge mit dem Ende des Beitragszeitraumes eintritt. Die Fälligkeit der Sonderbeiträge wird durch die Satzung des Versicherungsträgers geregelt.

(2) Die auf den Versicherten und den Dienstgeber entfallenden Beiträge schuldet der Dienstgeber. Er hat diese Beiträge zur Gänze einzuzahlen.

(3) Der Beitragsschuldner hat auf seine Gefahr und Kosten die Beiträge an den zuständigen Träger der Krankenversicherung unaufgefordert einzuzahlen. Für die in der Unfall- und Pensionsversicherung Teilversicherten sind die Beiträge an den Träger der Krankenversicherung einzuzahlen, bei dem die Meldungen gemäß § 33 Abs. 2 zu erstatten sind.

(4) Bei der Berechnung der auf die Versicherten und deren Dienstgeber entfallenden Beiträge bleiben Beträge unter fünf Groschen unberücksichtigt; Beträge von fünf oder mehr Groschen werden als zehn Groschen gerechnet.

(5) Der Träger der Krankenversicherung, bei dem nach Abs. 3 die Beiträge einzuzahlen sind, ist ausschließlich berufen, die Beitragsforderung rechtlich geltend zu machen.

(6) Die Fälligkeit und die Einzahlung der Beiträge für die nur in der Unfallversicherung Teilversicherten werden unter Bedachtnahme auf die besonderen Verhältnisse der in Betracht kommenden Versichertengruppen in der Satzung des Versicherungsträgers geregelt.

Verzugszinsen.

§ 59. (1) Werden Beiträge nicht innerhalb von acht Tagen nach der Fälligkeit eingezahlt, so sind von diesen rückständigen Beiträgen Verzugszinsen in der Höhe von 2 v. H. über der jeweiligen Rate der Oesterreichischen Nationalbank für den Wechseleskompte zu entrichten. Für die Berechnung der Verzugszinsen sind die rückständigen Beiträge auf volle zehn Schilling abzurunden. In Berücksichtigung der wirtschaftlichen Verhältnisse des Beitragsschuldners kann der zur Entgegennahme der Zahlung berufene Versicherungsträger die Verzugszinsen herabsetzen oder nachsehen.

(2) Die Satzung des Trägers der Krankenversicherung kann für bestimmte Gruppen von Dienstgebern und für knappschaftliche Betriebe den im Abs. 1 vorgesehenen Zeitraum von acht Tagen mit einem anderen als dem dort angegebenen Zeitpunkt beginnen lassen.

(3) Die vom Träger der Krankenversicherung eingehobenen Verzugszinsen sind im Verhältnis der rückständigen Beiträge, die für die Berechnung der Verzugszinsen herangezogen werden, auf die beteiligten Versicherungsträger aufzuteilen.

Abzug des Versichertenbeitrages vom Entgelt (auch von Sonderzahlungen).

§ 60. (1) Der Dienstgeber ist berechtigt, den auf den Versicherten entfallenden Beitragsteil vom Entgelt in barem abzuziehen. Dieses Recht muß bei sonstigem Verlust spätestens bei der auf die Fälligkeit des Beitrages nächstfolgenden Entgeltzahlung ausgeübt werden, es sei denn, daß die nachträgliche Entrichtung der vollen Beiträge oder eines Teiles dieser vom Dienstgeber nicht verschuldet ist. Im Falle der nachträglichen Entrichtung der Beiträge ohne Verschulden des Dienstgebers dürfen dem Versicherten bei einer Entgeltzahlung nicht mehr Beiträge abgezogen werden, als auf zwei Lohnzahlungszeiträume entfallen.

(2) Besteht das Entgelt in barem ganz oder teilweise aus Leistungen Dritter, so bleibt es der Vereinbarung zwischen dem Versicherten und dem Dienstgeber überlassen, auf welche Weise der Dienstgeber den auf den Versicherten entfallenden Beitragsteil einziehen kann.

(3) Abs. 1 erster Satz gilt entsprechend auch für Sonderbeiträge nach § 54 mit der Maßgabe, daß der auf den Versicherten entfallende Teil des Sonderbeitrages, sofern nicht eine andere Regelung nach § 54 Abs. 2 vereinbart worden ist, nur von der Sonderzahlung abgezogen werden darf.

Getrennte Einzahlung der Beitragsteile.

§ 61. (1) Auf Antrag des Versicherungsträgers kann der Landeshauptmann widerruflich anordnen, daß Dienstgeber, die mit der Entrichtung der Beiträge im Rückstand sind, nur ihren Beitragsteil entrichten. Die von ihnen beschäftigten Versicherten haben ihren Beitragsteil an den Zahltagen selbst zu entrichten. Der Versicherungsträger kann hiebei den Obmann des Betriebsrates (die Vertrauensmänner) um seine (ihre) Mitwirkung ersuchen.

(2) Der Dienstgeber hat die Anordnung durch dauernden Aushang in den Arbeitsstätten den Versicherten bekanntzugeben und diese bei jeder Entgeltleistung darauf aufmerksam zu machen, daß sie ihren Beitragsteil selbst zu entrichten haben.

(3) Gegen Verfügungen nach Abs. 1 ist ein Rechtsmittel nicht zulässig.

Mitteilung über Beitragsrückstände, Beitragsabrechnung.

§ 62. (1) Der Versicherungsträger, an den die Beiträge einzuzahlen sind, hat dem Dienstgeber auf Verlangen schriftlich mitzuteilen, ob und in welcher Höhe Rückstände an Beiträgen samt Zuschlägen und Nebengebühren aushaften.

(2) Der Versicherungsträger, an den die Beiträge einzuzahlen sind, kann mit den einzelnen Dienst-

geben Vereinbarungen über die Form der Abrechnung der Beiträge treffen.

Abfuhr der Beiträge an die Träger der Unfall- und Pensionsversicherung.

§ 63. (1) Die Träger der Krankenversicherung haben die in einem Kalendermonat bei ihnen eingezahlten, auf die Unfall- und Pensionsversicherung entfallenden Beiträge bis zum 20. des folgenden Kalendermonates an die zuständigen Träger der Unfall- und Pensionsversicherung abzuführen. Auf die abzuführenden Beträge haben die Träger der Krankenversicherung bis zum 10., 20. und Letzten des jeweiligen Kalendermonates Anzahlungen in dem Ausmaß zu leisten, das dem Eingang an Beiträgen zur Unfall- und Pensionsversicherung annähernd entspricht.

(2) Zu nicht rechtzeitig abgeführten Beiträgen und zu nicht rechtzeitig geleisteten Anzahlungen haben die Träger der Krankenversicherung von den Rückständen Verzugszinsen in der Höhe von 2 v. H. über der jeweiligen Rate der Oesterreichischen Nationalbank für den Wechselskompte an die Träger der Unfall- und Pensionsversicherung zu entrichten.

(3) Die Träger der Unfall- und Pensionsversicherung sind berechtigt, die ordnungsgemäße Bemessung, Einhebung, Verrechnung und Abfuhr der für sie bestimmten Beitragsteile bei den Trägern der Krankenversicherung zu überprüfen und bei diesen während der Geschäftsstunden in alle bezüglichen Bücher und sonstigen Aufzeichnungen durch Beauftragte Einsicht zu nehmen.

(4) Der zur Entgegennahme der Beiträge berechnete Träger der Unfall- oder Pensionsversicherung kann die Verzugszinsen herabsetzen oder nachsehen, wenn den Träger der Krankenversicherung an der verspäteten Abfuhr kein Verschulden trifft.

Verfahren zur Eintreibung der Beiträge.

§ 64. (1) Den Versicherungsträgern ist zur Eintreibung nicht rechtzeitig entrichteter Beiträge die Einbringung im Verwaltungswege gewährt (§ 3 Abs. 3 Verwaltungsvollstreckungsgesetz 1950).

(2) Der Versicherungsträger, der nach § 58 Abs. 5 berufen ist, die Beitragsforderung rechtlich geltend zu machen, hat zur Eintreibung nicht rechtzeitig entrichteter Beiträge einen Rückstandsausweis anzufertigen. Dieser Ausweis hat den Namen und die Anschrift des Beitragsschuldners, den rückständigen Betrag, die Art des Rückstandes samt Nebengebühren, den Beitragszeitraum, auf den die rückständigen Beiträge entfallen, allenfalls vorgeschriebene Verzugszinsen, Beitragszuschläge und sonstige Nebengebühren sowie den Vermerk des Versicherungsträgers zu enthalten, daß der Rückstandsausweis einem die

Vollstreckbarkeit hemmenden Rechtszug nicht unterliegt. Der Rückstandsausweis ist Exekutionstitel im Sinne des § 1 der Exekutionsordnung.

(3) Vor Ausstellung eines Rückstandsausweises ist der rückständige Betrag einzumahnen. Die Bestimmungen des § 13 Abs. 1 bis 4 des Abgabeneinhebungsgesetzes 1951, BGBl. Nr. 87, über die Durchführung der Mahnung und die Mahngebühr sind entsprechend anzuwenden.

(4) Als Nebengebühren kann der Versicherungsträger in den Rückstandsausweis einen pauschalierten Kostenersatz für die durch die Einleitung und Durchführung der zwangsweisen Eintreibung bedingten Verwaltungsauslagen mit Ausnahme der im Verwaltungsweg oder im gerichtlichen Weg zuzusprechenden Kosten aufnehmen; der Anspruch auf die im Verwaltungsweg oder im gerichtlichen Weg zuzusprechenden Kosten wird hiedurch nicht berührt. Der pauschalierte Kostenersatz beträgt ein Halbes vom Hundert des einzutreibenden Betrages, mindestens jedoch 5 S. Der Ersatz kann für dieselbe Schuldigkeit nur einmal vorgeschrieben werden. Allfällige Anwaltskosten des Verfahrens zur Eintreibung der Beiträge dürfen nur insoweit beansprucht werden, als sie im Verfahren über Rechtsmittel auflaufen. Die vorgeschriebenen und eingehobenen Verwaltungskostenersätze verbleiben dem Versicherungsträger, der das Verfahren durchgeführt hat.

Behandlung der Beiträge im Ausgleichs- und Konkursverfahren sowie bei der Zwangsverwaltung und Zwangsverpachtung im Exekutions- und Sicherungsverfahren.

§ 65. (1) Für die Behandlung der Beiträge im Ausgleichs- und Konkursverfahren sind die jeweils geltenden Vorschriften der Konkurs- und der Ausgleichsordnung maßgebend.

(2) Bei der Zwangsverwaltung von Betriebsliegenschaften sowie bei der Zwangsverwaltung oder Zwangsverpachtung von gewerblichen Unternehmungen, Handelsbetrieben und ähnlichen wirtschaftlichen Unternehmungen sind rückständige Beiträge aus dem letzten Jahre vor Bewilligung der Zwangsverwaltung oder Zwangsverpachtung, die sich auf Versicherungsverhältnisse aus dem betreffenden Betrieb oder Unternehmen beziehen, vor den rückständigen Steuern und öffentlichen Abgaben zu berichtigen (§ 120 Abs. 2 Z. 3, § 121 Abs. 1, § 340 Abs. 2 und § 344 Exekutionsordnung). Im übrigen sind bei der Zwangsverwaltung von Betriebsliegenschaften rückständige Beiträge, die sich auf Versicherungsverhältnisse aus dem betreffenden Betrieb beziehen, wie von der Liegenschaft zu entrichtende öffentliche Abgaben zu berichtigen (§ 120 Abs. 2 Z. 1 und § 124 Z. 2 Exekutionsordnung).

Sicherung der Beiträge.

§ 66. Die Bestimmungen des § 16 Abs. 1 bis 3 des Abgabeneinhebungsgesetzes 1951, BGBl. Nr. 87, sind auf Beitragsforderungen nach diesem Bundesgesetz mit der Maßgabe entsprechend anzuwenden, daß

1. an Stelle des Finanzamtes der Versicherungsträger tritt, der nach § 58 Abs. 5 berufen ist, die Beitragsforderung rechtlich geltend zu machen,
2. gegen den Sicherstellungsauftrag das Rechtsmittel der Berufung gegeben ist (§ 63 AVG. 1950, BGBl. Nr. 172).

Haftung für Beitragsschuldigkeiten.

§ 67. (1) Wenn mehrere Dienstgeber im Einvernehmen dieselbe Person, wenn auch gegen gesondertes Entgelt, in einer die Pflichtversicherung begründenden Weise beschäftigen, haften sie zur ungeteilten Hand für die Beiträge, denen das Gesamtentgelt zugrunde zu legen ist.

(2) Dienstgeber, die auf gemeinsame Rechnung einen Betrieb führen, haften zur ungeteilten Hand für die anlässlich dieser Betriebsführung auflaufenden Beiträge, gleichviel, ob sie die Arbeiten nach einem einheitlichen Plan gemeinsam durchführen (Mitunternehmer) oder ob jeder von ihnen einen bestimmten Teil der gesamten Arbeiten selbständig durchführt (Teilunternehmer).

(3) Fällt einem anderen als dem Dienstgeber die wirtschaftliche Gefahr des Betriebes (der Verwaltung, des Haushaltes, der Tätigkeit) oder der erzielte Gewinn vorwiegend zu, so haften beide zur ungeteilten Hand für die fällig gewordenen Beiträge. Bei Heimarbeitern und bei den diesen gemäß § 4 Abs. 1 Z. 6 gleichgestellten Personen haftet der Auftraggeber (§ 2 Abs. 1 lit. c des Heimarbeitsgesetzes, BGBl. Nr. 66/1954) zur ungeteilten Hand mit demjenigen, der die Heimarbeit unmittelbar vergibt, für die fällig gewordenen Beiträge.

(4) Der Betriebsnachfolger haftet für die Beiträge, die sein Vorgänger im Betrieb zu zahlen gehabt hätte, unbeschadet der fortdauernden Haftung des Vorgängers und unbeschadet der Haftung des Betriebsnachfolgers nach § 1409 ABGB., für die Zeit von höchstens zwölf Monaten, vom Tage des Erwerbes zurückgerechnet, im Falle einer Anfrage beim Versicherungsträger jedoch nur mit dem Betrag, der ihm als Rückstand ausgewiesen worden ist.

Verjährung der Beiträge.

§ 68. (1) Das Recht auf Feststellung der Verpflichtung zur Zahlung von Beiträgen verjährt binnen zwei Jahren vom Tage der Fälligkeit der Beiträge. Hat der Dienstgeber überhaupt keine oder nachweisbar unwahre Angaben über

die bei ihm beschäftigten Personen oder über deren Entgelt (auch Sonderzahlungen im Sinne des § 49 Abs. 2) erstattet, so verjährt das Recht auf Feststellung der Verpflichtung zur Nachzahlung der Beiträge binnen zehn Jahren vom Tage ihrer Fälligkeit. Die Verjährung des Feststellungsrechtes wird durch jede zum Zwecke der Feststellung getroffene Maßnahme in dem Zeitpunkt unterbrochen, in dem der Zahlungspflichtige hierin in Kenntnis gesetzt wird.

(2) Das Recht auf Einforderung festgestellter Beitragsschulden verjährt binnen zwei Jahren nach Verständigung des Zahlungspflichtigen vom Ergebnis der Feststellung. Die Verjährung wird durch jede zum Zwecke der Hereinbringung getroffene Maßnahme, wie zum Beispiel durch Zustellung einer an den Zahlungspflichtigen gerichteten Zahlungsaufforderung (Mahnung) unterbrochen; sie wird durch Bewilligung einer Zahlungserleichterung gehemmt. Bezüglich der Unterbrechung oder Hemmung der Verjährung im Falle des Konkurses oder Ausgleiches des Beitragsschuldners gelten die einschlägigen Vorschriften der Konkursordnung und der Ausgleichsordnung.

Rückforderung ungebührlich entrichteter Beiträge.

§ 69. Zu Ungebühr entrichtete Beiträge können innerhalb von zwei Jahren nach der Zahlung zurückgefordert werden. Wird die Ungebührlichkeit der Entrichtung der Beiträge durch den Versicherungsträger anerkannt oder im Verwaltungsverfahren festgestellt, so können diese Beiträge innerhalb von zwei Jahren nach dem Anerkenntnis beziehungsweise nach dem Eintritt der Rechtskraft der Feststellung im Verwaltungsverfahren zurückgefordert werden. Die Rückforderung von Beiträgen zu einer Versicherung, aus der vor der Geltendmachung der Rückforderung eine Leistung gewährt worden ist, ist ausgeschlossen; das gleiche gilt entsprechend hinsichtlich der Rückforderung von Beiträgen, durch deren Zahlung die Formalversicherung begründet wurde. Die Rückforderung steht dem Versicherten zu, soweit er die Beiträge selbst getragen hat, im übrigen dem Dienstgeber.

Anrechnung von Beiträgen in der Pensionsversicherung bei gleichzeitigen versicherungspflichtigen Beschäftigungen für die Höherversicherung.

§ 70. (1) Überschreitet bei gleichzeitigen versicherungspflichtigen Beschäftigungen die Summe der allgemeinen Beitragsgrundlagen die Höchstbeitragsgrundlage in der Pensionsversicherung, so gilt auf Antrag des Versicherten der allgemeine Beitrag zur Pensionsversicherung, soweit er über die Höchstbeitragsgrundlage hinaus geleistet wurde, als Beitrag zur Höherversicherung. Sind

mehrere Träger der Pensionsversicherung beteiligt, so gilt der Beitrag zur Höherversicherung bei dem Träger geleistet, bei dem die Pflichtversicherung mit der höheren allgemeinen Beitragsgrundlage bestanden hat.

(2) Der Antrag ist bis zum 31. März eines jeden Kalenderjahres für im Vorjahr fällig gewordene allgemeine Beiträge bei einem der beteiligten Versicherungsträger zu stellen. Wird der Antrag nicht rechtzeitig gestellt, so trifft den Versicherten die Last des Beweises für das Zutreffen der Voraussetzungen nach Abs. 1.

(3) Die Bestimmungen der Abs. 1 und 2 sind auf die Sonderbeiträge nach § 54 entsprechend anzuwenden.

2. UNTERABSCHNITT.

Sonstige Beiträge zur Pflichtversicherung.

Beiträge in der Unfallversicherung bei der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen.

§ 71. (1) Die Mittel zur Bestreitung der Aufwendungen in der Unfallversicherung bei der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen einschließlich der Aufwendungen für die Unfallversicherung der Bediensteten dieser Anstalt werden, soweit sie nicht durch sonstige Einnahmen gedeckt sind, durch Beiträge der Eisenbahnunternehmungen sowie der Unternehmungen von Schlaf- und Speisewagenbetrieben aufgebracht. Die für ein Kalenderjahr erforderlichen Beiträge sind auf der Grundlage der Summe der Entgelte zu bemessen, welche die in diesen Unternehmungen (Betrieben) beschäftigten Versicherten für ihre Tätigkeit im Unternehmen (Betrieb) in diesem Kalenderjahr bezogen haben, zuzüglich der Sonderzahlungen nach § 49 Abs. 2, soweit sie als Grundlage für die Bemessung der Sonderbeiträge für das betreffende Kalenderjahr heranzuziehen wären.

(2) Zur Sicherstellung der finanziellen Gebahrung hat die Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen eine allgemeine Rücklage im Betrag eines Viertels der Aufwendungen für die Unfallversicherung im jeweils abgelaufenen Kalenderjahr anzusammeln. Ist am Ende des abgelaufenen Kalenderjahres eine Rücklage in diesem Ausmaß nicht angesammelt, so ist zur Bildung und Auffüllung dieser Rücklage ein Zuschlag zu den Beiträgen in der Höhe von 25 v. H. einzuheben.

(3) Auf die Beiträge nach Abs. 1 und 2 hebt die Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen allmonatlich im vorhinein Vorschüsse ein. Diese Vorschüsse werden mit dem Ersten des Kalendermonates fällig. Mit dem Ende eines jeden Kalenderjahres sind die eingehobenen Vorschüsse abzurechnen.

(4) Der Beitrag gemäß Abs. 1 und 2 tritt an die Stelle der in den §§ 51 bis 54 vorgesehenen Beiträge zur Unfallversicherung. Im übrigen sind die Bestimmungen der §§ 49, 50, 59, 64 bis 68 entsprechend anzuwenden.

Beiträge in der Unfallversicherung bei der Land- und Forstwirtschaftlichen Sozialversicherungsanstalt.

§ 72. (1) Die Mittel zur Bestreitung der Aufwendungen in der Unfallversicherung bei der Land- und Forstwirtschaftlichen Sozialversicherungsanstalt werden, soweit sie nicht durch sonstige Einnahmen gedeckt sind, durch Beiträge nach den folgenden Bestimmungen aufgebracht.

(2) Die Beiträge

1. von allen land- und forstwirtschaftlichen Betrieben im Sinne des § 1 Abs. 2 Z. 1 des Grundsteuergesetzes 1955,

2. von Grundstücken im Sinne des § 1 Abs. 2 Z. 2 des Grundsteuergesetzes 1955, soweit es sich um unbebaute Grundstücke handelt, die nachhaltig land- und forstwirtschaftlich genutzt werden, sind in Hundertsätzen der Beitragsgrundlage zu entrichten. Beitragsgrundlage hinsichtlich der in Z. 1 angeführten Betriebe ist der für Zwecke der Grundsteuer ermittelte Meßbetrag. Hinsichtlich der in Z. 2 angeführten Grundstücke bildet die Beitragsgrundlage nicht der für Zwecke der Grundsteuer ermittelte Meßbetrag, sondern ein besonderer Meßbetrag, der sich nach den Vorschriften des Grundsteuergesetzes ergäbe, wenn das Grundstück als land- und forstwirtschaftliches Vermögen im Sinne des Bewertungsgesetzes bewertet worden wäre. Der Hundertsatz wird durch die Satzung der Anstalt in einer Höhe festgesetzt, daß sie unter Berücksichtigung der sonstigen, auf die Unfallversicherung entfallenden Einnahmen des Versicherungsträgers ausreicht, die zur Deckung der Versicherungsleistungen und der Verwaltungsausgaben des Versicherungsträgers sowie zur Bildung der Reserven erforderlichen Mittel aufzubringen.

(3) Die Beiträge nach Abs. 2 hebt das örtlich zuständige Finanzamt ein. Für die Veranlagung, Festsetzung und Einhebung gelten die abgabenrechtlichen Bestimmungen. Die Beiträge sind vom Grundstückeigentümer zu entrichten. Für Grundstücke, die der Eigentümer nicht selbst bewirtschaftet, kann er von demjenigen, der sie bewirtschaftet, die Rückerstattung der Beiträge verlangen. Die Fälligkeit des Beitrages richtet sich nach den Vorschriften des Grundsteuergesetzes. Eine allfällige Nachsicht der Grundsteuer bleibt jedoch bei der Erhebung des Beitrages unberücksichtigt.

(4) Der Bund erhält zur Abgeltung der Kosten, die ihm durch die Einziehung und Abfuhr der Beiträge entstehen, eine Vergütung aus den Beiträgen. Das Nähere bestimmt das Bundesministe-

rium für Finanzen im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für soziale Verwaltung.

(5) Soweit der Dienstgeber oder der Versicherte Beiträge nach Abs. 2 entrichtet, sind die Beiträge in der Unfallversicherung nach den §§ 51, 52 und 54 nicht zu leisten.

(6) Für Personen, die gemäß § 8 Abs. 1 Z. 3 lit. b in der landwirtschaftlichen Unfallversicherung teilversichert sind und für die hinsichtlich einer diese Unfallversicherung begründenden Tätigkeit der Beitrag weder nach Abs. 2 noch nach den §§ 51, 52 und 54 oder nach § 74 ermittelt werden kann, sind Beiträge zu entrichten, die zur Gänze vom Inhaber des Betriebes zu tragen sind. Die Beiträge sind von einer kalendertäglichen Beitragsgrundlage zu bemessen, deren Höhe durch die Satzung des Trägers der Unfallversicherung einheitlich für alle in Betracht kommenden Versicherten mit einem festen Betrag im Rahmen des Erforderlichen, mindestens mit 16 S, höchstens mit 120 S, festzusetzen ist. Der Beitragssatz und die Einziehung der Beiträge werden in der Satzung des Versicherungsträgers geregelt.

(7) Die versicherten Dienstnehmer dürfen von den Dienstgebern zur Tragung der Beiträge nach Abs. 2 nicht herangezogen werden.

Beiträge in der Krankenversicherung der Rentner.

§ 73. (1) Die Mittel für die Krankenversicherung der Bezieher einer Rente aus der Pensionsversicherung der Arbeiter und aus der Pensionsversicherung der Angestellten mit Ausnahme der von der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen durchgeführten Pensionsversicherung der Arbeiter werden durch Beiträge aufgebracht.

(2) Der von den Trägern der Pensionsversicherung zu entrichtende Beitrag beträgt, sofern es sich um Rentenbezieher handelt, die nicht bei einer Landwirtschaftskrankenkasse versichert sind, für den Bereich der Pensionsversicherung der Arbeiter und der Pensionsversicherung der Angestellten 7 v. H. des für das laufende Geschäftsjahr erwachsenden Aufwandes an Renten und Rentensonderzahlungen für die Rentenbezieher, einschließlich der Zuschüsse, ausschließlich der Wohnungsbeihilfen und der Ausgleichszulagen. Für Bezieher einer Rente, die bei einer Landwirtschaftskrankenkasse versichert sind, beträgt der vom Träger der Pensionsversicherung zu entrichtende Beitrag einheitlich 6 v. H. des Rentenaufwandes für das laufende Kalenderjahr.

(3) Durch Verordnung des Bundesministeriums für soziale Verwaltung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Finanzen kann der Beitragssatz von 7 v. H. nach Abs. 2 auf 7,5 v. H., der Beitragssatz von 6 v. H. nach

Abs. 2 auf 6,5 v. H. erhöht werden, wenn nachgewiesen wird, daß die Summe der Aufwendungen in der Krankenversicherung der Rentner bei den in Betracht kommenden Trägern der Krankenversicherung durch diesen Beitrag nicht gedeckt erscheint und die allgemeine finanzielle Lage der Krankenversicherung dies erfordert.

(4) Die Beiträge nach den Abs. 2 und 3 sind vorschußweise in monatlichen Raten in den in den Abs. 2 und 3 bezeichneten Hundertsätzen der Summe der im vorangegangenen Kalendermonat ausgezahlten Renten dem Hauptverband zu überweisen. Der Ausgleich ist innerhalb der ersten sechs Monate des folgenden Kalenderjahres vorzunehmen. Der Hauptverband teilt die einlangenden Beiträge auf die zuständigen Träger der Krankenversicherung nach einem Schlüssel auf, der vom Bundesministerium für soziale Verwaltung auf Antrag des Hauptverbandes unter Berücksichtigung des nachgewiesenen Aufwandes für die Krankenversicherung der Rentner festgesetzt wird. Reicht der Beitrag in der Krankenversicherung der Rentner nicht aus, um den nachgewiesenen Aufwand, und zwar getrennt für Gebietskrankenkassen und Landwirtschaftskrankenkassen zu decken, so ist der Aufteilungsschlüssel zugunsten jener Träger der Krankenversicherung abzuändern, deren allgemeine finanzielle Lage dies begründet.

(5) Die Träger der Pensionsversicherung haben von jeder nach den Bestimmungen des Vierten Teiles zuerkannten, zur Auszahlung gelangenden Rente und Rentensonderzahlung, mit Ausnahme der Waisenrenten, einen Betrag einzubehalten, der durch Verordnung des Bundesministeriums für soziale Verwaltung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Finanzen gestaffelt nach der Rentenhöhe festzusetzen ist. Der einzubehaltende Betrag ist mindestens mit 1 v. H. der Rente, jedoch nicht weniger als mit 4,40 S monatlich festzusetzen und darf 2,6 v. H. der Rente nicht übersteigen. Von den nach bisherigem Recht zuerkannten, zur Auszahlung gelangenden Renten aus der Rentenversicherung mit Ausnahme der Hinterbliebenenrenten, haben die Träger der Pensionsversicherung einen Betrag von 4,40 S monatlich einzubehalten.

(6) In der Krankenversicherung der Bezieher einer Rente aus der knappschaftlichen Pensionsversicherung und aus der von der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen durchgeführten Pensionsversicherung der Arbeiter wird der Aufwand aus den Mitteln der Pensionsversicherung erstattet; die Satzung des Versicherungsträgers kann hierfür einen Pauschbetrag festsetzen.

(7) Für die Beiträge zur Weiterversicherung von Personen, die aus der Krankenversicherung der Rentner ausscheiden, sind die Bestimmungen der §§ 76 bis 79 maßgebend.

Beiträge für Teilversicherte in der Unfallversicherung.

§ 74. (1) Der Beitrag der gemäß § 8 Abs. 1 Z. 3 lit. a in der Unfallversicherung teilversicherten selbständig Erwerbstätigen wird mit 30 S für das Kalenderjahr festgesetzt. Reicht dieser Beitrag nicht aus, um den Gesamtaufwand für die Durchführung dieser Unfallversicherung zu decken, so ist er durch Verordnung des Bundesministeriums für soziale Verwaltung im erforderlichen Ausmaß, höchstens mit 60 S im Kalenderjahr, festzusetzen. Die Verordnung bedarf der Zustimmung des Hauptausschusses des Nationalrates. Der Beitrag für die gemäß § 8 Abs. 1 Z. 3 lit. f in der Unfallversicherung teilversicherten Versicherungsvertreter ist in gleicher Höhe einzuheben wie der Beitrag der gemäß § 8 Abs. 1 Z. 3 lit. a teilversicherten selbständig Erwerbstätigen.

(2) Die Beiträge der Teilversicherten in der Unfallversicherung nach § 8 Abs. 1 Z. 3 lit. c, d und e sind von einer kalendertäglichen Beitragsgrundlage zu bemessen, deren Höhe durch die Satzung des Trägers der Unfallversicherung einheitlich für alle in Betracht kommenden Versicherten mit einem festen Betrag, mindestens mit 16 S, höchstens mit 120 S festzusetzen ist. Der Beitragssatz wird gleichfalls durch die Satzung des Trägers der Unfallversicherung im Rahmen des Erforderlichen einheitlich festgesetzt.

(3) Die Beiträge sind zur Gänze zu tragen:

1. für die nach § 8 Abs. 1 Z. 3 lit. a in der Unfallversicherung teilversicherten selbständig Erwerbstätigen vom Versicherten;

2. für die nach § 8 Abs. 1 Z. 3 lit. c teilversicherten Teilnehmer an Umschulungs-, Nachschulungs- und sonstigen beruflichen Ausbildungslehrgängen von der den Lehrgang veranstaltenden Körperschaft, für die übrigen nach § 8 Abs. 1 Z. 3 lit. c Teilversicherten und für die nach § 8 Abs. 1 Z. 3 lit. e Teilversicherten vom Inhaber des Betriebes, in dem die Tätigkeit ausgeübt wird;

3. für die nach § 8 Abs. 1 Z. 3 lit. d Teilversicherten von der Körperschaft, der der Versicherte in der die Pflichtversicherung begründenden Tätigkeit angehört;

4. für die nach § 8 Abs. 1 Z. 3 lit. f teilversicherten Versicherungsvertreter von dem in Betracht kommenden Versicherungsträger beziehungsweise vom Hauptverband.

(4) Auf die Beiträge nach Abs. 1 und 2 sind die Bestimmungen des § 55 über die Dauer der Beitragspflicht, des § 59 über die Verzugszinsen, des § 62 über die Mitteilung von Beitragsrückständen und Beitragsabrechnung, der §§ 64 bis 67 über die Eintreibung und Sicherung der Beiträge sowie die sonstigen Bestimmungen über Beiträge der §§ 68 und 69 entsprechend anzuwenden.

Aufbringung der Mittel im Falle der Einbeziehung in die Teilversicherung durch Verordnung.

§ 75. Die Aufbringung der Mittel in der Krankenversicherung der nach § 9 in diese Versicherung einbezogenen Personen wird durch Verordnung in der Weise geregelt, daß die Aufwendungen des Versicherungsträgers unter Berücksichtigung eines angemessenen Anteiles an den Verwaltungskosten durch Beiträge der Körperschaften, auf deren Antrag die Einbeziehung in die Versicherung vorgenommen wurde, oder durch Beiträge der Körperschaften privaten Rechtes, der die einbezogenen Versicherten angehören, voraussichtlich gedeckt werden. Die in die Versicherung einbezogenen Personen selbst können, soweit ein ihnen gewährtes Entgelt eine ausreichende Beitragsgrundlage abgibt, gleichfalls zur Beitragsleistung herangezogen werden.

3. UNTERABSCHNITT.

Beiträge zur freiwilligen Versicherung.

Beitragsgrundlage.

§ 76. (1) Beitragsgrundlage für den Kalendertag ist:

1. für in der Kranken- oder Pensionsversicherung Weiterversicherte, sofern nicht Z. 2 anzuwenden ist,

die im letzten Beitragszeitraum vor dem Ausscheiden aus der Pflichtversicherung auf den Kalendertag entfallende allgemeine Beitragsgrundlage;

2. für in der Krankenversicherung Weiterversicherte, die aus der Krankenversicherung der Rentner ausgeschieden sind (§ 73 Abs. 7)

ein Dreißigstel der zuletzt gebührenden ungekürzten Rente; § 45 Abs. 1 lit. a ist hiebei anzuwenden;

3. für in der Krankenversicherung gemäß § 18 Selbstversicherte sowie für in der Unfallversicherung gemäß § 19 Selbstversicherte

der durch die Satzung des Versicherungsträgers festgesetzte Betrag, der nicht niedriger als 16 S täglich und nicht höher als die Höchstbeitragsgrundlage in der in Betracht kommenden Versicherung sein darf.

(2) Die Weiterversicherung in der Kranken- oder Pensionsversicherung ist auf Antrag des Versicherten, soweit dies nach den wirtschaftlichen Verhältnissen des Antragstellers gerechtfertigt erscheint, auf einer niedrigeren als der nach Abs. 1 in Betracht kommenden Beitragsgrundlage, jedoch nicht unter 7 S für den Kalendertag zuzulassen. Der Versicherungsträger kann für die Weiterversicherung eine höhere als die nach Abs. 1 in Betracht kommende Beitragsgrundlage, jedoch nicht über der Höchstbeitragsgrundlage in der in Betracht kommenden Versicherung festsetzen, wenn die Beiträge in einem erheblichen

Mißverhältnis zu dem Gesamteinkommen und den im Versicherungsfall zu gewährenden Leistungen stehen. Eine solche Festsetzung wirkt nur für die Zukunft.

(3) Beitragszeitraum ist der Kalendermonat; er ist einheitlich mit 30 Kalendertagen anzunehmen.

Ausmaß und Entrichtung.

§ 77. (1) Die Höhe des Beitrages in der Krankenversicherung für Weiter- und Selbstversicherte wird durch die Satzung des Versicherungsträgers mit einem einheitlichen Hundertsatz der Beitragsgrundlage für alle diese Versicherten festgesetzt. Dieser Hundertsatz darf den Beitragssatz, der für die Krankenversicherung der der Pensionsversicherung der Angestellten zugehörigen Pflichtversicherten gilt, nicht übersteigen.

(2) In der Pensionsversicherung haben Weiterversicherte den Beitrag mit dem für Pflichtversicherte geltenden Hundertsatz der Beitragsgrundlage zu entrichten. Für die Höherversicherung in der Pensionsversicherung sind Beiträge in einer vom Versicherten gewählten Höhe, monatlich aber mindestens 10 S, höchstens 240 S zu entrichten.

(3) Der Beitragssatz für Selbstversicherte in der Unfallversicherung (§ 19) wird durch die Satzung des Versicherungsträgers im Rahmen des Erforderlichen festgesetzt.

(4) Die Beiträge für die Höherversicherung in der Unfallversicherung gemäß § 20 Abs. 1 betragen unter Zugrundelegung der zusätzlichen Bemessungsgrundlage (§ 181 Abs. 1 zweiter Satz) von

1. 9000 S im Kalenderjahr 30 S;
2. 15.000 S im Kalenderjahr 50 S.

(5) Die Beiträge nach den Abs. 1 bis 4 sind vom Versicherten selbst zu tragen.

Fälligkeit, Einzahlung und Haftung.

§ 78. (1) Die Beiträge für Weiterversicherte sind zu Beginn eines jeden Kalendermonates fällig. Die Fälligkeit der Beiträge für Selbstversicherte in der Krankenversicherung und in der Unfallversicherung wird durch die Satzungen der Versicherungsträger geregelt.

(2) Beiträge zur Höherversicherung sind gleichzeitig mit jenen Beiträgen fällig, zu denen sie hinzutreten, sofern nicht eine andere Vereinbarung mit dem Versicherungsträger zustande kommt.

(3) Die Beiträge zur freiwilligen Versicherung sind zum Fälligkeitstermin unmittelbar an den für die Versicherung zuständigen Versicherungsträger einzuzahlen.

(4) Für die Beiträge der Familienangehörigen in der Selbstversicherung (§§ 18 Abs. 1 Z. 2, 19 Abs. 1 Z. 2) haftet der selbständig Erwerbstätige (der Landwirt) zur ungeteilten Hand mit dem Versicherten.

Sonstige Bestimmungen.

§ 79. Auf die Beiträge zur Weiterversicherung in der Kranken- und Pensionsversicherung, zur Selbstversicherung in der Kranken- und Unfallversicherung und zur Höherversicherung sind die Bestimmungen des § 69 über die Rückforderung von Beiträgen entsprechend anzuwenden.

4. UNTERABSCHNITT.

Beiträge des Bundes.

§ 80. (1) In der Krankenversicherung bei der Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues leistet der Bund, wenn der gesamte Aufwand für Leistungen in dieser Versicherung durch die gesamten Einnahmen auch bei einer Festsetzung des Beitrages für Arbeiter mit 7 v. H. der allgemeinen Beitragsgrundlage nicht zur Gänze gedeckt ist, für die Zeit vom 1. Jänner 1956 bis 31. Dezember 1960 einen Zuschuß zur Deckung des noch verbleibenden Abganges. Dieser Zuschuß darf die Höhe von 0,5 v. H. der allgemeinen Beitragsgrundlagen der bei der genannten Anstalt in der Krankenversicherung versicherten Arbeiter nicht übersteigen.

(2) In der Pensionsversicherung leistet der Bund einen Beitrag in der Höhe des Betrages, um den 110 v. H. des für das betreffende Geschäftsjahr erwachsenden Aufwandes

- a) an Renten und Rentensonderzahlungen, einschließlich der Zuschüsse und der Wohnungsbeihilfen, ausschließlich der Ausgleichszulagen und der besonderen Steigerungsbeträge zu den Renten für die Höherversicherung nach § 248 Abs. 1 und § 251 Abs. 3,

- b) an Abfertigungen der Witwenrenten und Beitragsrückerstattungen gemäß § 314

die Einnahmen des Versicherungsträgers für dieses Geschäftsjahr übersteigen; für Zwecke dieser Beitragsberechnung gelten als Einnahmen des Versicherungsträgers in den Jahren 1958, 1959 und 1960 je 95 v. H. der Beitragseinnahmen zuzüglich je 7 v. H. des Reinvermögens am Schlusse des vorangegangenen Geschäftsjahres und alle übrigen Einnahmen, ausgenommen den Bundesbeitrag.

(3) Der Beitrag des Bundes ist monatlich im erforderlichen Ausmaß, nach Tunlichkeit mit einem Zwölftel des im Bundesfinanzgesetz vorgesehenen Betrages zu bevorschussen.

(4) Für die weiteren Jahre leistet der Bund eine Ausfallhaftung bis zur Höhe des Betrages, um den 110 v. H. des für das betreffende Geschäftsjahr erwachsenden Aufwandes im Sinne des Abs. 2 die Gesamteinnahmen des Versicherungsträgers für dieses Geschäftsjahr, mit Ausnahme des Bundesbeitrages, übersteigen.

5. UNTERABSCHNITT.

Gemeinsame Bestimmungen.

Verwendung der Mittel.

§ 81. Die Mittel der Sozialversicherung dürfen nur für die gesetzlich vorgeschriebenen oder zulässigen Zwecke verwendet werden.

Vergütung für die Mitwirkung an fremden Aufgaben.

§ 82. (1) Die Träger der Krankenversicherung erhalten zur Abgeltung der Kosten, die ihnen durch die Mitwirkung an der Durchführung der Unfall- und Pensionsversicherung entstehen, eine Vergütung aus den Beiträgen zu diesen Versicherungen. Das Nähere bestimmt das Bundesministerium für soziale Verwaltung nach Anhörung des Hauptverbandes.

(2) Soweit die Träger der Krankenversicherung auf Grund anderer gesetzlicher Vorschriften oder auf Grund von Vereinbarungen zur Einhebung von Beiträgen, Umlagen u. dgl. für öffentlich-rechtliche Körperschaften oder Einrichtungen verpflichtet sind und in diesen Vorschriften oder Vereinbarungen nicht schon eine Entschädigung festgesetzt ist, gebührt ihnen zur Abgeltung der Kosten eine Vergütung, deren Höhe das Bundesministerium für soziale Verwaltung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Finanzen nach Anhörung der beteiligten Stellen festsetzt.

Verzugszinsen, Mahngebühren und Verwaltungskostensätze.

§ 83. Die Bestimmungen über Eintreibung und Sicherung, Haftung, Verjährung und Rückforderung von Beiträgen gelten entsprechend für Verzugszinsen, Mahngebühren und Verwaltungskostensätze bei zwangsweiser Eintreibung.

6. UNTERABSCHNITT.

Unterstützungsfonds.

§ 84. (1) Die Träger der Krankenversicherung können einen Unterstützungsfonds anlegen. Ihm können bis zu 25 v. H. des im abgelaufenen Geschäftsjahr erzielten Gebarungüberschusses, höchstens jedoch 1 v. H. der Beitragseinnahmen, überwiesen werden.

(2) Die Träger der Unfall- und der Pensionsversicherung können einen Unterstützungsfonds anlegen. Die Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen kann zur Auffüllung des Unterstützungsfonds für die Unfallversicherung einen Zuschlag zu den Unfallversicherungsbeiträgen bis zu 5 v. H. dieser Beiträge einheben, die übrigen Träger der genannten Versicherungszweige und als Träger der Pensionsversicherung auch die Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen können bis zu 5 v. H. der im ab-

gelaufenen Geschäftsjahr erzielten Gebarungüberschüsse dem Unterstützungsfonds für den betreffenden Versicherungszweig widmen.

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

ABSCHNITT VI.

Leistungsansprüche.

Entstehen der Leistungsansprüche.

§ 85. Die Ansprüche auf die Leistungen aus der Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung entstehen in dem Zeitpunkt, in dem die im Zweiten, Dritten und Vierten Teil dieses Bundesgesetzes hiefür vorgesehenen Voraussetzungen erfüllt werden.

Anfall der Leistungen.

§ 86. (1) Soweit nichts anderes bestimmt ist, fallen die sich aus den Leistungsansprüchen ergebenden Leistungen mit dem Entstehen des Anspruches (§ 85) an.

(2) Nach dem Tode des Empfängers einer Versichertenrente fallen Hinterbliebenenrenten aus der Unfallversicherung mit dem Beginn des Kalendermonates an, der auf den Tod des Rentenempfängers folgt.

(3) Hinterbliebenenrenten aus der Pensionsversicherung, mit Ausnahme solcher nach einem Rentenempfänger, fallen mit dem Eintritt des Versicherungsfalles an, wenn der Antrag binnen sechs Monaten nach Eintritt des Versicherungsfalles gestellt wird. Hinterbliebenenrenten nach einem Rentenempfänger fallen unter der gleichen Voraussetzung mit dem dem Versicherungsfall folgenden Monatsersten an. Alle übrigen Renten aus der Pensionsversicherung fallen mit dem Eintritt des Versicherungsfalles an, wenn die Rente binnen zwei Monaten nach Eintritt des Versicherungsfalles beantragt wird. Wird der Antrag auf die Rente erst nach Ablauf der im vorstehenden angegebenen Fristen gestellt, so fällt die Rente erst mit dem auf die Antragstellung folgenden Monatsersten an.

Verschollenheit.

§ 87. (1) Die Verschollenheit ist bei der Anwendung der Bestimmungen dieses Bundesgesetzes dem Tode gleichzuhalten. Als verschollen gilt hiebei, wessen Aufenthalt länger als ein Jahr unbekannt ist, ohne daß Nachrichten darüber vorliegen, ob er in dieser Zeit noch gelebt hat oder

gestorben ist, sofern nach den Umständen hierdurch ernstliche Zweifel an seinem Fortleben begründet werden. Als verschollen gilt nicht, wessen Tod nach den Umständen nicht zweifelhaft ist.

(2) Als Todestag ist der Tag anzunehmen, den der Verschollene nach den Umständen wahrscheinlich nicht überlebt hat, spätestens der erste Tag nach Ablauf des Jahres, während dessen keine Nachrichten im Sinne des Abs. 1 mehr eingelangt sind.

(3) Wurde in einem gerichtlichen Todeserklärungsverfahren als Zeitpunkt des Todes ein früherer Zeitpunkt als der nach Abs. 1 anzunehmende Zeitpunkt festgestellt, so gilt der im gerichtlichen Verfahren festgestellte Zeitpunkt als Todestag.

Verwirkung des Leistungsanspruches.

§ 88. (1) Versicherten, die den Versicherungsfall durch Selbstbeschädigung vorsätzlich herbeigeführt haben, ferner Personen, die den Versicherungsfall durch die Verübung eines Verbrechens veranlaßt haben, dessen sie mit rechtskräftigem Strafurteil schuldig erkannt worden sind, steht ein Anspruch auf Geldleistungen aus dem betreffenden Versicherungsfall nicht zu.

(2) In den Fällen des Abs. 1 gebühren den im Inlande wohnenden bedürftigen Angehörigen des Versicherten, wenn ihr Unterhalt mangels anderweitiger Versorgung vorwiegend von diesem bestritten wurde und nicht ihre Mitschuld oder Teilnahme an der vorsätzlichen Handlung oder dem Verbrechen — im Falle eines Verbrechens durch rechtskräftiges Strafurteil — festgestellt ist,

- a) aus der Krankenversicherung die Hälfte des Krankengeldes,
- b) aus der Unfall- und Pensionsversicherung bei Zutreffen der übrigen Voraussetzungen die Hinterbliebenenrenten; in der Unfallversicherung ist hiebei anzunehmen, daß der Tod des Versicherten als Folge eines Arbeitsunfalles eingetreten sei, doch dürfen diese Hinterbliebenenrenten bei Lebzeiten des Versicherten zeitlich und der Höhe nach das Ausmaß der verwirkten Leistungen nicht übersteigen. Den Leistungsansprüchen der Hinterbliebenen nach dem Ableben des Versicherten (Versicherten) wird hiedurch nicht vorgegriffen.

(3) Das Erfordernis eines rechtskräftigen Strafurteiles entfällt, wenn ein solches wegen des Todes, der Abwesenheit oder eines anderen in der betreffenden Person liegenden Grundes nicht gefällt werden kann.

Ruhen der Leistungsansprüche bei Haft und Auslandsaufenthalt.

§ 89. (1) Die Leistungsansprüche ruhen, solange der Anspruchsberechtigte oder sein Angehöriger (§ 123), für den die Leistung gewährt wird,

1. eine Freiheitsstrafe verbüßt oder in einer Bundesanstalt für Erziehungsbedürftige oder in einem Arbeitshaus angehalten wird;

2. sich im Ausland aufhält; als Auslandsaufenthalt gilt nicht der Aufenthalt in einem anderen Lande, solange der Anspruchsberechtigte in diesem Lande im Sinne des § 3 Abs. 2 als im Inland beschäftigt gilt.

(2) Das Ruhen von Rentenansprüchen aus der Unfallversicherung und aus der Pensionsversicherung nach Abs. 1 tritt nicht ein, wenn die Freiheitsstrafe oder die Anhaltung nicht länger als einen Monat währt oder der Auslandsaufenthalt in einem Kalenderjahr nicht zwei Monate überschreitet. Leistungsansprüche aus der Krankenversicherung ruhen auch während einer Untersuchungshaft.

(3) Im Falle des Abs. 1 Z. 2 tritt ferner das Ruhen nicht ein,

1. wenn durch ein zwischenstaatliches Übereinkommen oder durch eine Verordnung, die der Zustimmung des Hauptausschusses des Nationalrates bedarf, zur Wahrung der Gegenseitigkeit anderes bestimmt wird;

2. hinsichtlich der Ansprüche aus der Unfallversicherung und aus der Pensionsversicherung, wenn der Versicherungsträger einem österreichischen Staatsbürger die Zustimmung zum Auslandsaufenthalt erteilt.

(4) Hat ein Versicherter, dessen Anspruch nach Abs. 1 oder 2 ruht, im Inland Angehörige (§ 123), so sind in der Krankenversicherung die für Angehörige vorgesehenen Leistungen zu gewähren. Ruht der Anspruch auf eine Rente aus der Unfallversicherung oder aus der Pensionsversicherung, so gebührt den im Inland sich aufhaltenden Angehörigen, die im Falle des Todes des Versicherten — in der Unfallversicherung im Falle des Todes infolge des Arbeitsunfalles — Anspruch auf Hinterbliebenenrente hätten, eine Rente in der halben Höhe der ruhenden Rente. Der Anspruch steht in folgender Reihenfolge zu: Ehegatte, Kinder, Eltern, Geschwister.

(5) Leistungen nach Abs. 4 gebühren Angehörigen nicht, deren Mitschuld oder Teilnahme an der strafbaren Handlung, die die Freiheitsstrafe oder die Anhaltung (Abs. 1 Z. 1) verursacht hat, durch rechtskräftiges Erkenntnis des Strafgerichtes oder durch rechtskräftigen Bescheid einer Verwaltungsbehörde festgestellt ist. § 88 Abs. 3 gilt entsprechend.

(6) Durch Verordnung kann bestimmt werden, daß der Aufenthalt in bestimmten Grenzorten

der benachbarten Staaten dem Aufenthalt im Inland gleichzuhalten ist. Eine solche Verordnung bedarf der Zustimmung des Hauptausschusses des Nationalrates.

Zusammentreffen eines Rentenanspruches aus eigener Pensionsversicherung mit dem Anspruch auf Krankengeld.

§ 90. Fällt während des Bezuges von Krankengeld ein Rentenanspruch aus eigener Pensionsversicherung des Versicherten an, so ruht der Rentenanspruch für die weitere Dauer des Krankengeldbezuges mit dem Betrage des Krankengeldes; als Bezug des Krankengeldes gilt hiebei auch die Gewährung von Anstaltspflege durch einen Versicherungsträger. Das Ruhen erfaßt den Grundbetrag vor den anderen Rentenbestandteilen.

Zusammentreffen von Rentenansprüchen aus der Pensionsversicherung.

§ 91. Treffen Rentenansprüche aus der Pensionsversicherung zusammen, so ruht der dem Betrag nach niedrigere Rentenanspruch zur Hälfte.

Zusammentreffen eines Rentenanspruches aus der Pensionsversicherung mit einem Rentenanspruch aus der Unfallversicherung.

§ 92. (1) Trifft ein Rentenanspruch aus der Pensionsversicherung mit Ausnahme eines Anspruches auf Alters(Knappschaftsalters)rente und eines Anspruches auf Hinterbliebenenrente nach einem Alters(Knappschaftsalters)rentner mit einem Rentenanspruch aus der Unfallversicherung zusammen, so ruht der Rentenanspruch aus der Pensionsversicherung mit dem halben Betrage des niedrigeren der beiden Rentenansprüche.

(2) Tritt an Stelle einer Versehrtenrente Anstaltspflege oder Versehrtengehalt, so ruht der Rentenanspruch aus der Pensionsversicherung in der bisherigen Höhe weiter. Lief vor der Anstaltspflege oder dem Bezug des Krankengeldes keine Rente, so steht die Anstaltspflege oder der Bezug des Krankengeldes für die Anwendung des Abs. 1 dem Bezug der Vollrente gleich.

(3) Wird die Rente aus der Unfallversicherung abgefertigt, so ruht der Rentenanspruch aus der Pensionsversicherung in der sich nach dem Betrage der beiden Ansprüche gemäß Abs. 1 ergebenden Höhe durch so viele Monate, als der Abfertigungsbetrag volle Monatsbeträge der Unfallrente enthält.

Zusammentreffen eines Rentenanspruches aus der Pensionsversicherung mit einem Anspruch auf Ruhe(Versorgungs)genuß aus einem pensionsversicherungsfreien Dienstverhältnis.

§ 93. Trifft ein Rentenanspruch aus der Pensionsversicherung mit Ausnahme eines Anspruches auf Waisenrente mit einem Anspruch auf einen Ruhe- oder Versorgungsgenuß aus einem pensionsversicherungsfreien Dienstverhältnis zu einer öffentlich-rechtlichen Körperschaft zusammen, so ruht der Grundbetrag des Rentenanspruches bei Renten aus eigener Pensionsversicherung mit dem Betrage von 239 S, bei Hinterbliebenenrenten mit dem Betrage von 147 S monatlich.

Zusammentreffen eines Rentenanspruches aus der Pensionsversicherung mit Entgelt aus unselbständiger Erwerbstätigkeit.

§ 94. (1) Gebührt neben einem Rentenanspruch aus der Pensionsversicherung mit Ausnahme des Anspruches auf Waisenrente Entgelt aus einer gleichzeitig ausgeübten unselbständigen Erwerbstätigkeit, so ruht der Grundbetrag mit dem Betrag, um den das im Monat gebührende Entgelt 500 S übersteigt, höchstens jedoch mit dem Betrag, um den die Summe aus Rente und Entgelt im Monat den Betrag von 1300 S überschreitet.

(2) Tritt an Stelle des Entgeltes aus der unselbständigen Erwerbstätigkeit Krankengeld aus der Krankenversicherung oder wird aus dieser Versicherung Krankenhauspflege gewährt, so ruht für die Dauer des Bezuges des Krankengeldes oder der Gewährung der Krankenhauspflege der Rentenanspruch in der bisherigen Höhe weiter.

Gemeinsame Bestimmungen für die Anwendung der §§ 90 bis 94.

§ 95. (1) Die §§ 91 bis 94 sind bei Ansprüchen auf Knappschaftsrenten und Knappschaftssold nicht anzuwenden.

(2) Bei Anwendung der §§ 90 bis 94 sind die Renten mit Zuschüssen und Zuschlägen, jedoch ohne die besonderen Steigerungsbeträge für Höherversicherung (§ 248 Abs. 1 und § 251 Abs. 3) heranzuziehen.

(3) Liegen die Voraussetzungen für die Anwendung mehrerer der §§ 90 bis 94 vor, so sind diese in der Reihenfolge ihrer Bezeichnung anzuwenden. Hiebei sind die Rentenansprüche aus der Pensionsversicherung jeweils nur immer mit dem noch nicht ruhenden Betrage heranzuziehen.

(4) Zur Ermittlung des Ruhensbetrages sind bei Anwendung der §§ 92 bis 94 mehrere Renten-

ansprüche aus der Pensionsversicherung oder mehrere Rentenansprüche aus der Unfallversicherung je zu einer Einheit zusammenzufassen. Der Ruhensbetrag ist auf mehrere beteiligte Rentenansprüche aus der Pensionsversicherung nach deren Höhe aufzuteilen.

Beginn und Ende des Ruhens von Rentenansprüchen aus der Unfall- und Pensionsversicherung.

§ 96. (1) Das Ruhen von Rentenansprüchen aus der Unfall- und Pensionsversicherung wird mit dem Beginn des Kalendermonates wirksam, der auf den Eintritt des Ruhensgrundes folgt. Die Renten sind von dem Tag an wieder zu gewähren, mit dem der Ruhensgrund weggefallen ist.

(2) Begründet ein zu einem Rentenanspruch hinzutretender Anspruch nach den §§ 91 bis 93 das teilweise Ruhen des bereits bestehenden Rentenanspruches, so wird das Ruhen erst mit dem Monatsersten wirksam, der der Aufnahme der laufenden Zahlung aus dem hinzutretenden Anspruch folgt.

Wirksamkeit von Änderungen in den Rentenansprüchen aus der Unfall- und Pensionsversicherung.

§ 97. (1) Die Erhöhung von Renten aus der Unfallversicherung und der Pensionsversicherung sowie eine wiederzuerkannte Rente aus der Unfallversicherung gebührt nur für die Zeit nach Anmeldung des Anspruches; die Erhöhung der Witwenrente aus der Unfallversicherung wegen Krankheit oder anderer Gebrechen ist jedoch auch für die Zeit der Minderung der Erwerbsfähigkeit vor der Anmeldung des Anspruches, längstens jedoch bis zu drei Monaten vor der Anmeldung zu gewähren. Das gleiche gilt für Waisenrenten und Kinderzuschüsse aus der Unfallversicherung und der Pensionsversicherung im Falle ihrer Weitergewährung.

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

Übertragung, Pfändung und Verpfändung von Leistungsansprüchen.

§ 98. (1) Die Ansprüche auf Geldleistungen nach diesem Bundesgesetz können rechtswirksam nur in den folgenden Fällen übertragen, verpfändet oder gepfändet werden:

1. zur Deckung von Vorschüssen, die dem Anspruchsberechtigten auf sein Ansuchen von Sozialversicherungsträgern, vom Dienstgeber oder von einem Träger der öffentlichen Fürsorge auf Rechnung der Versicherungsleistung nach deren

Anfall, jedoch vor deren Flüssigmachung gewährt wurden;

2. zur Deckung von gesetzlichen Unterhaltsansprüchen gegen den Anspruchsberechtigten, mit der Beschränkung, daß diesem die Hälfte der Bezüge frei bleiben muß.

(2) Der Anspruchsberechtigte kann mit Zustimmung des Versicherungsträgers seine Ansprüche auf Geldleistungen auch in anderen als den im Abs. 1 angeführten Fällen ganz oder teilweise rechtswirksam übertragen; der Versicherungsträger darf die Zustimmung nur erteilen, wenn die Übertragung im Interesse des Anspruchsberechtigten oder seiner nahen Angehörigen gelegen ist.

(3) Sonstige Ansprüche sowie die Anwartschaften nach diesem Bundesgesetz können weder übertragen noch verpfändet oder gepfändet werden.

Entziehung von Leistungsansprüchen.

§ 99. (1) Sind die Voraussetzungen des Anspruches auf eine laufende Leistung nicht mehr vorhanden, so ist die Leistung zu entziehen, sofern nicht der Anspruch gemäß § 100 Abs. 1 ohne weiteres Verfahren erlischt.

(2) Die Leistung kann ferner auf Zeit ganz oder teilweise entzogen werden, wenn sich der Anspruchsberechtigte nach Hinweis auf diese Folge einer Nachuntersuchung oder Beobachtung entzieht.

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

Erlöschen von Leistungsansprüchen.

§ 100. (1) Der Anspruch auf eine laufende Leistung erlischt ohne weiteres Verfahren

a) in der Krankenversicherung, wenn die Voraussetzungen für den Anspruch weggefallen sind;

b) in der Unfallversicherung und in der Pensionsversicherung mit dem Tod des Anspruchsberechtigten, mit der Verheiratung der rentenberechtigten Witwe (des rentenberechtigten Witwers), mit dem Wegfall der Voraussetzungen für die Annahme der Verschollenheit, mit der Vollendung des 18. Lebensjahres bei Waisenrenten und Kinderzuschüssen sowie nach Ablauf der Dauer, für die eine Rente zuerkannt wurde. Die Rente und der Kinderzuschuß gebühren noch für den Kalendermonat, in dem der Grund des Wegfalles eingetreten ist.

(2) Der Anspruch auf eine laufende Leistung aus eigener Pensionsversicherung erlischt ferner mit dem dem Anfall eines Anspruches auf eine andere laufende Leistung aus eigener Pensionsversicherung folgenden Monatsletzten; § 275 Abs. 2 erster Satz bleibt hievon unberührt. Beträge, die nach Erlöschen des früheren Anspruches noch geleistet wurden, sind von den aus dem neuen Anspruch für den gleichen Zeitraum zu leistenden Beträgen einzubehalten und gegebenenfalls dem aus dem früheren Anspruch verpflichteten Versicherungsträger zu überweisen.

Rückwirkende Herstellung des gesetzlichen Zustandes bei Leistungsansprüchen.

§ 101. (1) Ergibt sich nachträglich, daß eine Geldleistung infolge eines wesentlichen Irrtums über den Tatbestand oder eines offenkundigen Versehens zu Unrecht zuerkannt, zu hoch bemessen oder nicht oder mit einem zu niedrigen Betrage zum Ruhen gebracht wurde, so ist mit Wirkung vom Tage der Auswirkung des Irrtums oder Versehens der gesetzliche Zustand herzustellen. Dies gilt entsprechend, wenn sich nachträglich ergibt, daß eine Rente aus den angeführten Gründen zu Unrecht abgelehnt, entzogen, eingestellt, zu niedrig bemessen oder zum Ruhen gebracht wurde.

(2) In den Fällen des Abs. 1 erster Satz hat der Empfänger den zu Unrecht empfangenen Betrag nur zu ersetzen, wenn er den Bezug durch bewußt unwahre Angaben, bewußte Verschweigung maßgebender Tatsachen oder Verletzung der Meldevorschriften (§ 40) herbeigeführt hat.

Verfall von Leistungsansprüchen infolge Zeitablaufes.

§ 102. (1) Der Anspruch auf Leistungen aus der Krankenversicherung ist bei sonstigem Verlust binnen zwei Jahren nach seinem Entstehen geltend zu machen.

(2) Der Anspruch auf Leistungen aus der Unfallversicherung ist, wenn die Leistung nicht von Amtes wegen festgestellt wird, bei sonstigem Verlust binnen zwei Jahren nach seinem Entstehen geltend zu machen.

(3) Nach Ablauf der im Abs. 2 bezeichneten Frist kann der Anspruch noch geltend gemacht werden, wenn:

1. eine neue Folge des Unfalles, die einen Anspruch begründet, erst später, oder eine innerhalb der Frist eingetretene Folge erst nach Ablauf der Frist in wesentlich höherem Maße, wenn auch in allmählicher Entwicklung des Leidens, bemerkbar geworden ist;

2. der Anspruchsberechtigte an der Anmeldung durch Verhältnisse verhindert worden ist, die außerhalb seines Willens lagen.

(4) Der Anspruch ist in den Fällen des Abs. 3 bei sonstigem Ausschluß binnen drei Monaten nach dem Zeitpunkte geltend zu machen, in dem die neue Unfallsfolge oder die wesentliche Verschlimmerung bemerkbar geworden oder das Hindernis weggefallen ist.

(5) Der Anspruch auf bereits fällig gewordene Raten zuerkannter Renten aus der Unfall- und Pensionsversicherung verfällt nach Ablauf eines Jahres seit der Fälligkeit.

Aufrechnung.

§ 103. (1) Die Versicherungsträger dürfen auf die von ihnen zu erbringenden Geldleistungen aufrechnen:

1. vom Anspruchsberechtigten dem leistungspflichtigen Versicherungsträger geschuldete fällige Beiträge, soweit das Recht auf Einforderung nicht verjährt ist;

2. vom Versicherungsträger zu Unrecht erbrachte, vom Anspruchsberechtigten rückzuerstattende Leistungen, soweit das Recht auf Rückforderung nicht verjährt ist;

3. vom leistungspflichtigen Versicherungsträger gewährte Vorschüsse.

(2) Die Aufrechnung nach Abs. 1 Z. 1 und 2 ist nur bis zur Hälfte der zu erbringenden Geldleistung zulässig.

Auszahlung der Leistungen.

§ 104. (1) Die laufenden Geldleistungen aus der Krankenversicherung sowie das Kranken-, Familien- und Taggeld aus der Unfallversicherung werden wöchentlich im nachhinein ausgezahlt. Die Satzung kann bestimmen, daß die Auszahlung auch für längere, längstens zwei Wochen betragende Zeiträume im nachhinein vorgenommen wird.

(2) Die Renten aus der Unfall- und Pensionsversicherung werden monatlich im vorhinein ausgezahlt. Die Versicherungsträger können die Auszahlung auf einen anderen Tag als den Monatsersten verlegen; hievon ist der Rentner zu verständigen.

(3) Einmalige Geldleistungen sind binnen zwei Wochen nach der Feststellung der Anspruchsberechtigung auszuzahlen.

(4) Alle Zahlungen sind auf zehn Groschen in der Weise zu runden, daß Beträge unter fünf Groschen unberücksichtigt bleiben und solche von fünf oder mehr Groschen als zehn Groschen gerechnet werden.

(5) Auf Verlangen des Versicherungsträgers haben die Anspruchsberechtigten Lebens- oder Witwenschaftsbestätigungen beizubringen. Solange diese Bestätigungen nicht beigebracht sind, können die Renten zurückgehalten werden.

(6) Die Renten sind in der Regel im Wege der Postsparkasse zu zahlen. Gebühren für die Zustellung von Renten sind vom Versicherungsträger zu zahlen.

Rentensonderzahlung.

§ 105. (1) Personen, die im Monat September eines Kalenderjahres eine Rente aus der Pensionsversicherung oder eine Verletztenrente auf Grund einer Erwerbsfähigkeitseinbuße von wenigstens 70 v.H., eine mit 40 v.H. der Bemessungsgrundlage bemessene Witwen(Witwer)rente, eine Waisen- oder Elternrente aus der Unfallversicherung bezogen haben, wird in diesem Kalenderjahr eine Sonderzahlung gewährt.

(2) Wird die Rente einer anderen Person oder Stelle als dem ehemals versicherten Berechtigten (den berechtigten Hinterbliebenen) auf Grund eines Anspruchsüberganges überwiesen, so wird die Sonderzahlung nur geleistet, wenn sie dem Berechtigten ungeschmälert zukommt.

(3) Die Sonderzahlung wird in der Höhe der für den Monat September ausgezahlten Rente, einschließlich der Zuschüsse und der Ausgleichszulage, jedoch ohne die Wohnungsbeihilfe gewährt.

(4) Die Sonderzahlung wird zu im Monat Oktober laufenden Renten in diesem Monat, sonst zugleich mit der Aufnahme der laufenden Rentenzahlung flüssiggemacht.

(5) Ein schriftlicher Bescheid ist nur im Falle der Ablehnung auf Begehren des Rentenberechtigten zu erteilen.

Zahlungsempfänger.

§ 106. (1) Die Leistungen werden an den Anspruchsberechtigten, wenn dieser aber handlungsunfähig ist, an seinen gesetzlichen Vertreter ausgezahlt. Mündige Minderjährige und beschränkt Entmündigte sind nur für Leistungen, die ihnen auf Grund ihrer eigenen Versicherung zustehen, selbst empfangsberechtigt; für andere Leistungen sind bei solchen Personen deren gesetzliche Vertreter empfangsberechtigt.

(2) Wird wahrgenommen, daß Waisenrenten oder Kinderzuschüsse vom Zahlungsempfänger nicht zugunsten des Kindes verwendet werden, so kann der Versicherungsträger mit Zustimmung des Pfllegschafts(Vormundschafts)gerichtes einen anderen Zahlungsempfänger bestellen.

Rückforderung zu Unrecht erbrachter Leistungen.

§ 107. (1) Unbeschadet der Bestimmung des § 101 Abs. 2 sind zu Unrecht erbrachte Geldleistungen vom Versicherungsträger zurückzufordern.

(2) Das Recht auf die Rückforderung nach Abs. 1 verjährt binnen zwei Jahren nach dem

Zeitpunkt, in dem dem Versicherungsträger bekanntgeworden ist, daß die Leistung zu Unrecht erbracht worden ist.

(3) Der Versicherungsträger kann bei Vorliegen berücksichtigungswürdiger Umstände, insbesondere in Berücksichtigung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse des Empfängers, auf die Rückforderung nach Abs. 1 verzichten oder die Erstattung des zu Unrecht gezahlten Betrages in Teilbeträgen zulassen, wenn der ungebührliche Bezug nicht durch unwahre Angaben, bewußte Verschweigung maßgebender Tatsachen oder durch Verletzung der Meldevorschriften (§ 40) herbeigeführt worden ist.

Bezugsberechtigung im Falle des Todes des Rentenempfängers.

§ 108. Ist im Zeitpunkt des Todes des Anspruchsberechtigten eine fällige Rente noch nicht ausgezahlt, so sind nacheinander der Ehegatte, die leiblichen Kinder, der Vater, die Mutter, die Geschwister bezugsberechtigt, alle diese Personen jedoch nur, wenn sie mit dem Anspruchsberechtigten zur Zeit seines Todes in häuslicher Gemeinschaft gelebt haben. Steht der Anspruch mehreren Kindern oder Geschwistern des Verstorbenen zu, so sind sie zu gleichen Teilen anspruchsberechtigt.

ABSCHNITT VII.

Befreiung von Abgaben.

Persönliche Abgabenfreiheit.

§ 109. Die Versicherungsträger und ihre Verbände genießen die persönliche Gebührenfreiheit von den Stempel- und Rechtsgebühren. Inwieweit die Versicherungsträger und die Verbände körperschaftssteuerpflichtig sind, wird durch das Körperschaftssteuergesetz bestimmt.

Sachliche Abgabenfreiheit.

§ 110. (1) Von der Entrichtung der bundesrechtlich geregelten öffentlichen Abgaben — unbeschadet des § 4 des Umsatzsteuergesetzes — sowie von der Entrichtung der Bundesverwaltungsgaben, der Gerichts- und der Justizverwaltungsgebühren sind befreit:

1. Rechtsgeschäfte, Rechtsurkunden und sonstige Schriften sowie die im Verfahren vor den Gerichten und Verwaltungsbehörden durchgeführten Amtshandlungen, wenn sie die Übertragung von Liegenschaften, Räumen, Einrichtungsgegenständen und Gerätschaften betreffen, die zwischen den Versicherungsträgern (Verbänden) untereinander vorgenommen wird, auch wenn diese Gegenstände nicht ganz oder überwiegend der Erfüllung der Aufgaben der Versicherungsträger dienen oder wenn sie die Durchsetzung von Ersatzansprüchen gegen den Dienstgeber (§ 334) oder dritte Personen (§ 335) betreffen;

2. Rechtsgeschäfte, Rechtsurkunden, sonstige Schriften und die im Verfahren vor den Gerichten, Verwaltungsbehörden, Einigungskommissionen, nach sozialversicherungsrechtlichen Vorschriften errichteten Kommissionen, Ausschüssen und Schiedsgerichten durchgeführten Amtshandlungen, wenn sie Rechtsverhältnisse betreffen, die begründet oder abgewickelt werden,

- a) in Durchführung der in diesem Bundesgesetz geregelten Versicherungen zwischen den Versicherungsträgern und ihren Verbänden einerseits und den Versicherten, deren Dienstgebern, den Anspruchswerbern und Anspruchsberechtigten auf Leistungen der Versicherung sowie den Vertragspartnern der Versicherung andererseits,
- b) von den Versicherungsträgern und ihren Verbänden zur Beschaffung, Sicherung, Instandhaltung oder Erneuerung von Liegenschaften, Räumen, Einrichtungsgegenständen und Gerätschaften, die der Erfüllung der Aufgaben der Versicherung dienen, soweit sie nicht ausschließlich oder überwiegend für die Anlage von Vermögensbeständen bestimmt sind;

3. alle Amtshandlungen, Urkunden und sonstigen Schriften, die zur Bildung der Verwaltungskörper der Versicherungsträger und ihrer Verbände notwendig sind.

(2) Die Befreiung nach Abs. 1 besteht für Rechtsurkunden und sonstige Schriften nur so lange, als diese zur Begründung und Abwicklung der dort bezeichneten Rechtsverhältnisse verwendet werden. Wird davon ein anderer Gebrauch gemacht, so sind die in Betracht kommenden Abgaben nachträglich zu entrichten.

(3) Das Disziplinarverfahren gegen Bedienstete der Versicherungsträger und ihrer Verbände ist von den Stempel- und Rechtsgebühren befreit.

ABSCHNITT VIII.

Strafbestimmungen.

Verstöße gegen die Melde-, Anzeige- und Auskunftspflicht.

§ 111. (1) Dienstgeber und sonstige nach § 36 meldepflichtige Personen (Stellen), im Falle einer Bevollmächtigung nach § 35 Abs. 3 oder § 36 Abs. 2 die Bevollmächtigten, die der ihnen auf Grund dieses Bundesgesetzes obliegenden Verpflichtung zur Erstattung von Meldungen und Anzeigen nicht oder nicht rechtzeitig nachkommen, die Erfüllung der Auskunftspflicht verweigern oder in den ihnen obliegenden Meldungen, Anzeigen und Auskünften unwahre Angaben machen, begehen eine Verwaltungsübertretung und werden, wenn die Handlung nicht nach anderer Bestimmung einer strengeren Strafe unterliegt, von der Bezirksverwaltungsbehörde mit Geld bis 3000 S, im Falle der Uneinbringlich-

keit mit Arrest bis zu zwei Wochen bestraft. Wenn aber Schädigungsabsicht vorliegt, werden sie mit Arrest bis zu sechs Wochen bestraft.

§ 112. (1) Die Bestimmungen des § 111 sind auf Dienstgeber beziehungsweise deren Bevollmächtigte entsprechend anzuwenden, die der von ihnen nach § 34 Abs. 2 übernommenen Pflicht zur Vorlage von Entgeltlisten nicht oder nicht rechtzeitig nachkommen oder in diesen Listen unwahre Angaben machen.

(2) Die Bestimmungen des § 111 sind auch auf andere als die im § 111 bezeichneten Personen bei Verstößen gegen die ihnen auf Grund dieses Bundesgesetzes obliegende Melde-, Anzeige- und Auskunftspflicht anzuwenden.

(3) Für Geldstrafen, die über einen Bevollmächtigten verhängt werden, haftet der Dienstgeber zur ungeteilten Hand mit dem Bestraften.

Beitragszuschläge.

§ 113. (1) Den im § 111 angeführten Personen (Stellen), die Anmeldungen zur Pflichtversicherung nicht oder verspätet erstatten oder ein zu niedriges Entgelt melden, kann ein Beitragszuschlag bis zum zweifachen Ausmaß der nachzuzahlenden Beiträge vorgeschrieben werden.

(2) Werden vereinbarte Fristen für die Vorlage von Versicherungs- oder Abrechnungsunterlagen nicht eingehalten, kann ein Beitragszuschlag bis 1000 S vorgeschrieben werden.

(3) Der Beitragszuschlag wird vom Versicherungsträger, an den die Meldung zu erstatten ist oder dem die Unterlagen vorzulegen sind, vorgeschrieben; er berührt die Verpflichtung zur Bezahlung der fälligen Beiträge nicht.

(4) Die gemäß Abs. 1 vorgeschriebenen Beitragszuschläge fließen den beteiligten Versicherungsträgern nach Maßgabe der Aufteilung des zugrunde liegenden Beitrages zu. Die gemäß Abs. 2 vorgeschriebenen Beitragszuschläge fließen dem Unterstützungsfonds des einhebenden Versicherungsträgers zu.

(5) § 112 Abs. 3 gilt entsprechend.

Verstöße gegen die Vorschriften über die Einbehaltung und Einzahlung der Beiträge eines Dienstnehmers durch den Dienstgeber.

§ 114. Ein Dienstgeber, der Beiträge eines Dienstnehmers zur Sozialversicherung einbehalten oder von ihm übernommen und dem berechtigten Versicherungsträger vorsätzlich vorenthalten hat, macht sich eines Vergehens schuldig. Er wird hierfür mit strengem Arrest von sechs Monaten bis zu einem Jahr, bei sehr erschwerenden Umständen bis zu zwei Jahren bestraft. Mit der Arreststrafe kann das Gericht Geldstrafen bis zu 30.000 S verhängen. Wenn die Milderungsgründe überwiegen, ist nur die Geldstrafe zu verhängen.

Verletzung des Geschäfts- und Betriebsgeheimnisses im Unfallverhütungsdienst.

§ 115. Ein fachkundiges Organ des Trägers der Unfallversicherung (§ 187), das ein ihm bei Ausübung seiner Tätigkeit im Unfallverhütungsdienst bekanntgewordenes oder als solches bezeichnetes Geschäfts- oder Betriebsgeheimnis verletzt oder es zu seinem oder eines anderen Vorteil verwertet, wird, wenn die Handlung nicht nach einem anderen Gesetz einer strengeren Bestrafung unterliegt, von den Gerichten wegen Vergehens mit Arrest von drei Monaten bis zu zwei Jahren bestraft.

ZWEITER TEIL.

Leistungen der Krankenversicherung.

ABSCHNITT I.

Gemeinsame Bestimmungen.

Aufgaben.

§ 116. (1) Die Krankenversicherung trifft Vorsorge für die Versicherungsfälle der Krankheit, der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit, der Mutterschaft und des Todes sowie für die Verhütung von Krankheiten.

(2) Mittel der Krankenversicherung können auch zur Förderung und Unterstützung von gemeinnützigen Einrichtungen, die der Betreuung von Kranken oder der Verhütung von Krankheiten dienen, verwendet werden, wenn hiedurch die Erfüllung der im Abs. 1 genannten Aufgaben nicht gefährdet wird.

Leistungen.

§ 117. Als Leistungen der Krankenversicherung werden nach Maßgabe der Bestimmungen dieses Bundesgesetzes gewährt:

1. aus dem Versicherungsfall der Krankheit: Krankenbehandlung (§§ 133 bis 137);
2. aus dem Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit: Krankengeld (§§ 138 bis 143);
3. aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft:
 - a) Hebammenbeistand, erforderlichenfalls ärztlicher Beistand (§ 159);
 - b) Heilmittel und Heilbehelfe (§ 160);
 - c) Pflege in einer Krankenanstalt (auch in einem Entbindungsheim) (§ 161);
 - d) Wochengeld, Stillgeld (§§ 162 und 163);
 - e) Entbindungsbeitrag (§ 164);
4. aus dem Versicherungsfall des Todes: Sterbegeld (§§ 169 bis 171).

§ 118. (1) An Stelle der Krankenbehandlung und gegebenenfalls des Krankengeldes treten

nach Maßgabe der §§ 144 bis 150 Anstaltspflege oder nach Maßgabe des § 151 Hauspflege und gegebenenfalls Familien(Tag)geld (§ 152).

(2) Zahnbehandlung und Zahnersatz sowie Hilfe bei körperlichen Gebrechen werden nach Maßgabe der Bestimmungen der §§ 153 und 154 gewährt.

(3) Überdies können Leistungen der erweiterten Heilfürsorge (§ 155) und Leistungen zur Verhütung des Eintrittes und der Verbreitung von Krankheiten (§ 156) gewährt werden.

§ 119. Die Leistungen der Krankenversicherung werden auch gewährt, wenn es sich um die Folgen eines Arbeitsunfalles (§§ 175 und 176) oder um eine Berufskrankheit (§ 177) handelt.

Eintritt des Versicherungsfalles.

§ 120. Der Versicherungsfall gilt als eingetreten:

1. im Versicherungsfall der Krankheit mit dem Beginn der Krankheit, das ist des regelwidrigen Körper- oder Geisteszustandes, der die Krankenbehandlung notwendig macht;
2. im Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit mit dem Beginn der durch eine Krankheit im Sinne der Z. 1 herbeigeführten Arbeitsunfähigkeit;
3. im Versicherungsfall der Mutterschaft mit dem Beginn der sechsten Woche vor der voraussichtlichen Entbindung;
4. im Versicherungsfall des Todes mit dem Todestag.

Art der Leistungen.

§ 121. (1) Die Leistungen der Krankenversicherung werden gewährt als:

1. Pflichtleistungen, und zwar als gesetzliche Mindestleistungen oder als satzungsmäßige Mehrleistungen;

2. freiwillige Leistungen.

(2) Pflichtleistungen sind Leistungen, auf die ein Rechtsanspruch besteht. Freiwillige Leistungen sind Leistungen, die auf Grund gesetzlicher oder satzungsmäßiger Vorschriften gewährt werden können, ohne daß auf sie ein Rechtsanspruch besteht.

(3) Der Versicherungsträger kann unter Bedachtnahme auf seine finanzielle Leistungsfähigkeit und das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten über die gesetzlichen Mindestleistungen hinausgehende Mehrleistungen innerhalb der in den folgenden Bestimmungen festgesetzten Grenzen in der Satzung vorsehen (satzungsmäßige Mehrleistungen). Durch die Satzung kann der Anspruch auf Mehrleistungen von der Erfüllung einer Wartezeit von sechs Monaten innerhalb der letzten zwölf Monate vor Eintritt des Versicherungsfalles abhängig gemacht werden.

(4) Sofern nach Maßgabe der Bestimmungen dieses Bundesgesetzes oder der Satzung der Anspruch von der Erfüllung einer Wartezeit abhängig ist, sind auf diese die Zeiten einer gesetzlichen Krankenversicherung sowie die Zeiten der Zugehörigkeit zu einer Krankenfürsorgeeinrichtung eines öffentlich-rechtlichen Dienstgebers anzurechnen.

Anspruchsberechtigung während der Dauer der Versicherung und nach dem Ausscheiden aus der Versicherung.

§ 122. (1) Der Versicherte hat nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen Anspruch auf die Leistungen der Krankenversicherung für sich und seine Angehörigen (§ 123), wenn der Versicherungsfall während der Versicherung eingetreten ist (§ 120). Die Leistungen sind in diesem Fall auch über das Ende der Versicherung hinaus bis zum Ablauf der Leistungshöchstdauer weiter zu gewähren, solange die Voraussetzungen für den Anspruch gegeben sind.

(2) Für Versicherungsfälle, die nach dem Ende der Versicherung eintreten, sind Leistungen, und zwar auch für Familienangehörige, nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen zu gewähren:

1. an Personen, die Anspruch auf Kranken- oder Wochengeld haben, auch wenn dieser Anspruch ruht, oder auf Rechnung des Versicherungsträgers in Anstalts(Haus)pflege stehen,

2. an Personen, die innerhalb der letzten zwölf Monate vor dem Ausscheiden aus der durch eine Beschäftigung begründeten Pflichtversicherung mindestens 26 Wochen oder unmittelbar vorher mindestens sechs Wochen versichert waren und sogleich nach dem Ausscheiden aus der Pflichtversicherung erwerbslos geworden sind, wenn der Versicherungsfall während der Erwerbslosigkeit und binnen drei Wochen nach dem Ausscheiden aus der Pflichtversicherung eintritt; Sterbegeld ist jedoch auch zu gewähren, wenn der Versicherungsfall des Todes erst nach Ablauf von drei Wochen nach dem Ausscheiden aus der Pflichtversicherung, aber noch während der Gewährung (des Ruhens) von Krankengeld, Anstalts(Haus)pflege oder Wochengeld eingetreten ist.

(3) Über die Bestimmungen des Abs. 2 hinaus sind die Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft auch zu gewähren, wenn der Versicherungsfall innerhalb von sechs Wochen nach dem Ende der Pflichtversicherung eintritt.

(4) Leistungen werden nach Abs. 2 Z. 2 nicht mehr gewährt, sobald der Erwerbslose auf Grund dieses Bundesgesetzes oder auf Grund anderer gesetzlicher Vorschrift in der Krankenversicherung versichert ist oder wenn sich der Erwerbslose ins Ausland begibt. Die Weiterversicherung in der Krankenversicherung (§ 16), die Kranken-

versicherung wegen Bezuges einer Rente aus der Sozialversicherung sowie die Krankenversicherung der Kriegshinterbliebenen (§§ 68 ff. des Kriegsoferversorgungsgesetzes, BGBl. Nr. 197/1949, in der jeweils geltenden Fassung) lassen den Anspruch auf Leistungen nach Abs. 2 Z. 2 unberührt.

(5) Wo im folgenden Versicherte als Anspruchsberechtigte genannt werden, sind hierunter, soweit nichts anderes bestimmt wird, auch die im Abs. 2 bezeichneten aus der Versicherung ausgeschiedenen anspruchsberechtigten Personen zu verstehen.

Anspruchsberechtigung für Angehörige.

§ 123. (1) Anspruch auf die Leistungen der Krankenversicherung besteht für Angehörige,

1. wenn sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben;

2. wenn sie nicht selbständig erwerbstätig sind;

3. wenn sie weder nach der Vorschrift dieses Bundesgesetzes noch nach anderer gesetzlicher Vorschrift krankenversichert sind und auch für sie seitens einer Krankenfürsorgeeinrichtung eines öffentlich-rechtlichen Dienstgebers Krankenfürsorge nicht vorgesehen ist, und

4. wenn sie nicht sonst einen gesetzlichen Anspruch auf Krankenbehandlung haben.

(2) Als Angehörige gelten:

1. die Ehegattin (der erwerbsunfähige und unterhaltsberechtignte Ehegatte),

2. die ehelichen Kinder, die legitimierten Kinder und die Wahlkinder,

3. die unehelichen Kinder einer weiblichen Versicherten,

4. die unehelichen Kinder eines männlichen Versicherten, wenn seine Vaterschaft im Wege der freiwilligen Gerichtsbarkeit oder in einem sonst hiefür gesetzlich vorgesehenen Verfahren anerkannt oder im Prozeßweg gerichtlich festgestellt worden ist,

5. die Stiefkinder und Enkel, wenn sie vom Versicherten überwiegend erhalten werden,

6. die Pflegekinder, wenn sie vom Versicherten unentgeltlich gepflegt werden,

die unter Z. 2 bis 4 angeführten Kinder jedoch nur, wenn sie gegenüber dem Versicherten, im Falle des § 16 Abs. 2 lit. c gegenüber dem aus der Pflichtversicherung ausgeschiedenen Vater, unterhaltsberechtignt sind, die unter Z. 5 und 6 angeführten Kinder (Enkel), wenn sie mit dem Versicherten ständig in Hausgemeinschaft leben oder sich nur vorübergehend oder wegen schulmäßiger (beruflicher) Ausbildung oder zeitweilig wegen Heilbehandlung außerhalb seiner Hausgemeinschaft aufhalten.

(3) Kinder und Enkel (Abs. 2 Z. 2 bis 6) gelten als Angehörige bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Die Angehörigeneigenschaft bleibt über das 18. Lebensjahr hinaus längstens bis zur Vollendung des 24. Lebensjahres gewährt, wenn die betreffenden Angehörigen überdies:

1. wegen wissenschaftlicher oder sonstiger regelmäßiger Schul- oder Berufsausbildung sich noch nicht selbst erhalten können, bis zur ordnungsmäßigen Beendigung der Ausbildung oder

2. wegen geistiger oder körperlicher Gebrechen außerstande sind, sich selbst den Unterhalt zu verschaffen, sofern das Gebrechen vor der Vollendung des 18. Lebensjahres eingetreten ist.

(4) Kommt eine mehrfache Angehörigeneigenschaft nach Abs. 2 in Betracht, so wird die Leistung nur einmal gewährt. Leistungspflichtig ist der Versicherungsträger, bei dem die Leistung zuerst in Anspruch genommen wird.

(5) Als Angehörige gilt auch die Mutter, Tochter (auch Stief-, Enkel- oder Pflgetochter) oder Schwester des Versicherten, die seit mindestens zehn Monaten mit ihm in Hausgemeinschaft lebt und ihm seit dieser Zeit unentgeltlich den Haushalt führt, bei männlichen Versicherten jedoch nur, wenn eine im gemeinsamen Haushalt lebende arbeitsfähige Ehegattin nicht vorhanden ist, bei weiblichen Versicherten, wenn diese einen eigenen Haushalt führen und entweder in einer die Pflichtversicherung begründenden Beschäftigung stehen oder den Hilflosenzuschuß aus der Pensionsversicherung beziehen. Angehörige aus diesem Grunde kann nur eine einzige Person sein.

(6) Durch die Satzung kann bestimmt werden, daß nach Maßgabe der finanziellen Leistungsfähigkeit des Versicherungsträgers

a) auch andere Verwandte des Versicherten als die in den Abs. 2 bis 5 bezeichneten Angehörige gelten, wenn sie mit dem Versicherten in Hausgemeinschaft leben und von ihm ganz oder überwiegend erhalten werden;

b) mit dem männlichen Versicherten nicht verwandte weibliche Personen den im Abs. 5 genannten Angehörigen unter den dort bezeichneten Voraussetzungen gleichgestellt sind.

Die Satzung kann ferner die im Abs. 3 vorgesehene Altersgrenze von 24 Jahren bei Vorliegen der Voraussetzungen nach Abs. 3 Z. 2 erweitern.

Sonderregelungen für Selbstversicherte und Rentner.

§ 124. (1) Bei Selbstversicherten (§ 18) ist die Leistungspflicht allgemein, soweit nicht für einzelne Leistungen im folgenden eine längere Wartezeit vorgesehen ist, von der Erfüllung einer

Wartezeit von sechs Wochen abhängig. Durch die Satzung kann diese Wartezeit auf drei Monate erweitert werden. Die Satzung kann für solche Personen auch den Kreis der Angehörigen einschränken, doch dürfen weder die Ehegattin noch die Kinder (§ 123 Abs. 2 Z. 2 bis 6) bis zum vollendeten 14. Lebensjahr ausgeschlossen werden.

(2) Leistungen aus der Krankenversicherung werden nicht gewährt, wenn der Rentner (§ 8 Abs. 1 Z. 1) oder ein Angehöriger des Rentners (§ 123) in einer Versorgungsanstalt oder in einer Anstalt der allgemeinen Fürsorge, in der er im Rahmen seiner gesamten Betreuung Krankenbehandlung erhält, untergebracht ist.

Bemessungsgrundlage.

§ 125. (1) Bemessungsgrundlage für die Barleistungen auf dem Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit und aus dem Versicherungsfall des Todes ist der Tageswert der Lohnstufe (§ 46 Abs. 4), in die der Versicherte auf Grund seines Arbeitsverdienstes in dem dem Versicherungsfall zuletzt vorangegangenen Beitragszeitraum (§ 44 Abs. 2) für die Beitragsermittlung eingereiht war oder einzureihen gewesen wäre, wenn der Beitrag lohnstufenmäßig ermittelt worden wäre; kommt ein zuletzt vorangegangener Beitragszeitraum für den Versicherten nicht in Betracht, so tritt an seine Stelle der laufende Beitragszeitraum. Wurde der Beitrag für den Versicherten nach Lohnstufen ermittelt und ist im zuletzt vorangegangenen Beitragszeitraum eine Änderung der Lohnstufe eingetreten, so ist für die Ermittlung der Bemessungsgrundlage nur die letzte Lohnstufe maßgebend.

(2) Die Satzung kann bestimmen, daß bei der Ermittlung der Bemessungsgrundlage für einzelne Gruppen von Versicherten, wie zum Beispiel für Beschäftigte bei Dienstgebern, mit denen Vereinbarungen über die Form der Abrechnung der Beiträge getroffen werden, und für ganz oder teilweise nicht nach Zeit entlohnte Dienstnehmer ein anderer Beitragszeitraum als der im Abs. 1 bezeichnete oder daß mehrere dem Versicherungsfall vorangegangene Beitragszeiträume herangezogen werden.

(3) Die Sonderzahlungen nach § 49 Abs. 2 sind bei der Bemessung der Barleistungen der Krankenversicherung in der Weise zu berücksichtigen, daß die Bemessungsgrundlage nach Abs. 1 und 2 um einen durch die Satzung des Versicherungsträgers allgemein festzusetzenden Hundertsatz erhöht wird; der Hundertsatz kann einheitlich oder gesondert für bestimmte Gruppen von Versicherten unter Bedachtnahme auf den Durchschnittswert der Sonderzahlungen festgesetzt werden. Werden jedoch die Sonderzahlungen auf Grund einer Vereinbarung gemäß § 54 Abs. 2 mit einem einheitlichen Hundertsatz der allgemeinen Beitragsgrundlage der Berechnung des

Sonderbeitrages zugrunde gelegt, so ist die Bemessungsgrundlage nach Abs. 1 oder 2 um den gleichen Hundertsatz zu erhöhen, der der Berechnung des Sonderbeitrages zugrunde gelegt worden ist.

(4) Bei Weiterversicherten (§ 16) und Selbstversicherten (§ 18) ist die Bemessungsgrundlage für das Sterbegeld die letzte Beitragsgrundlage vor dem Eintritt des Versicherungsfalles.

Leistungen bei Wechsel der Versicherungszuständigkeit.

§ 126. Tritt während der Gewährung (des Ruhens) von Leistungen aus dem Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit oder aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft eine Änderung in der Versicherungszuständigkeit ein, so bleibt der frühere Versicherungsträger für den betreffenden Versicherungsfall weiter leistungszuständig.

Leistungen bei Satzungsänderungen.

§ 127. Durch eine Satzungsänderung kann für Versicherungsfälle, die bereits eingetreten sind, die satzungsmäßige Mehrleistung erhöht, nicht aber herabgesetzt werden.

Leistungen bei mehrfacher Versicherung.

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

(2) Die Bestimmungen des Abs. 1 gelten entsprechend, wenn neben einer Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz eine Krankenversicherung auf Grund der im § 2 Abs. 2 bezeichneten Vorschriften beteiligt ist.

Leistungen an Personen mit dem Wohnsitz außerhalb des Sprengels des zuständigen Versicherungsträgers.

§ 129. (1) Haben Versicherte oder deren Angehörige ihren ordentlichen Wohnsitz außerhalb des Sprengels des für sie zuständigen Versicherungsträgers, so ist auf dessen Ersuchen der für den Wohnsitz zuständige Versicherungsträger verpflichtet, die Leistungen gegen Kostenersatz zu gewähren. In dem Ersuchen sind Art und Ausmaß der zu gewährenden Leistungen zu bezeichnen. Die mit dem Versicherungsträger des Wohnsitzes in vertraglichen Beziehungen stehenden Personen und Einrichtungen (Ärzte,

Apotheker, Krankenanstalten usw.) sind zur Leistung nach den für sie geltenden Verträgen auch in diesen Fällen verpflichtet.

(2) Die im Abs. 1 vorgesehene Regelung gilt entsprechend für den Versicherten und seine Angehörigen, wenn sie während eines vorübergehenden Aufenthaltes außerhalb des Sprengels ihres zuständigen Versicherungsträgers erkranken.

(3) Erstreckt sich der örtliche Wirkungsbereich eines Versicherungsträgers über das Gebiet eines Landes hinaus, so kann dieser Versicherungsträger, sofern es zur besseren Betreuung der Versicherten und ihrer Angehörigen angebracht ist, einen anderen nach dem ordentlichen Wohnsitz oder Aufenthaltsort des Versicherten (der Angehörigen) zuständigen Versicherungsträger gegen Kostenersatz mit der Erbringung der Leistungen betrauen. Abs. 1 letzter Satz findet entsprechend Anwendung.

(4) Das Ersuchen um Betreuung von Personen, für die eine Landwirtschaftskrankenkasse zuständig ist, ist an die Landwirtschaftskrankenkasse, das Ersuchen um Betreuung von sonstigen Versicherten (Angehörigen) an die Gebietskrankenkasse zu richten, in deren Sprengel der ordentliche Wohnsitz oder der Aufenthaltsort des Versicherten (seiner Angehörigen) liegt.

(5) Der Hauptverband kann mit Zustimmung des Bundesministeriums für soziale Verwaltung bindende Richtlinien über die Form der Inanspruchnahme, die Verrechnung des Kostenersatzes und die Vergütung von Verwaltungsauslagen aufstellen.

Erkrankung im Ausland.

§ 130. (1) Hält sich ein pflichtversicherter Dienstnehmer im dienstlichen Auftrag im Ausland auf (§ 3 Abs. 2), so erhält er für die Dauer des Auslandsaufenthaltes die ihm beim zuständigen Versicherungsträger zustehenden Leistungen vom Dienstgeber. Solange der Dienstgeber das Entgelt im Sinne des § 49 Abs. 1, 3 und 4 weiter gewährt, beschränkt sich die vorstehende Verpflichtung des Dienstgebers auf die Sachleistungen.

(2) Der Dienstgeber hat binnen einem Monat den Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherungsträger mitzuteilen; dieser kann die Leistungen auch selbst erbringen.

(3) Der Versicherungsträger erstattet dem Dienstgeber die Kosten. Als Ersatz der Kosten für Heilmittel ist höchstens ein Dreißigstel, für ärztliche Hilfe höchstens ein Zwanzigstel der Höchstbeitragsgrundlage in der Krankenversicherung (§ 45 Abs. 1 lit. a) für jeden Kalendertag der Behandlungszeit zu bezahlen. Für die Unterbringung in einem Krankenhaus ersetzt der Versicherungsträger die Kosten, die ihm bei Unterbringung des Versicherten in einer inländischen

öffentlichen Krankenanstalt erwachsen wären; hiebei sind die Verpflegungskostensätze der dem Wohnsitz des Versicherten im Inland nächstgelegenen öffentlichen Krankenanstalt zugrunde zu legen.

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

Erstattung von Kosten der Krankenbehandlung.

§ 131. (1) Nimmt der Anspruchsberechtigte die Vertragseinrichtungen oder die eigenen Einrichtungen des Versicherungsträgers zur Erbringung der Sachleistungen der Krankenbehandlung (ärztliche Hilfe, Heilmittel, Heilbehelfe) nicht in Anspruch, so gebührt ihm der Ersatz der Kosten einer anderweitigen Krankenbehandlung bis zu dem Betrag, der bei Inanspruchnahme der entsprechenden Vertragseinrichtung des Versicherungsträgers von diesem aufzuwenden gewesen wäre. Durch die Satzung des Versicherungsträgers können für solche Ersatzleistungen Pauschbeträge festgesetzt werden.

(2) Durch die Satzung des Versicherungsträgers sind für die Fälle der Inanspruchnahme einer Ersatzleistung nach Abs. 1 nähere Bestimmungen über das Verfahren zur Feststellung des Versicherungsfalles, insbesondere des Beginnes und des Endes der durch die Krankheit verursachten Arbeitsunfähigkeit, zu treffen. Durch die Krankenordnung kann die Erstattung von Kosten der Krankenbehandlung ausgeschlossen werden, wenn der Versicherte in demselben Versicherungsfall eine Vertragseinrichtung in Anspruch nimmt.

(3) Bei im Inland eingetretenen Unfällen, plötzlichen Erkrankungen und ähnlichen Ereignissen kann der nächsterreichbare Arzt (Dentist), erforderlichenfalls auch die nächsterreichbare Krankenanstalt in Anspruch genommen werden, falls ein Vertragsarzt (Vertragsdentist) beziehungsweise eine Vertragskrankenanstalt oder eigene Einrichtung des Versicherungsträgers für die ärztliche Hilfe (Anstaltspflege) nicht rechtzeitig die notwendige Hilfe leisten kann. Der Versicherungsträger hat in solchen Fällen für die dem Versicherten tatsächlich erwachsenen Kosten (Arztkosten, Heilmittelkosten, Kosten der Anstaltspflege und Beförderungskosten, auch Kosten einer notwendigen Beförderung in häusliche Pflege) den in der Satzung festgesetzten Ersatz zu leisten. Sobald wie möglich ist für die weitere Behandlung ein Vertragsarzt (Vertragsdentist) beziehungsweise eine Vertragskrankenanstalt oder eigene Einrichtung des Versicherungsträgers heranzuziehen, wenn der Zustand des Erkrankten

(Verletzten) dies ohne Gefahr einer Verschlimmerung zuläßt.

(4) Bergungskosten und die Kosten der Beförderung bis ins Tal werden bei Unfällen in Ausübung von Sport und Touristik nicht ersetzt.

Bare Leistungen an Stelle von Sachleistungen.

§ 132. Die Träger der Krankenversicherung können in ihren Satzungen bestimmen, daß für Versicherte, deren Entgelt einen in der Satzung festzusetzenden Betrag überschreitet, an Stelle der Sachleistungen der Krankenbehandlung und der Krankenhauspflge bare Leistungen gewährt werden. Die Höhe der baren Leistungen darf 80 v. H. der dem Versicherten tatsächlich erwachsenen Kosten nicht überschreiten.

ABSCHNITT II.

Leistungen im Besonderen.

1. UNTERABSCHNITT.

Krankenbehandlung.

Umfang der Krankenbehandlung.

§ 133. (1) Die Krankenbehandlung umfaßt:

1. ärztliche Hilfe;
2. Heilmittel;
3. Heilbehelfe.

(2) Die Krankenbehandlung muß ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Durch die Krankenbehandlung sollen die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit und die Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, nach Möglichkeit wiederhergestellt, gefestigt oder gebessert werden. Die Leistungen der Krankenbehandlung werden, soweit in diesem Bundesgesetz nichts anderes bestimmt wird, als Sachleistungen erbracht.

(3) Kosmetische Behandlungen gelten als Krankenbehandlung, wenn sie zur Beseitigung anatomischer oder funktioneller Krankheitszustände dienen. Andere kosmetische Behandlungen können als freiwillige Leistungen gewährt werden, wenn sie der vollen Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit förderlich oder aus Berufsgründen notwendig sind.

Dauer der Krankenbehandlung.

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

(2) Besteht die Notwendigkeit der Krankenbehandlung für eine Erkrankung, die vor dem Ende der Versicherung eingetreten ist, über diesen Zeitpunkt hinaus, so wird diese Leistung längstens durch 26 Wochen nach dem Ende der Versicherung, wenn aber Krankengeld über diese

Zeit hinaus noch gebührt, für die Zeit gewährt, für die Krankengeld gebührt.

(3) Für Versicherungsfälle, die nach dem Ende der Versicherung eintreten, sind die Leistungen der Krankenbehandlung an die im § 122 Abs. 2 Z. 2 bezeichneten Personen, auch für deren Familienangehörige, längstens durch 26 Wochen zu gewähren.

Ärztliche Hilfe.

§ 135. (1) Die ärztliche Hilfe wird durch Vertragsärzte, durch Ärzte in eigenen hierfür ausgestatteten Einrichtungen der Versicherungsträger (Verbände) oder durch Ärzte in Vertragseinrichtungen gewährt.

(2) In der Regel soll die Auswahl zwischen mindestens zwei zur Behandlung berufenen, für den Erkrankten in angemessener Zeit erreichbaren Ärzten freigestellt sein. Bestehen bei einem Versicherungsträger (Verband) eigene Einrichtungen für die Gewährung der ärztlichen Hilfe oder wird diese durch Vertragseinrichtungen gewährt, muß die Wahl der Behandlung zwischen einer dieser Einrichtungen und einem oder mehreren Vertragsärzten freigestellt sein. Insoweit Zuzahlungen zu den Leistungen vorgesehen sind, müssen diese in den Ambulatorien und bei den freiberuflich tätigen Vertragsärzten gleich hoch sein.

Heilmittel.

§ 136. (1) Die Heilmittel umfassen

- a) die notwendigen Arzneien und
- b) die sonstigen Mittel, die zur Beseitigung oder Linderung der Krankheit oder zur Sicherung des Heilerfolges dienen.

(2) Die Kosten der Heilmittel werden vom Träger der Krankenversicherung durch Abrechnung mit den Apotheken übernommen.

(3) Für den Bezug eines jeden Heilmittels auf Rechnung des Versicherungsträgers ist, soweit im folgenden nichts anderes bestimmt wird, eine Rezeptgebühr im Betrage von 2 S zu entrichten. Werden mehrere Heilmittel auf einem Rezept verordnet, so sind so oftmals 2 S zu entrichten, als Heilmittel bezogen werden. Die Rezeptgebühr ist bei Abgabe des Heilmittels an die abgebende Stelle für Rechnung des Versicherungsträgers zu zahlen. Die Zahlung ist von dieser Stelle auf dem Rezept zu vermerken. Bei anzeigepflichtigen übertragbaren Krankheiten darf eine Rezeptgebühr nicht eingehoben werden. Im übrigen kann durch die Satzung des Versicherungsträgers bestimmt werden, daß auch bei anderen Krankheiten oder allgemein bei Krankheiten von einer bestimmten längeren Dauer von der Einhebung der Rezeptgebühr abgesehen wird. Auch können durch die Satzung Gruppen von sozial schutzbedürftigen Personen von der Entrichtung der Rezeptgebühr befreit werden. Der Versicherungs-

träger hat hierfür besondere Rezeptvordrucke anzulegen, die mit dem Vermerk „rezeptgebührenfrei“ zu versehen sind.

(4) Durch die Satzung des Versicherungsträgers kann die Rezeptgebühr auch mit einem niedrigeren festen Betrag als mit 2 S festgesetzt oder bestimmt werden, daß von der Einhebung einer Rezeptgebühr überhaupt Abstand genommen wird.

Heilbehelfe.

§ 137. (1) Brillen, orthopädische Schuheinlagen, Bruchbänder und sonstige notwendige Heilbehelfe sind dem Versicherten in einfacher und zweckentsprechender Ausführung zu gewähren, die sonstigen notwendigen Heilbehelfe jedoch nur, wenn deren Kosten einen durch die Satzung des Versicherungsträgers festzusetzenden Betrag nicht übersteigen.

(2) Übersteigen die Kosten der sonstigen notwendigen Heilbehelfe den durch die Satzung des Versicherungsträgers nach Abs. 1 festzusetzenden Betrag, so bestimmt die Satzung, ob und welche Heilbehelfe gewährt werden oder ob an deren Stelle ein Zuschuß zu den Kosten geleistet wird. Der Zuschuß muß jedoch mindestens in der Höhe des nach Abs. 1 durch die Satzung festzusetzenden Betrages gewährt werden.

(3) Ob und welche Heilbehelfe oder Zuschüsse zu deren Kosten für die Angehörigen des Versicherten gewährt werden, bestimmt die Satzung.

(4) Die Krankenordnung kann eine Gebrauchsdauer für Heilbehelfe festsetzen.

2. UNTERABSCHNITT.

Krankengeld.

Anspruchsberechtigung.

§ 138. (1) Pflichtversicherte sowie aus der Pflichtversicherung ausgeschiedene nach § 122 Anspruchsberechtigte haben aus dem Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit vom vierten Tag der Arbeitsunfähigkeit an Anspruch auf Krankengeld.

(2) Vom Anspruch auf Krankengeld sind ausgeschlossen:

- a) Lehrlinge ohne Entgelt,
- b) gemäß § 4 Abs. 1 Z. 3 und 4 pflichtversicherte, in Ausbildung stehende Personen ohne Bezüge und
- c) in der Krankenversicherung der Rentner Bezieher einer Rente aus der Pensionsversicherung gemäß § 8 Abs. 1 Z. 1.

(3) Nach Abs. 1 Anspruchsberechtigte haben den Beginn der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit dem Versicherungsträger innerhalb einer Woche zu melden. Die Meldung der Arbeitsunfähigkeit durch den behandelnden Arzt oder durch eine Krankenanstalt ist der Meldung durch den Anspruchsberechtigten gleichzuhalten.

Dauer des Krankengeldanspruches.

§ 139. (1) Krankengeldanspruch besteht für ein und denselben Versicherungsfall bis zur Dauer von 26 Wochen, auch wenn während dieser Zeit zu der Krankheit, die die Arbeitsunfähigkeit zuerst verursachte, eine neue Krankheit hinzugetreten ist.

(2) Durch die Satzung kann die Höchstdauer des Krankengeldanspruches auf 52 Wochen erhöht werden.

(3) Entsteht nach Wegfall des Krankengeldanspruches vor Ablauf der Höchstdauer neuerlich, und zwar innerhalb einer Frist von vier Monaten infolge der Krankheit, für die der weggefallene Krankengeldanspruch bestanden hat, ein Anspruch auf Krankengeld, so werden die Anspruchszeiten für diese Krankheitsfälle zur Feststellung der Höchstdauer zusammengerechnet. War aber mit dem Wegfall des Krankengeldanspruches die Höchstdauer abgelaufen, so kann ein neuer Anspruch auf Krankengeld infolge der Krankheit, für die der weggefallene Krankengeldanspruch bestanden hat, erst wieder entstehen, wenn der Erkrankte in der Zwischenzeit durch mindestens 13 Wochen in einer den Anspruch auf Krankengeld eröffnenden gesetzlichen Krankenversicherung oder durch mindestens 52 Wochen sonst in einer gesetzlichen Krankenversicherung versichert war.

(4) Die Dauer des Anspruches auf Krankengeld wird durch das Entstehen eines Anspruches auf Rente aus dem Versicherungsfall des Alters oder aus einem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit nicht berührt.

Anrechnung von Zeiten auf die Höchstdauer des Krankengeldbezuges.

§ 140. Zeiten, für die dem Versicherten auf Rechnung des Versicherungsträgers Anstaltspflege (§§ 144 bis 146 und 149) oder ein Kostenersatz (§ 150) oder Hauspflege (§ 151) gewährt wird oder für die der Anspruch auf Krankengeld ruht (§§ 89 und 143), sind auf die Höchstdauer gemäß § 139 anzurechnen.

Höhe des Krankengeldes.

§ 141. (1) Als gesetzliche Mindestleistung wird das Krankengeld im Ausmaß von 50 v. H. der Bemessungsgrundlage für den Kalendertag gewährt.

(2) Ab dem 43. Tag einer mit Arbeitsunfähigkeit verbundenen Erkrankung erhöht sich das Krankengeld auf 60 v. H. der Bemessungsgrundlage für den Kalendertag.

(3) Als satzungsmäßige Mehrleistung kann das Krankengeld von einem durch die Satzung zu bestimmenden Zeitpunkt an um höchstens 10 v. H. der Bemessungsgrundlage für den Ehe-

gatten (§ 123) und um höchstens 5 v. H. der Bemessungsgrundlage für jeden sonstigen Angehörigen (§ 123) erhöht werden.

(4) Das Gesamtausmaß des erhöhten Krankengeldes darf 75 v. H. der Bemessungsgrundlage nicht übersteigen.

Versagung des Krankengeldes.

§ 142. (1) Das Krankengeld gebührt nicht für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit infolge einer Krankheit, die sich der Versicherte durch schuldhaftes Beteiligung an einem Raufhandel zugezogen hat oder die sich als unmittelbare Folge der Trunkenheit oder des Mißbrauches von Suchtgiften erweist.

(2) In den Fällen des Abs. 1 gebührt den im Inland wohnenden bedürftigen Angehörigen in der im § 123 aufgezählten Reihenfolge das halbe Krankengeld, wenn der Unterhalt der Angehörigen mangels anderweitiger Versorgung vorwiegend vom Versicherten bestritten wurde und die Angehörigen nicht an der Ursache der Versagung schuldhaft beteiligt waren.

Ruhen des Krankengeldanspruches.

§ 143. (1) Der Anspruch auf Krankengeld ruht:

1. solange die Arbeitsunfähigkeit dem Versicherungsträger nicht gemeldet ist;

2. solange der Versicherte auf Rechnung eines Versicherungsträgers Anstaltspflege erhält oder auf Rechnung eines Versicherungsträgers in einem Erholungs(Genesungs)heim oder in einer Kuranstalt untergebracht ist oder Anspruch auf Ersatz der Verpflegskosten einem Versicherungsträger gegenüber hat;

3. solange der Versicherte auf Grund gesetzlicher oder vertraglicher Bestimmungen Anspruch auf Fortbezug des Entgeltes im Sinne des § 49 Abs. 1, 3 und 4 hat.

(2) Das Ruhen nach Abs. 1 Z. 1 tritt nicht ein, wenn die Arbeitsunfähigkeit innerhalb einer Woche nach Beginn gemeldet wird. In Fällen, in denen die persönlichen Verhältnisse des Anspruchsberechtigten oder das Vorliegen besonderer Gründe für die nicht rechtzeitige Meldung der Arbeitsunfähigkeit es gerechtfertigt erscheinen lassen, kann das Krankengeld bei nicht rechtzeitiger Meldung auch für die zurückliegende Zeit, für längstens eine Woche vor der Meldung, gewährt werden.

(3) Das Ruhen nach Abs. 1 Z. 2 tritt auch ein, solange der Versicherte die dort bezeichneten Leistungen aus Bundesmitteln oder aus Mitteln einer anderen öffentlich-rechtlichen Körperschaft erhält.

(4) Das Ruhen nach Abs. 1 Z. 3 tritt nicht ein

a) während des Bezuges des Teilentgeltes, das Lehrlingen (Anlernlingen) vom Unternehmer nach Art. II Abs. 2 des Bundesgesetzes

vom 9. Juli 1953, BGBl. Nr. 141, zu leisten ist,

b) während des Bezuges des Entgeltes aus dem Dienstverhältnis eines Hausbesorgers im Sinne der Hausbesorgerordnung.

(6) Der Versicherungsträger kann verfügen, daß das Krankengeld auf Dauer oder für eine bestimmte Zeit zur Gänze oder teilweise ruht, wenn der Versicherte

1. einer Ladung zum Kontrollarzt ohne wichtigen Grund nicht Folge leistet oder

2. trotz Vorliegens der Voraussetzungen des § 144 Abs. 2 die Anstaltspflege ablehnt oder

3. wiederholt Bestimmungen der Krankenordnung oder Anordnungen des behandelnden Arztes verletzt hat,

in allen diesen Fällen, wenn der Versicherte vorher auf die Folgen seines Verhaltens schriftlich hingewiesen worden ist.

3. UNTERABSCHNITT.

Anstaltspflege, Familien(Tag)geld.

Gewährung der Pflege in einer öffentlichen Krankenanstalt.

§ 144. (1) An Stelle der Krankenbehandlung und gegebenenfalls des Krankengeldes ist, sofern im Sprengel des Versicherungsträgers eine öffentliche Krankenanstalt besteht und der Erkrankte nicht mit seiner Zustimmung in einer nicht-öffentlichen Krankenanstalt untergebracht wird, Pflege in der allgemeinen Gebührenklasse einer öffentlichen Krankenanstalt zu gewähren, wenn und solange es die Art der Krankheit erfordert; sie kann gewährt werden, wenn die Möglichkeit einer entsprechenden häuslichen Pflege nicht gegeben ist.

(2) Der Erkrankte ist verpflichtet, sich einer Anstaltspflege zu unterziehen,

a) wenn die Art der Krankheit eine Behandlung oder Pflege erfordert, die bei häuslicher Pflege nicht gewährleistet ist, oder

b) wenn das Verhalten oder der Zustand des Erkrankten seine fortgesetzte Beobachtung erfordert, oder

c) wenn der Erkrankte wiederholt den Bestimmungen der Krankenordnung zuwidergehandelt hat, oder

d) wenn es sich um eine ansteckende Krankheit handelt.

(3) Ist die Anstaltspflege nicht durch die Notwendigkeit ärztlicher Behandlung bedingt (Asylierung), so wird sie nicht gewährt.

(4) Sofern der körperliche Zustand des Erkrankten oder die Entfernung seines Wohnsitzes seine Beförderung in die oder aus der Anstalt erfordert, sind auch die notwendigen Kosten einer solchen Beförderung vom Versicherungsträger zu übernehmen.

Einweisung in eine öffentliche Krankenanstalt.

§ 145. (1) Der Erkrankte ist, wenn Anstaltspflege gemäß § 144 gewährt wird, in eine öffentliche Krankenanstalt einzuweisen. Hierbei sind Wünsche des Erkrankten insoweit zu berücksichtigen, als die Art der Krankheit es zuläßt und dadurch kein Mehraufwand für den Versicherungsträger eintritt.

(2) In Fällen, in denen mit der Aufnahme in die Anstaltspflege bis zur Einweisung durch den Versicherungsträger ohne Gefahr für den Erkrankten nicht zugewartet werden konnte, ist die Aufnahme in eine öffentliche Krankenanstalt der Einweisung durch den Versicherungsträger gleichzuhalten, sofern die übrigen Voraussetzungen für den Anspruch auf Anstaltspflege gegeben sind. Die Krankenanstalt zeigt dem Versicherungsträger die Aufnahme binnen acht Tagen an.

Höchstdauer der Pflege in öffentlichen Krankenanstalten für Versicherte.

§ 146. (1) Die Pflege in einer öffentlichen Krankenanstalt ist an Versicherte für ein und denselben Versicherungsfall bis zur Dauer von 26 Wochen zu gewähren, auch wenn während dieser Zeit zu der Krankheit, für die Anstaltspflege zuerst gewährt wurde, eine neue Krankheit hinzugetreten ist. Für Versicherte, für die die Höchstdauer des Krankengeldanspruches nach § 139 Abs. 2 durch die Satzung auf 52 Wochen erhöht worden ist, beträgt die Höchstdauer der Anstaltspflege 52 Wochen.

(2) § 139 Abs. 3 gilt mit der Maßgabe, daß an Stelle des Krankengeldanspruches die Gewährung der Anstaltspflege tritt.

(3) Zeiten, für die der Versicherte Anspruch auf Krankengeld hat oder für die ein solcher Anspruch ruht, sind auf die Höchstdauer gemäß Abs. 1 anzurechnen.

Höchstdauer der Pflege in öffentlichen Krankenanstalten für Angehörige.

§ 147. (1) Durch die Satzung kann bestimmt werden, daß für Angehörige die Pflege in einer öffentlichen Krankenanstalt unter den gleichen Voraussetzungen wie für den Versicherten selbst längstens durch 26 Wochen für ein und denselben Versicherungsfall gewährt wird.

(2) § 139 Abs. 3 gilt mit der Maßgabe, daß an Stelle des Krankengeldanspruches die Gewährung der Anstaltspflege tritt.

Beziehungen zu den öffentlichen Krankenanstalten.

§ 148. Grundsatzbestimmung. Für die Regelung der Beziehungen der Versicherungsträger zu den öffentlichen Krankenanstalten gelten gemäß Artikel 12 Abs. 1 Z. 2 des Bundes-Verfassungs-

gesetzes in der Fassung von 1929 folgende Grundsätze:

1. Die öffentlichen Krankenanstalten sind verpflichtet, die gemäß § 145 eingewiesenen Erkrankten in die allgemeine Gebührenklasse aufzunehmen.

2. Die den öffentlichen Krankenanstalten gebührenden Verpflegskostensätze sind, wenn es sich um den Versicherten selbst handelt, zur Gänze vom Versicherungsträger, wenn es sich aber um einen Angehörigen des Versicherten handelt, zu 80 v. H. vom Versicherungsträger und zu 20 v. H. vom Versicherten an die Krankenanstalt zu entrichten. Der Versicherungsträger kann in der Satzung bestimmen, daß der von ihm zu tragende Anteil an den Verpflegskostensätzen bis auf 90 v. H. erhöht wird; in diesem Fall ermäßigt sich der vom Versicherten zu entrichtende Kostenbeitrag entsprechend bis auf 10 v. H. des der Krankenanstalt gebührenden Verpflegskostensatzes.

3. Mit den vom Versicherungsträger gezahlten Verpflegskosten — bei Angehörigen des Versicherten auch mit dem vom Versicherten gemäß Z. 2 entrichteten Kostenbeitrag — sind abgegolten: Unterkunft, ärztliche Untersuchung und Behandlung, Beistellung von allen erforderlichen Heilmitteln (Arznei, Blutspenden usw.), Pflege und Verköstigung.

4. Den Versicherungsträgern steht hinsichtlich der Erkrankten, für deren Anstaltspflege sie aufzukommen haben, das Recht zu, in alle den Krankheitsfall betreffenden Unterlagen der Anstalt (zum Beispiel Krankengeschichte, Röntgenaufnahmen, Laboratoriumsbefunde) Einsicht zu nehmen sowie durch einen beauftragten Arzt den Erkrankten in der Krankenanstalt untersuchen zu lassen.

5. Der Rechtsträger der öffentlichen Krankenanstalt hat gegenüber dem eingewiesenen Erkrankten und den für ihn unterhaltspflichtigen Personen, soweit nach Z. 2 nichts anderes bestimmt ist, keinen Anspruch auf Ersatz der Verpflegskosten für die gesamte Dauer der Anstaltspflege.

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

7. Im übrigen werden die Beziehungen der Versicherungsträger zu den Krankenanstalten, insbesondere hinsichtlich der Höhe der zu zahlenden Verpflegskosten und der Dauer, für die Verpflegskosten zu zahlen sind, durch privatrechtliche Verträge geregelt, die zwischen dem Hauptverband im Einvernehmen mit dem in Be-

tracht kommenden Versicherungsträger einerseits und der Krankenanstalt andererseits abzuschließen sind und zu ihrer Rechtsgültigkeit der schriftlichen Form der Abfassung bedürfen.

Einweisung in nichtöffentliche Krankenanstalten und Beziehungen zu diesen Anstalten.

§ 149. (1) Der Erkrankte kann auch in eine eigene Krankenanstalt des Versicherungsträgers oder in eine sonstige nichtöffentliche Krankenanstalt eingewiesen werden, mit der der Versicherungsträger in einem Vertragsverhältnis steht, wenn im Sprengel des Versicherungsträgers eine öffentliche Krankenanstalt nicht besteht oder der Erkrankte zustimmt. In einem solchen Fall ist die Pflege in der nichtöffentlichen Krankenanstalt der Pflege in einer öffentlichen Krankenanstalt bei der Anwendung der Bestimmungen des § 145 Abs. 2 und der §§ 146 und 147 gleichzuhalten. § 144 Abs. 3 gilt entsprechend.

(2) Die Verträge mit den nichtöffentlichen Krankenanstalten bedürfen zu ihrer Rechtsgültigkeit der schriftlichen Form und haben insbesondere nähere Bestimmungen über die Einweisung, die Einsichtnahme in alle Unterlagen für die Beurteilung des Krankheitsfalles wie zum Beispiel in die Krankengeschichte, Röntgenaufnahmen, Laboratoriumsbefunde, ferner über die ärztliche Untersuchung durch einen vom Versicherungsträger beauftragten Arzt in der Anstalt sowie über die Höhe und Zahlung der Verpflegskosten zu enthalten. Die mit den nichtöffentlichen gemeinnützigen Krankenanstalten zu vereinbarenden Verpflegskostensätze dürfen nicht niedriger sein als die Verpflegskostensätze, die vom gleichen Versicherungsträger an die nächstgelegene öffentliche Krankenanstalt mit gleichartigen und annähernd gleichwertigen Einrichtungen geleistet werden.

Kostenersatz an den Versicherten bei Anstaltspflege.

§ 150. (1) War die Anstaltspflege notwendig und unaufschiebbar, so hat der Versicherungsträger dem Versicherten die Kosten der Anstaltspflege zu ersetzen, wenn

1. für die Gewährung der Anstaltspflege durch den Versicherungsträger nicht Vorsorge getroffen werden kann, weil öffentliche Krankenanstalten nicht zur Verfügung stehen und Verträge gemäß § 149 nicht zustande kommen, oder

2. der Erkrankte in einer nichtöffentlichen Krankenanstalt, mit der keine vertragliche Regelung gemäß § 149 besteht, ohne Einweisung durch den Versicherungsträger untergebracht wurde.

(2) Die Kosten werden höchstens in dem Ausmaß der Kosten ersetzt, die dem Versicherungsträger in der nach Art und Umfang der Einrichtungen und Leistungen in Betracht kommen-

den nächstgelegenen öffentlichen Krankenanstalt erwachsen wären.

Hauspflege an Stelle von Anstaltspflege.

§ 151. Ist die Aufnahme des Erkrankten in eine Krankenanstalt geboten, aber unabhängig von seinem Willen nicht durchführbar und ist die Möglichkeit der Übernahme der Pflege durch einen Haushaltsangehörigen nicht gegeben, so kann der Versicherungsträger mit Zustimmung des Erkrankten oder des gesetzlichen Vertreters an Stelle von Anstaltspflege Hauspflege durch vom Versicherungsträger beizustellende Pflegepersonen gewähren. Die Hauspflege kann auch gewährt werden, wenn ein sonstiger wichtiger Grund vorliegt, den Kranken in seinem Haushalt oder in seiner Familie zu belassen.

Familien- und Taggeld.

§ 152. (1) Versicherte, denen die Anspruchsberechtigung für Angehörige gemäß § 123 zusteht, erhalten ein Familiengeld in der Höhe des halben Krankengeldes, solange sie auf Rechnung des Versicherungsträgers in Anstaltspflege stehen und ihr Anspruch auf Krankengeld ausschließlich aus diesem Grunde ruht. Als satzungsmäßige Mehrleistung kann das Familiengeld allgemein auf zwei Drittel des Krankengeldes und für Versicherte mit mehr als einem Angehörigen bis zu 5 v. H. der Bemessungsgrundlage für die Barleistungen für jeden weiteren Angehörigen erhöht werden. Der Gesamtbetrag des erhöhten Familiengeldes darf den Betrag des sonst gebührenden Krankengeldes nicht übersteigen.

(2) Durch die Satzung kann bestimmt werden, daß Versicherte, die keinen Anspruch auf Familiengeld nach Abs. 1 haben, weil ihnen die Anspruchsberechtigung für Angehörige gemäß § 123 nicht zusteht, für die im Abs. 1 bezeichnete Dauer an Stelle des Familiengeldes ein Taggeld erhalten. Die Höhe des Taggeldes wird durch die Satzung bestimmt; es darf die Höhe des halben Krankengeldes nicht übersteigen.

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

(4) § 142 und § 143 Abs. 1 Z. 3 und Abs. 4 werden auf den Familien(Tag)geldanspruch entsprechend angewendet.

4. UNTERABSCHNITT.

Zahnbehandlung und Zahnersatz; Hilfe bei körperlichen Gebrechen.

Zahnbehandlung und Zahnersatz.

§ 153. (1) Zahnbehandlung ist nach Maßgabe der Bestimmungen der Satzung zu gewähren. Als Leistungen der Zahnbehandlung kommen chirurgische Zahnbehandlung, konservierende Zahn-

behandlung und Kieferregulierungen, letztere, soweit sie zur Verhütung von schweren Gesundheitsschädigungen oder zur Beseitigung von berufsstörenden Verunstaltungen notwendig sind, in Betracht. Diese Leistungen der Zahnbehandlung können in der Satzung des Versicherungsträgers von der Erfüllung einer Wartezeit abhängig gemacht werden. § 121 Abs. 3 gilt entsprechend.

(2) Der unentbehrliche Zahnersatz kann unter Kostenbeteiligung des Versicherten gewährt werden. An Stelle der Sachleistung können auch Zuschüsse zu den Kosten eines Zahnersatzes geleistet werden. Das Nähere wird durch die Satzung des Versicherungsträgers bestimmt.

(3) Zahnbehandlung und Zahnersatz werden als Sachleistungen durch Vertragszahnärzte, nach den Bestimmungen des Dentistengesetzes, BGBl. Nr. 90/1949, auch durch Vertragsdentisten, in eigenen hiefür ausgestatteten Einrichtungen (Ambulatorien) der Versicherungsträger (Verbände) oder in Vertragseinrichtungen gewährt. Für die Zahnbehandlung gilt hiebei § 135 Abs. 2 entsprechend. Insoweit Zuzahlungen zu den Leistungen der Zahnbehandlung und des Zahnersatzes vorgesehen sind, müssen diese in den Zahnambulatorien und bei den freiberuflich tätigen Vertragsfachärzten und Vertragsdentisten gleich hoch sein. In den Satzungen und im Vertrag nicht vorgesehene Leistungen dürfen in den Zahnambulatorien nicht erbracht werden.

Hilfe bei körperlichen Gebrechen.

§ 154. Bei Verstümmelungen, Verunstaltungen und körperlichen Gebrechen, welche die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit oder die Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, wesentlich beeinträchtigen, kann die Satzung Zuschüsse für die Anschaffung der notwendigen Hilfsmittel vorsehen. Als freiwillige Leistung kann der Versicherungsträger in solchen Fällen überdies, sofern dies notwendig und zweckmäßig ist, Krankenbehandlung und Anstaltspflege gewähren, soweit auf diese Leistungen nicht schon ein Anspruch aus dem Versicherungsfall der Krankheit besteht.

5. UNTERABSCHNITT.

Erweiterte Heilfürsorge; Krankheitsverhütung.

Erweiterte Heilfürsorge.

§ 155. (1) Um die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit oder die Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, nachhaltig zu festigen oder zu bessern, können im Rahmen der zur Verfügung stehenden Mittel als freiwillige Leistungen insbesondere gewährt werden:

1. Fürsorge für Genesende (zum Beispiel durch Unterbringung in einem Genesungsheim);

2. Unterbringung in einem Erholungsheim;
3. Landaufenthalt, Aufenthalt in Kurbädern und Heilstätten;
4. Übernahme der Reisekosten für die unter Z. 1 bis 3 bezeichneten Zwecke.

(2) Die Leistungen der erweiterten Heilfürsorge können auch durch Gewährung von Zuschüssen für Landaufenthalt und Aufenthalt in Kurorten erbracht werden.

(3) Die Vorschriften über Familien- und Taggeld (§ 152) sind bei Unterbringung in Genesungs-, Erholungs- oder Kurheimen und in Heilstätten (Sonderheilstätten) entsprechend anzuwenden.

Krankheitsverhütung.

§ 156. (1) Zur Verhütung des Eintrittes und der Verbreitung von Krankheiten können als freiwillige Leistungen insbesondere gewährt werden:

1. Gesundheitsfürsorge, wie Gesunden-, Betriebs- und Schwangerenfürsorge, Säuglings- und Kinderfürsorge, Fürsorge für gesundheitsgefährdete Jugendliche;
2. Maßnahmen zur Bekämpfung der Volkskrankheiten und der Zahnfäule;
3. gesundheitliche Erziehung der Versicherten und ihrer Angehörigen;
4. die erforderlichen Beförderungs(Fahrt)kosten bei Leistungen nach Z. 1 bis 3.

(2) Fallen Maßnahmen gemäß Abs. 1 auch in den sachlichen oder örtlichen Aufgabenbereich anderer Einrichtungen (Behörden, Versicherungsträger und dergleichen), so kann mit diesen eine Vereinbarung über ein planmäßiges Zusammenwirken und eine Beteiligung an den Kosten getroffen werden.

(3) Der Krankenversicherungsträger kann die im Abs. 1 bezeichneten Maßnahmen auch dadurch treffen, daß er sich an Einrichtungen der Gesundheitsfürsorge, die den gleichen Zwecken dienen, beteiligt. Abs. 2 gilt entsprechend.

6. UNTERABSCHNITT.

Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft.

Umfang des Versicherungsschutzes.

§ 157. Der Versicherungsfall der Mutterschaft umfaßt die Schwangerschaft, die Entbindung und die sich daraus ergebenden Folgen, soweit diese Folgen nicht als Versicherungsfall der Krankheit oder Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit anzusehen sind.

Anspruchsberechtigung.

§ 158. (1) Aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft einer Versicherten sowie — beim Zutreffen der Voraussetzungen für die Anspruchs-

berechtigung nach § 123 — auch der Ehegattin, ehelichen oder unehelichen Tochter oder Wahltochter des Versicherten sind die im § 117 Z. 3 für diesen Versicherungsfall vorgesehenen Leistungen beim Zutreffen der Voraussetzungen nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen zu gewähren.

(2) Stillgeld und Entbindungsbeitrag werden an Weiterversicherte und Selbstversicherte sowie für Familienangehörige nur gewährt, wenn der Versicherte innerhalb der letzten zwei Jahre vor dem Eintritt des Versicherungsfalles mindestens zehn Monate nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz krankenversichert war; von dieser Wartezeit müssen mindestens sechs Monate im letzten Jahre vor dem Eintritt des Versicherungsfalles zurückgelegt worden sein. Das gleiche gilt hinsichtlich des Wochengeldes für aus der Pflichtversicherung ausgeschiedene nach § 122 Anspruchsberechtigte.

(3) Die Leistungen im Falle der Mutterschaft für die Ehegattin eines Versicherten werden auch nach der Auflösung der Ehe durch Tod des Versicherten, Aufhebung oder Scheidung gewährt, wenn die Entbindung vor dem Ablauf des 302. Tages nach der Auflösung der Ehe stattfindet. In diesem Falle tritt für die Ermittlung der Wartezeit (Abs. 2) an Stelle des Tages des Eintrittes des Versicherungsfalles der Tag der Auflösung der Ehe.

(4) Ergibt sich bei der Anwendung des Abs. 3, daß ein Anspruch auf die Leistungen im Falle der Mutterschaft für mitversicherte Angehörige gegen mehrere Versicherungsträger oder gegen einen Versicherungsträger mehrfach begründet ist, so werden diese Leistungen nur einmal gewährt. Leistungspflichtig ist der Versicherungsträger, der zuerst in Anspruch genommen wird.

Hebammen- und ärztlicher Beistand.

§ 159. Hebammenbeistand und ärztlicher Beistand werden in entsprechender Anwendung der §§ 134 und 135 gewährt.

Heilmittel und Heilbehelfe.

§ 160. (1) Heilmittel und Heilbehelfe werden in entsprechender Anwendung der §§ 136 und 137 gewährt.

(2) Als freiwillige Leistungen können vom Versicherungsträger auch Behelfe zur Mutter- und Säuglingspflege (Windeln, Einschlagetücher, wasserundurchlässige Einlagen, Hautpulver und dergleichen) bereitgestellt werden.

Pflege in einer Krankenanstalt (in einem Entbindungsheim).

§ 161. (1) Wenn eine Hausentbindung nach den Umständen des Falles nicht angezeigt erscheint, ist Pflege in einer Krankenanstalt (auch in einem Entbindungsheim) längstens für zehn

Tage zu gewähren; die Bestimmungen der §§ 148 bis 150 sind hiebei entsprechend anzuwenden. Wenn es der Zustand der Wöchnerin oder die Entfernung ihres Wohnsitzes erfordert, sind auch die Beförderungskosten in die und aus der Anstalt zu übernehmen.

(2) Der Versicherungsträger kann auch in anderen Fällen auf Wunsch der werdenden Mutter für die gleiche Dauer Pflege in einer Krankenanstalt (auch in einem Entbindungsheim) als freiwillige Leistung gewähren; er kann auch an Stelle der Pflege einen Zuschuß hiefür leisten.

(3) Zeiten einer Pflege nach Abs. 1 und 2 werden auf die Höchstdauer der Anstaltspflege (§§ 146, 147) oder des Krankengeldbezuges (§ 139) nicht angerechnet.

Wochengeld.

§ 162. (1) Weiblichen Versicherten gebührt für die letzten sechs Wochen vor der voraussichtlichen Entbindung und für die ersten sechs Wochen nach der Entbindung ein tägliches Wochengeld in der Höhe des auf den Kalendertag entfallenden durchschnittlichen Arbeitsverdienstes der letzten 13 Wochen, vermindert um die gesetzlichen Abzüge. Stillende Mütter erhalten das Wochengeld nach der Entbindung durch acht Wochen, nach Frühgeburten durch zwölf Wochen.

(2) Die Sechswochenfrist vor der voraussichtlichen Entbindung gemäß Abs. 1 wird auf Grund eines ärztlichen Zeugnisses berechnet. Irrt sich der Arzt über den Zeitpunkt der Entbindung, so verkürzt oder verlängert sich die im Abs. 1 vorgesehene Frist entsprechend.

(3) Vom Anspruch auf Wochengeld sind ausgeschlossen:

1. Weiterversicherte und Selbstversicherte;
2. die gemäß § 138 Abs. 2 vom Anspruch auf Krankengeld ausgeschlossenen Pflichtversicherten;
3. die den Dienstnehmern im Sinne des § 4 Abs. 3 gleichgestellten Pflichtversicherten;
4. aus der Pflichtversicherung ausgeschiedene Personen, denen ein Anspruch auf Leistungen nach § 122 zusteht, wenn sie die Wartezeit nach § 158 Abs. 2 nicht erfüllt haben.

(4) Das Wochengeld wird für Zeiträume, die mehr als einen Monat vom Tage der Geltendmachung des Anspruches zurückliegen, nur nachgezahlt, wenn der Anspruchswerber durch Verhältnisse, die außerhalb seines Willens lagen, verhindert war, den Anspruch früher geltend zu machen und wenn er den Anspruch längstens binnen einer Woche nach Wegfall des Hindernisses geltend gemacht hat.

Stillgeld.

§ 163. (1) Solange die Versicherte oder die Angehörige (§ 158 Abs. 1) ihr Kind selbst stillt, ge-

bührt ein Stillgeld bis zur Dauer von zwölf Wochen nach der Entbindung. Die Satzung kann diese Frist bis auf 26 Wochen verlängern. § 162 Abs. 4 gilt entsprechend.

(2) Das tägliche Stillgeld beträgt für jedes Kind 2 S. Es kann durch die Satzung des Versicherungsträgers bis auf 5 S erhöht werden.

(3) In der Krankenversicherung der Bezieher einer Rente wird Stillgeld nicht gewährt.

Entbindungsbeitrag.

§ 164. (1) Ein einmaliger Entbindungsbeitrag gebührt:

1. weiblichen Pflichtversicherten, die Anspruch auf Wochengeld haben (§ 162), im Ausmaß von 40 S; er kann durch die Satzung des Versicherungsträgers bis auf 100 S erhöht werden;

2. sonstigen weiblichen Versicherten und für Angehörige (§ 158 Abs. 1) im Ausmaß von 300 S; er kann durch die Satzung des Versicherungsträgers bis auf 1200 S erhöht werden.

(2) In der Krankenversicherung der Bezieher einer Rente wird Entbindungsbeitrag nicht gewährt.

Zusammentreffen von Ansprüchen auf Wochengeld und Krankengeld.

§ 165. Treffen Ansprüche auf Wochengeld und Krankengeld zusammen, so gebührt nur das Wochengeld. Die Dauer des Wochengeldbezuges wird auf die Höchstdauer des Krankengeldbezuges nicht angerechnet.

Ruhen des Wochengeldes.

§ 166. (1) Der Anspruch auf Wochengeld ruht,

1. solange die Versicherte auf Rechnung eines Versicherungsträgers Anstaltspflege (auch Pflege in einem Entbindungsheim) erhält oder Anspruch auf Ersatz der Verpflegskosten einem Versicherungsträger gegenüber hat;

2. solange die Versicherte auf Grund gesetzlicher oder vertraglicher Bestimmungen Anspruch auf Fortbezug des Entgeltes im Sinne des § 49 Abs. 1, 3 und 4 hat. § 143 Abs. 4 gilt entsprechend.

(2) Die Dauer des Ruhens wird auf die Höchstdauer des Anspruches auf Wochengeld angerechnet.

(3) Solange während einer Anstaltspflege (auch einer Pflege im Entbindungsheim) kein Wochengeld gebührt, ist weiblichen Versicherten Familien- oder Taggeld unter den Voraussetzungen des § 152 in der dort angegebenen Höhe zu gewähren.

Wochen- und Stillgeld beim Tod der Wöchnerin.

§ 167. Stirbt eine Wöchnerin bei der Entbindung oder während der Dauer des Bezuges

der Leistungen, so wird das Wochen- und Stillgeld bis zum Ablauf der gesetzlichen oder satzungsmäßigen Höchstdauer an denjenigen weitergezahlt, der für den Unterhalt des Kindes sorgt.

Ersatzleistung des Bundes.

§ 168. Der Bund ersetzt den Trägern der Krankenversicherung 40 v. H. der Aufwendungen für das Wochengeld (§ 162).

7. UNTERABSCHNITT.

Leistungen aus dem Versicherungsfall des Todes.

Sterbegeld.

§ 169. (1) Beim Tode des Versicherten oder des sonst nach § 122 Abs. 1 und 2 Anspruchsberechtigten wird Sterbegeld gewährt. Durch die Satzung kann bestimmt werden, daß Sterbegeld auch beim Tod eines Angehörigen (§ 123) gewährt wird.

(2) Das Sterbegeld beim Tode des Versicherten oder des sonst nach § 122 Abs. 1 und 2 Anspruchsberechtigten gebührt auch, wenn der Tod innerhalb eines Jahres nach Erschöpfung des Anspruches auf Krankengeld oder Anstaltspflege eingetreten ist und bis zum Zeitpunkt des Todes Arbeitsunfähigkeit bestanden hat.

Anspruchsberechtigte Personen.

§ 170. Vom Sterbegeld werden zunächst die Kosten der Bestattung bestritten und an den gezahlt, der die Bestattung besorgt hat; dies gilt nicht, wenn die Bestattungskosten auf Grund gesetzlicher, satzungsmäßiger oder vertraglicher Verpflichtung bestritten wurden. Bleibt ein Überschuß, so sind nacheinander der Ehegatte, die Kinder, der Vater, die Mutter, die Geschwister bezugsberechtigt, wenn sie mit dem Verstorbenen zur Zeit seines Todes in häuslicher Gemeinschaft gelebt haben. Fehlen solche Berechtigte, so verbleibt der Überschuß dem Träger der Krankenversicherung.

Höhe des Sterbegeldes.

§ 171. (1) Das Sterbegeld beträgt beim Tode des Versicherten (des sonst nach § 122 Anspruchsberechtigten), unbeschadet der Bestimmungen der Abs. 3 und 5, das 20fache der Bemessungsgrundlage (§ 125 Abs. 1). Es kann durch die Satzung des Versicherungsträgers bis zum 40fachen der Bemessungsgrundlage erhöht werden.

(2) Beim Tod des als Angehöriger geltenden Ehegatten (§ 123) kann das Sterbegeld durch die Satzung bis zu zwei Drittel, beim Tod eines sonstigen Angehörigen (§ 123) bis zur Hälfte des beim Tod des Versicherten gebührenden Sterbegeldes festgesetzt werden; es ist um den Betrag des Sterbegeldes zu kürzen, das auf Grund eige-

ner gesetzlicher Versicherung des Verstorbenen gebührt.

(3) In der Krankenversicherung der Bezieher einer Rente mit Ausnahme der Bezieher einer Rente aus der knappschaftlichen Pensionsversicherung beträgt das Sterbegeld

1. im Falle des Todes des Versicherten und im Falle des Todes des Ehegatten (§ 123 Abs. 2 Z. 1) das Einfache der monatlichen Rente ohne Kinder- und Hilflosenzuschuß und ohne Berücksichtigung von Kürzungs- und Ruhensbestimmungen;

2. im Falle des Todes eines Kindes des Versicherten (§ 123 Abs. 2 Z. 2 bis 6) die Hälfte der in Z. 1 bezeichneten Bemessungsgrundlage.

(4) Das Sterbegeld gebührt in den Fällen der Abs. 1 bis 3 beim Tode des Versicherten mindestens im Ausmaß des doppelten Betrages der Höchstbeitragsgrundlage in der Krankenversicherung, beim Tode eines Angehörigen mindestens im Ausmaß des einfachen Betrages dieser Höchstbeitragsgrundlage.

(5) In der Krankenversicherung der Bezieher einer Rente aus der knappschaftlichen Pensionsversicherung beträgt das Sterbegeld

1. im Falle des Todes des versicherten Empfängers einer Knappschaftsaltersrente, Knappschaftsrente oder Knappschaftsvollrente mindestens das Dreifache der monatlichen Rente ohne Kinder- und Hilflosenzuschuß und ohne Berücksichtigung von Kürzungs- und Ruhensbestimmungen;

2. im Falle des Todes des versicherten Empfängers einer Witwen(Witwer)rente oder im Falle des Todes des Ehegatten eines Rentenempfängers 50 v. H. des Mindestbetrages des Sterbegeldes nach Z. 1;

3. im Falle des Todes des Bezieher einer Waisenrente oder eines Kindes des versicherten Rentenempfängers 20 v. H. des Sterbegeldes nach Z. 1.

Das Nähere wird durch die Satzung des Versicherungsträgers bestimmt; hiebei können auch feste Sätze vorgeschrieben werden.

DRITTER TEIL.

Unfallversicherung.

ABSCHNITT I.

Gemeinsame Bestimmungen.

Aufgaben.

§ 172. Die Unfallversicherung trifft Vorsorge für die Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten, für die erste Hilfeleistung bei Arbeitsunfällen sowie für die Unfallheilbehandlung, Berufsfürsorge und Entschädigung nach Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten.

Leistungen.

§ 173. Als Leistungen der Unfallversicherung werden nach Maßgabe der Bestimmungen dieses Bundesgesetzes gewährt:

1. im Falle einer durch einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit verursachten körperlichen Schädigung des Versicherten:

- a) Unfallheilbehandlung (§§ 189 bis 194 und 197);
- b) Familien- und Taggeld sowie besondere Unterstützung (§§ 195, 196);
- c) Berufsfürsorge (§§ 198 bis 201);
- d) Beistellung von Körperersatzstücken, orthopädischen Behelfen und anderen Hilfsmitteln (§ 202);
- e) Versehrtenrente (§§ 203 bis 210);
- f) Übergangsrente und Übergangsgeld (§ 211);
- g) Versehrtengehalt (§ 212);
- h) Witwenbeihilfe (§ 213);

2. im Falle des durch einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit verursachten Todes des Versicherten:

- a) Sterbegeld (§ 214);
- b) Hinterbliebenenrenten (§§ 215 bis 220).

Eintritt des Versicherungsfalles.

§ 174. Der Versicherungsfall gilt als eingetreten:

1. bei Arbeitsunfällen mit dem Unfallereignis;
2. bei Berufskrankheiten mit dem Beginn der Krankheit (§ 120 Z. 1) oder, wenn dies für den Versicherten günstiger ist, mit dem Beginn der Minderung der Erwerbsfähigkeit (§ 203).

Arbeitsunfall.

§ 175. (1) Arbeitsunfälle sind Unfälle, die sich im örtlichen, zeitlichen und ursächlichen Zusammenhang mit der die Versicherung begründenden Beschäftigung ereignen.

(2) Arbeitsunfälle sind auch Unfälle, die sich ereignen:

1. auf einem mit der Beschäftigung nach Abs. 1 zusammenhängenden Weg zur oder von der Arbeits- oder Ausbildungsstätte; hat der Versicherte wegen der Entfernung seines ständigen Aufenthaltsortes von der Arbeits(Ausbildungs)stätte auf dieser oder in ihrer Nähe eine Unterkunft, so wird die Versicherung des Weges von oder nach dem ständigen Aufenthaltsort nicht ausgeschlossen;

2. auf einem Weg von der Arbeits- oder Ausbildungsstätte zu einer vor dem Verlassen dieser Stätte dort bekanntgegebenen ärztlichen Untersuchungsstelle (freiberuflich tätiger Arzt, Ambulatorium, Krankenhaus) zum Zweck der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe und anschließend auf dem Weg zurück zur Arbeits(Ausbildungs)stätte oder zur Wohnung, ferner auf dem Weg von der Arbeits- oder Ausbildungsstätte oder von der Wohnung zu einer

ärztlichen Untersuchungsstelle, wenn sich der Versicherte der Untersuchung auf Grund einer gesetzlichen Vorschrift oder einer Anordnung des Versicherungsträgers oder des Dienstgebers unterziehen muß und anschließend auf dem Weg zurück zur Arbeits(Ausbildungs)stätte oder zur Wohnung;

3. bei häuslichen oder anderen Tätigkeiten, zu denen der Versicherte durch den Dienstgeber oder dessen Beauftragten herangezogen wird;

4. bei einer mit der Beschäftigung zusammenhängenden Verwahrung, Beförderung, Instandhaltung und Erneuerung des Arbeitsgerätes, auch wenn dieses vom Versicherten beigelegt wird.

(3) In einem land- oder forstwirtschaftlichen Betrieb gelten als Arbeitsunfälle auch Unfälle, die sich ereignen:

1. bei der Arbeit im Haushalt des Betriebsinhabers oder der Dienstnehmer, wenn der Haushalt dem Betrieb wesentlich dient;

2. bei der Arbeit in der Land- oder Forstwirtschaft und im Haushalt der ständig im Betrieb beschäftigten Dienstnehmer, die als Entgelt vom Betriebsinhaber Grundstücke oder sonstige Betriebsmittel zur eigenen land(forst)wirtschaftlichen Erzeugung erhalten und aus dieser Erzeugung einen wesentlichen Teil ihres Unterhaltes bestreiten.

3. bei häuslichen und anderen Tätigkeiten, die der Versicherte auf Grund seines Dienstvertrages zu leisten hat.

(4) Verbotswidriges Handeln schließt die Annahme eines Arbeitsunfalles nicht aus.

Arbeitsunfällen gleichgestellte Unfälle.

§ 176. (1) Den Arbeitsunfällen sind Unfälle gleichgestellt, die sich bei nachstehenden Tätigkeiten unfallversicherter Personen ereignen:

1. als Teilnehmer der Betriebsversammlung oder als Mitglied des Betriebsrates (Vertrauensmann) im Sinne des Betriebsrätegesetzes, BGBl. Nr. 97/1947, oder des Landarbeitsgesetzes, BGBl. Nr. 140/1948;

2. bei der Rettung eines Menschen aus gegenwärtiger Lebensgefahr oder dem Versuch einer solchen Rettung, bei der Hilfeleistung in sonstigen Unglücksfällen oder allgemeiner Gefahr oder Not oder bei der Heranziehung zu Blutspenden, in allen diesen Fällen jedoch nur, wenn keine besondere rechtliche Verpflichtung zu diesen Leistungen besteht;

3. bei Tätigkeiten, die vorübergehend auf Grund gesetzlicher Verpflichtung oder im Auftrage oder mit ausdrücklicher Zustimmung der zuständigen Verwaltungsbehörde zur Sicherung, Überwachung, Förderung oder Erhaltung der land- oder forstwirtschaftlichen Erzeugung oder

der Erzeugnisse, Baulichkeiten oder sonstiger Betriebseinrichtungen ausgeübt werden.

(2) § 175 Abs. 2 Z. 1 und Abs. 4 sind entsprechend anzuwenden.

Berufskrankheiten.

§ 177. Als Berufskrankheiten gelten die in der Anlage zu diesem Bundesgesetz bezeichneten Krankheiten unter den dort angeführten Voraussetzungen.

Bemessungsgrundlage für die Geldleistungen; Allgemeines.

§ 178. (1) Bei der Ermittlung der Bemessungsgrundlage nach den §§ 179 bis 182 sind alle Dienstverhältnisse, Erwerbstätigkeiten und sonstigen Tätigkeiten, sofern sie in die Unfallversicherung einbezogen sind, zu berücksichtigen, auch wenn sie nebeneinander ausgeübt werden.

(2) Die Bemessungsgrundlage beträgt höchstens 43.200 S jährlich.

Bemessungsgrundlage unter Berücksichtigung der Beitragsgrundlagen.

§ 179. (1) In der Unfallversicherung ist Bemessungsgrundlage, soweit sie nicht nach § 181 zu ermitteln ist, die Summe der allgemeinen Beitragsgrundlagen im letzten Jahr vor dem Eintritt des Versicherungsfalles.

(2) Hat die Versicherung noch nicht ein Jahr, aber mindestens sechs Wochen gedauert, so ist Bemessungsgrundlage das Zwölfwache der durchschnittlichen monatlichen allgemeinen Beitragsgrundlage während der Versicherungsdauer.

(3) Hat die Versicherung noch nicht sechs Wochen gedauert, so ist die Bemessungsgrundlage auf Grund der Beitragsgrundlagen zu errechnen, die für Versicherte derselben Art mit ähnlicher Ausbildung in derselben Gegend zutreffen.

Besondere Bemessungsgrundlage für Jugendliche.

§ 180. (1) Befand sich der Versicherte zur Zeit des Eintrittes des Versicherungsfalles noch in einer Berufs- oder Schulausbildung, so wird von dem Zeitpunkt ab, in dem die begonnene Ausbildung voraussichtlich abgeschlossen gewesen wäre, die Bemessungsgrundlage jeweils nach der Beitragsgrundlage errechnet, die für Personen gleicher Ausbildung durch Kollektivvertrag festgesetzt ist oder sonst von ihnen in der Regel erreicht wird; hiebei sind solche Erhöhungen der Beitragsgrundlage nicht zu berücksichtigen, die der Versicherte erst nach Vollendung seines 30. Lebensjahres erreicht hätte.

(2) Die Bestimmung des Abs. 1 ist entsprechend für Versicherte anzuwenden, die zur Zeit des Eintrittes des Versicherungsfalles noch nicht 21 Jahre alt waren, sofern die Errechnung der Bemessungsgrundlage auf diese Art für den Versicherten günstiger ist.

Bemessungsgrundlage nach festen Beträgen.

§ 181. (1) Für die gemäß § 8 Abs. 1 Z. 3 lit. a in der Unfallversicherung Teilversicherten, die selbständig Erwerbstätige sind, gilt als Bemessungsgrundlage ein Betrag von 9000 S im Kalenderjahr. Wird die Höherversicherung gemäß § 20 Abs. 1 in Anspruch genommen, so erhöht sich die Bemessungsgrundlage um die der Beitragszahlung gemäß § 77 Abs. 4 zugrunde gelegten Beträge.

(2) Für die gemäß § 19 in der Unfallversicherung Selbstversicherten gilt die Beitragsgrundlage gemäß § 76 Abs. 1 Z. 3 als Bemessungsgrundlage.

(3) Für die gemäß § 8 Abs. 1 Z. 3 lit. c, d und e in der Unfallversicherung Teilversicherten gilt die Beitragsgrundlage gemäß § 74 als Bemessungsgrundlage.

Festsetzung der Bemessungsgrundlage nach billigem Ermessen.

§ 182. Kann die Bemessungsgrundlage nach den §§ 179 und 180 nicht errechnet werden oder würde ihre Errechnung nach diesen Bestimmungen eine Unbilligkeit bedeuten, so ist sie nach billigem Ermessen festzustellen. Hiebei ist außer den Fähigkeiten, der Ausbildung und der Lebensstellung des Versicherten seine Erwerbstätigkeit zur Zeit des Eintrittes des Versicherungsfalles oder, soweit er nicht gegen Entgelt tätig war, eine gleichartige oder vergleichbare Erwerbstätigkeit zu berücksichtigen.

Neufeststellung der Rente.

§ 183. (1) Bei einer wesentlichen Änderung der Verhältnisse, die für die Feststellung einer Rente maßgebend waren, hat der Träger der Unfallversicherung auf Antrag oder von Amts wegen die Rente neu festzustellen.

(2) Sind zwei Jahre nach Eintritt des Versicherungsfalles abgelaufen oder ist innerhalb dieser Frist die Dauerrente (§ 209) festgestellt worden, so kann die Rente immer nur in Zeiträumen von mindestens einem Jahr nach der letzten Feststellung neu festgestellt werden. Diese Frist gilt nicht, wenn in der Zwischenzeit eine neue Heilbehandlung abgeschlossen oder eine vorübergehende Verschlimmerung der Folgen des Arbeitsunfalles oder der Berufskrankheit wieder behoben wurde.

Abfindung von Renten.

§ 184. (1) Vershrtenrenten von nicht mehr als 25 v. H. der Vollrente (§ 205 Abs. 2 Z. 1) können mit Zustimmung des Vershrten durch Gewährung eines dem Werte der Rente entsprechenden Kapitals abgefunden werden.

(2) Auf Antrag des Anspruchsberechtigten kann der Träger der Unfallversicherung auch eine Vershrtenrente von mehr als 25 v. H. der Vollrente ganz oder teilweise mit dem dem Werte der Rente oder des Rententeiles entsprechenden Kapital abfinden, wenn die zweckmäßige Verwendung des Abfindungsbetrages gesichert ist. Vor der Entscheidung über den Antrag ist der zuständige Fürsorgeträger und, wenn der Anspruchsberechtigte (ehemaliges) Mitglied einer Landeskammer der gewerblichen Wirtschaft oder ein Hinterbliebener nach einem solchen Mitglied ist, auch die in Betracht kommende Landeskammer der gewerblichen Wirtschaft anzuhören.

(3) Der Anspruch auf Rente besteht trotz der Abfindung, solange die Folgen des Arbeitsunfalles oder der Berufskrankheit nachträglich eine wesentliche Verschlimmerung erfahren. Als wesentlich gilt eine Verschlimmerung nur, wenn durch sie die Erwerbsfähigkeit des Vershrten für länger als drei Monate um mehr als 10 v. H. weiter gemindert wird. Die Rente wird um den Betrag gekürzt, welcher der Berechnung der Abfindung zugrunde gelegt wurde.

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

(5) Das Abfindungskapital ist nach versicherungsmathematischen Grundsätzen zu berechnen. Das Nähere wird durch Verordnung des Bundesministeriums für soziale Verwaltung geregelt. Die Verordnung bedarf der Zustimmung des Hauptausschusses des Nationalrates.

ABSCHNITT II.

Unfallverhütung; Vorsorge für eine erste Hilfeleistung.

Verpflichtung zur Unfallverhütung und Vorsorge für eine erste Hilfeleistung.

§ 185. Die Träger der Unfallversicherung treffen nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen Vorsorge für die Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten (Unfallverhütung) sowie für eine wirksame erste Hilfe.

Mittel der Unfallverhütung.

§ 186. Die Mittel der Unfallverhütung sind:

1. die Werbung für den Gedanken der Unfallverhütung;

2. die Beratung der Dienstgeber und Dienstnehmer sowie sonstiger an der Unfallverhütung interessierter Personen und Einrichtungen;

3. die Zusammenarbeit mit den Betrieben (Anstalten, Einrichtungen und dergleichen) zum Zwecke der Einhaltung der der Unfallverhütung dienenden Vorschriften und Anordnungen;

4. die Forschung über die Ursachen der Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten und ihre Auswertung für Zwecke der Verhütung.

Unfallverhütungsdienst.

§ 187. (1) Die Träger der Unfallversicherung haben einen Unfallverhütungsdienst einzurichten und die erforderlichen fachkundigen Organe zu bestellen.

(2) Die fachkundigen Organe des Trägers der Unfallversicherung sind berechtigt, die Betriebe (Anstalten, Einrichtungen und dergleichen) zu betreten und zu besichtigen, sowie alle erforderlichen Auskünfte einzuholen. Das Organ hat sich vor Beginn der Betriebsbesichtigung beim Betriebsinhaber oder seinem Beauftragten unter Hinweis auf seinen Auftrag zu melden. Der Betriebsinhaber oder sein Beauftragter ist berechtigt und auf Verlangen des fachkundigen Organes verpflichtet, an der Betriebsbesichtigung teilzunehmen.

(3) Die fachkundigen Organe des Trägers der Unfallversicherung sind verpflichtet, über alle ihnen bei Ausübung ihrer Tätigkeit im Unfallverhütungsdienst bekanntgewordenen Geschäfts- und Betriebsgeheimnisse Verschwiegenheit zu bewahren.

Zusammenarbeit mit Behörden und Körperschaften.

§ 188. (1) Die Träger der Unfallversicherung haben in Fragen, die mit der Unfallverhütung zusammenhängen, mit den zuständigen Behörden und den öffentlich-rechtlichen Interessenvertretungen der Dienstnehmer und der Dienstgeber zusammenzuarbeiten. Sie sind vor der Erlassung oder Abänderung von Vorschriften, die der Unfallverhütung dienen, zu hören.

(2) Hinsichtlich der Zusammenarbeit mit den Arbeitsinspektoraten und den Bergbehörden in Fragen der Unfallverhütung gelten die in Betracht kommenden gesetzlichen Bestimmungen über die Arbeitsinspektion.

ABSCHNITT III.

Leistungen.

1. UNTERABSCHNITT.

Leistungen im Falle einer körperlichen Schädigung des Versicherten.

Unfallheilbehandlung.

§ 189. (1) Die Unfallheilbehandlung hat mit allen geeigneten Mitteln die durch den Arbeits-

unfall oder die Berufskrankheit hervorgerufene Gesundheitsstörung oder Körperbeschädigung sowie die durch den Arbeitsunfall oder die Berufskrankheit verursachte Minderung der Erwerbsfähigkeit zu beseitigen und eine Verschlimmerung der Folgen der Verletzung oder Erkrankung zu verhüten.

(2) Die Unfallheilbehandlung umfaßt insbesondere:

1. ärztliche Hilfe;
2. Heilmittel;
3. Heilbehelfe;
4. Pflege in Kranken-, Kur- und sonstigen Anstalten.

(3) Die Unfallheilbehandlung ist in entsprechender Anwendung der §§ 135 bis 137 und 144 in einer Art und einem Ausmaß zu gewähren, daß der Zweck der Heilbehandlung (Abs. 1) tunlichst erreicht wird.

(4) **Grundsatzbestimmung.** Gemäß Artikel 12 Abs. 1 Z. 2 des Bundes-Verfassungsgesetzes in der Fassung von 1929 gilt als Grundsatz, daß die Unfallversicherungsträger im Rahmen der im § 148 geregelten Beziehungen zu den öffentlichen Krankenanstalten den Krankenversicherungsträgern gleichgestellt sind.

Dauer der Unfallheilbehandlung.

§ 190. Die Unfallheilbehandlung wird so lange und so oft gewährt, als eine Besserung der Folgen des Arbeitsunfalles beziehungsweise der Berufskrankheit oder eine Steigerung der Erwerbsfähigkeit zu erwarten ist oder Heilmaßnahmen erforderlich sind, um eine Verschlimmerung zu verhüten.

Gewährung der Unfallheilbehandlung durch den Träger der Unfallversicherung.

§ 191. (1) Unfallheilbehandlung sowie Familien- und Taggeld werden nur gewährt, wenn und soweit der Versehrte nicht auf die entsprechenden Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung gemäß § 119 Anspruch hat.

(2) Der Träger der Unfallversicherung kann die Gewährung der sonst nach § 119 vom Träger der Krankenversicherung zu erbringenden Leistungen der im § 189 Abs. 2 bezeichneten Art jederzeit an sich ziehen. Er tritt dann hinsichtlich dieser Leistungen dem Versehrten und seinen Angehörigen gegenüber in alle Pflichten und Rechte des Trägers der Krankenversicherung ein. Der Träger der Unfallversicherung hat in diesen Fällen dem Träger der Krankenversicherung anzuzeigen, daß er von einem bestimmten Tage an die Heilbehandlung gewährt; von diesem Zeitpunkt an hat der Versehrte gegen den Träger der Krankenversicherung keinen Anspruch auf die entsprechenden Leistungen der Krankenversicherung.

Unfallheilbehandlung für selbständig Erwerbstätige und ihre mitversicherten Angehörigen.

§ 192. Die nach den §§ 7 Z. 2 lit. b und Z. 3 lit. c, 8 Abs. 1 Z. 3 lit. a und b sowie 19 Unfallversicherten erhalten die Heilbehandlung nach § 191 erst vom Beginn des dritten Monats nach dem Eintritt des Versicherungsfalles an. Der Träger der Unfallversicherung kann nach Maßgabe seiner finanziellen Leistungsfähigkeit durch die Satzung bestimmen, ob und inwieweit schon von einem früheren Zeitpunkt an Heilbehandlung nach § 191 oder an deren Stelle Geldleistungen zu gewähren sind, wenn die Anzeige des Arbeitsunfalles oder der Berufskrankheit binnen 14 Tagen nach dem Eintritt des Versicherungsfalles beim Träger der Unfallversicherung einlangt.

Durchführung der Unfallheilbehandlung.

§ 193. Der Träger der Unfallversicherung kann die Unfallheilbehandlung entweder unmittelbar durch hiezu bestimmte Einrichtungen oder Ärzte gewähren oder einen Krankenversicherungsträger mit der Durchführung der Heilbehandlung gegen Kostenersatz betrauen. Der Träger der Krankenversicherung ist verpflichtet, einem solchen Ersuchen Folge zu leisten und die Behandlung so zu besorgen, wie es der Träger der Unfallversicherung verlangt.

Richtlinien für die Unfallheilbehandlung.

§ 194. In den vom Hauptverband gemäß § 31 Abs. 3 Z. 4 zu erlassenden Richtlinien ist auch die Zusammenarbeit der Träger der Kranken- und der Unfallversicherung bei der Durchführung der Unfallheilbehandlung, insbesondere hinsichtlich eines zweckmäßigen Verfahrens zur rechtzeitigen Erfassung der Verletzten für die Heilbehandlung, deren Zuweisung zu der erforderlichen fachärztlichen Behandlung oder Krankenanstaltspflege zu regeln. Hiebei kann bestimmt werden, daß der in Betracht kommende Facharzt über die weitere Art der Behandlung zu entscheiden hat und bei welcher Art von Verletzungen die Unfallheilbehandlung in besonders bezeichneten Krankenanstalten stattfinden soll.

Familien- und Taggeld bei Gewährung der Anstaltspflege als Unfallheilbehandlung.

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

(2) Das Taggeld beträgt 4 S. Das tägliche Familiengeld beträgt für jeden Angehörigen

0,6 v. H., zusammen jedoch nicht mehr als 2,4 v. H. eines Zwölftels der Bemessungsgrundlage.

(3) Familien- und Taggeld gebühren nicht, wenn und solange der Versehrte mindestens 50 v. H. des Entgeltes (§ 49 Abs. 1, 3 und 4) weiterbezieht.

Besondere Unterstützung.

§ 196. Für die Dauer einer Unfallheilbehandlung (§ 191) oder einer Krankenbehandlung (§ 119) kann der Träger der Unfallversicherung dem Versehrten oder seinen Angehörigen in Berücksichtigung der Schwere der Verletzungsfolgen und der langen Dauer der Behandlung eine besondere Unterstützung gewähren.

Versagung der Versehrtenrente bei Zuwiderhandlung.

§ 197. Befolgt der Versehrte eine die Unfallheilbehandlung oder die Krankenbehandlung (§ 119) betreffende Anordnung ohne triftigen Grund nicht und wird dadurch seine Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflusst, so kann ihm die Versehrtenrente auf Zeit ganz oder teilweise versagt werden, wenn er vorher auf die Folgen seines Verhaltens schriftlich hingewiesen worden ist.

Berufsfürsorge.

§ 198. (1) Die Berufsfürsorge hat mit allen geeigneten Mitteln den Versehrten in die Lage zu versetzen, seinen früheren oder, wenn dies nicht möglich ist, einen neuen Beruf auszuüben.

(2) Die Berufsfürsorge umfaßt:

1. die berufliche Ausbildung zur Wiedergewinnung oder Erhöhung der Erwerbsfähigkeit und, insoweit der Versehrte durch den Arbeitsunfall oder die Berufskrankheit in der Ausübung seines Berufes oder eines Berufes, der ihm billigerweise zugemutet werden kann, wesentlich beeinträchtigt ist, die Ausbildung für einen neuen Beruf;

2. die Hilfe zur Erlangung einer Arbeitsstelle oder einer anderen Erwerbsmöglichkeit.

Berufliche Ausbildung.

§ 199. (1) Die berufliche Ausbildung setzt die Eignung des Versehrten voraus; sie wird bis zur Erreichung ihres Zieles, jedoch höchstens für ein Jahr, gewährt. In besonderen Fällen kann sie über diese Höchstdauer hinaus ausgedehnt werden.

(2) Während der Ausbildung hat der Unfallversicherungsträger dem Versehrten einen Beitrag zu den Kosten des notwendigen Unterhaltes für ihn und seine Angehörigen (§ 123) zu leisten, soweit billigerweise anzunehmen ist, daß der Versehrte den Unterhalt aus einem anderen Einkommen oder seinem Vermögen nicht decken kann.

Hilfe zur Erlangung einer Arbeitsstelle, Zuschüsse.

§ 200. (1) Der Träger der Unfallversicherung hat zur Erlangung einer Arbeitsstelle in enger Zusammenarbeit mit den zuständigen Landesarbeitsämtern und Arbeitsämtern Hilfe zu leisten.

(2) Hat der Versehrte eine Arbeitsstelle angenommen, in der er das volle Entgelt erst nach Erlangung der erforderlichen Fertigkeit erreichen kann, so kann ihm der Träger der Unfallversicherung für die Übergangszeit, längstens aber für zwei Jahre, einen Zuschuß bis zum vollen Entgelt gewähren. Versehrten, die eine neue Arbeitsstelle angenommen haben, können nötigenfalls Zuschüsse oder Darlehen zur Beschaffung von Arbeitskleidung oder einer Arbeitsausrüstung gewährt werden.

(3) Hat ein Schwerversehrter (§ 205 Abs. 4) eine Arbeitsstelle erhalten, in der er seine volle Leistungsfähigkeit erst nach Erlangung der erforderlichen Fertigkeit erreichen kann, so kann für die Übergangszeit, längstens aber für ein Jahr, dem Dienstgeber, der mindestens den kollektivvertraglichen Lohn zahlt, ein Zuschuß in angemessener Höhe gewährt werden.

Zusammenwirken mit den Landesarbeitsämtern und Arbeitsämtern.

§ 201. (1) Bei Durchführung der Berufsfürsorge haben die Träger der Unfallversicherung mit den zuständigen Landesarbeitsämtern und Arbeitsämtern zusammenzuwirken. Vor der Gewährung einer beruflichen Ausbildung ist ein Berufsberatungsgutachten des zuständigen Arbeitsamtes einzuholen.

(2) Der Versicherungsträger kann die berufliche Ausbildung eines Versehrten gegen Kostenbeitrag dem zuständigen Landesarbeitsamt übertragen.

Körperersatzstücke, orthopädische Behelfe und andere Hilfsmittel.

§ 202. (1) Der Versehrte hat Anspruch auf Versorgung mit Körperersatzstücken, orthopädischen Behelfen und anderen Hilfsmitteln, die erforderlich sind, um den Erfolg der Heilbehandlung zu sichern oder die Folgen des Arbeitsunfalles oder der Berufskrankheit zu erleichtern. Alle diese Hilfsmittel müssen den persönlichen und beruflichen Verhältnissen des Versehrten angepaßt sein.

(2) Wenn bei einem Arbeitsunfall ein Körperersatzstück, ein orthopädischer Behelf oder ein anderes Hilfsmittel schadhaft oder unbrauchbar wird oder verlorengeht, hat der Träger der Unfallversicherung die Kosten für die Beseitigung des eingetretenen Schadens zu übernehmen.

(3) Schadhaft oder unbrauchbar gewordene oder verlorengegangene Hilfsmittel sind auf Kosten des Trägers der Unfallversicherung wie-

der herzustellen oder zu erneuern. Vor Ablauf einer festgesetzten Gebrauchsdauer besteht der Anspruch auf Ersatz oder Erneuerung nur, wenn der Versehrte glaubhaft macht, daß ihn an der Beschädigung, Unbrauchbarkeit oder dem Verlust des Hilfsmittels kein Verschulden trifft.

(4) Hat der Versehrte die Hilfsmittel selbst beschafft oder instandsetzen lassen, so gebührt ihm, wenn die Beschaffung oder Instandsetzung erforderlich und zweckmäßig war, der Ersatz in dem Betrage, den der Träger der Unfallversicherung hätte aufwenden müssen.

Anspruch auf Versehrtenrente.

§ 203. Anspruch auf Versehrtenrente besteht, wenn die Erwerbsfähigkeit des Versehrten durch die Folgen eines Arbeitsunfalles oder eine Berufskrankheit über drei Monate nach dem Eintritt des Versicherungsfalles hinaus um mindestens 20 v. H. vermindert ist; die Versehrtenrente gebührt für die Dauer der Minderung der Erwerbsfähigkeit um mindestens 20 v. H.

Anfall der Versehrtenrente.

§ 204. (1) Besteht für eine durch einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit verursachte Arbeitsunfähigkeit ein Anspruch auf Krankengeld aus der Krankenversicherung, so fällt die Versehrtenrente mit dem Tage nach dem Wegfall des Krankengeldes, spätestens mit der 27. Woche nach dem Eintritt des Versicherungsfalles an.

(2) Den in der Unfallversicherung gemäß § 7 Z. 2 lit. a und Z. 3 lit. b teilversicherten Personen fällt die Versehrtenrente vom Tage nach dem Wegfall der durch den Arbeitsunfall oder die Berufskrankheit verursachten Arbeitsunfähigkeit, wenn aber der Gehaltsbezug früher eingestellt wird, vom Tage nach dessen Einstellung an.

(3) Den nach den §§ 8 und 19 Unfallversicherten, die selbständig erwerbstätig sind, und ihren mitversicherten Angehörigen fällt die Versehrtenrente mit dem Beginn des dritten Monats nach dem Eintritt des Versicherungsfalles an. Die Satzung kann bestimmen, daß die Versehrtenrente bei Gefährdung des Lebensunterhaltes auch zu einem früheren Zeitpunkt nach dem Eintritt des Versicherungsfalles anfällt.

(4) In allen übrigen Fällen fällt die Versehrtenrente mit dem Tage nach dem Eintritt des Versicherungsfalles an.

Bemessung der Versehrtenrente.

§ 205. (1) Die Versehrtenrente wird nach dem Grade der durch den Arbeitsunfall oder die Berufskrankheit herbeigeführten Minderung der Erwerbsfähigkeit bemessen.

(2) Die Rente beträgt jährlich, solange der Versehrte infolge des Arbeitsunfalles oder der Berufskrankheit

1. völlig erwerbsunfähig ist, 66²/₃ v. H. der Bemessungsgrundlage (Vollrente);

2. teilweise erwerbsunfähig ist, den Teil der Vollrente, der dem Grade der Minderung der Erwerbsfähigkeit entspricht (Teilrente).

(3) Solange der Versehrte infolge des Arbeitsunfalles oder der Berufskrankheit unverschuldet arbeitslos ist, kann die Teilrente bis zur Vollrente erhöht werden.

(4) Versehrte, die Anspruch auf eine Versehrtenrente von mindestens 50 v. H. oder auf mehrere Versehrtenrenten haben, deren Hundertsätze zusammen die Zahl 50 erreichen, gelten als Schwerversehrte.

Hilflosenzuschuß.

§ 206. Versehrten, die infolge eines Unfalles oder einer Berufskrankheit so hilflos sind, daß sie ständig der Hilfe und Wartung bedürfen, gebührt neben der Vollrente ein Zuschuß in der Höhe der halben Vollrente.

Kinderzuschuß.

§ 207. (1) Schwerversehrten wird für jedes Kind bis zum vollendeten 18. Lebensjahr ein Kinderzuschuß im Ausmaß von 10 v. H. der Versehrtenrente ohne Hilflosenzuschuß gewährt. Die Rente und die Kinderzuschüsse dürfen zusammen die Bemessungsgrundlage nicht übersteigen.

(2) Als Kinder gelten:

1. die ehelichen Kinder, die legitimierten Kinder und die Wahl- und Stiefkinder;

2. die unehelichen Kinder einer weiblichen Versicherten;

3. die unehelichen Kinder eines männlichen Versicherten, wenn seine Vaterschaft im Wege der freiwilligen Gerichtsbarkeit oder in einem sonst hiefür gesetzlich vorgesehenen Verfahren anerkannt oder im Prozeßwege gerichtlich festgestellt ist.

(3) Einer weiblichen Versehrten wird für ihr Kind, das eheliches Kind ihres Ehegatten ist oder dessen rechtliche Stellung hat, der Kinderzuschuß nur gewährt, wenn sie vor Eintritt des Versicherungsfalles den Unterhalt des Kindes überwiegend bestritten hat.

(4) Der Kinderzuschuß ist auch nach der Vollendung des 18. Lebensjahres, jedoch nur auf besonderen Antrag zu gewähren oder weiterzugewähren, wenn und solange das Kind

1. wegen wissenschaftlicher oder sonstiger regelmäßiger Schul- oder Berufsausbildung sich noch nicht selbst erhalten kann, bis zur ordnungsmäßigen Beendigung der Ausbildung, längstens jedoch bis zur Vollendung des 24. Lebensjahres, oder

2. wegen geistiger oder körperlicher Gebrechen dauernd außerstande ist, sich selbst den Unterhalt zu verschaffen, sofern das Gebrechen vor Vollendung des 18. Lebensjahres eingetreten ist.

(6) Haben beide Elternteile Anspruch auf Versichertenrente, so gebührt der Kinderzuschuß nur zur Rente des Elternteiles, der den Unterhalt des Kindes überwiegend bestreitet.

Ruhen der Versichertenrente bei Anstaltspflege.

§ 208. Wird einem Versicherten wegen der Folgen eines Arbeitsunfalles oder wegen einer Berufskrankheit Anstaltspflege aus der Krankenversicherung oder Unfallversicherung gewährt, so ruht während dieser Zeit die auf Grund dieses Versicherungsfalles gebührende Versichertenrente einschließlich allfälliger Zuschüsse.

Vorläufige Versichertenrente, Gesamtvergütung.

§ 209. (1) Kann die Versichertenrente während der ersten zwei Jahre nach dem Eintritt des Versicherungsfalles wegen der noch nicht absehbaren Entwicklung der Folgen des Arbeitsunfalles oder der Berufskrankheit ihrer Höhe nach noch nicht als Dauerrente festgestellt werden, so hat der Träger der Unfallversicherung die Versichertenrente als vorläufige Rente zu gewähren. Spätestens mit Ablauf des zweijährigen Zeitraumes ist die Versichertenrente als Dauerrente festzustellen; diese Feststellung setzt eine Änderung der Verhältnisse (§ 183 Abs. 1) nicht voraus und ist an die Grundlagen für die Berechnung der vorläufigen Rente nicht gebunden.

(2) Ist zu erwarten, daß nur eine vorläufige Versichertenrente zu gewähren ist, so kann der Träger der Unfallversicherung den Versicherten durch eine Gesamtvergütung in der Höhe des voraussichtlichen Rentenaufwandes abfinden. Nach Ablauf des dieser Vergütung zugrunde gelegten Zeitraumes ist auf Antrag unter den Voraussetzungen des § 203 die entsprechende Versichertenrente zu gewähren.

Entschädigung aus mehreren Versicherungsfällen.

§ 210. (1) Wird ein Versicherter neuerlich durch einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit geschädigt und beträgt die durch diese neuerliche Schädigung allein verursachte Minderung der Erwerbsfähigkeit mindestens 10 v. H., so ist die Entschädigung aus diesen mehreren Versicherungsfällen nach Maßgabe der Abs. 2 bis 4 festzustellen, sofern die Gesamtminderung der Erwerbsfähigkeit auch nach allfälliger Berücksichtigung einer Beschädigung nach dem Kriegsopferversorgungsgesetz 20 v. H. erreicht.

(2) Spätestens vom Beginn des dritten Jahres nach dem Eintritt des neuerlichen Versicherungsfalles an ist die Rente nach dem Grade der durch alle Versicherungsfälle verursachten Minderung der Erwerbsfähigkeit zu bemessen. Hierbei wird die einer abgefundenen Rente entsprechende Minderung der Erwerbsfähigkeit berücksichtigt,

jedoch ist die Gesamtrente um den Betrag zu kürzen, der dem Ausmaß der abgefundenen Rente zugrunde gelegten Minderung der Erwerbsfähigkeit entspricht.

(3) Die Gesamtrente ist nach der höchsten für die einzelnen Versicherungsfälle in Betracht kommenden Bemessungsgrundlage zu bestimmen. Sie ist, wenn zur Entschädigung der einzelnen Versicherungsfälle verschiedene Träger der Unfallversicherung zuständig sind, von dem für den letzten Versicherungsfall zuständigen Versicherungsträger ohne Anspruch auf Ersatz gegen die anderen Versicherungsträger zu erbringen. Der für die Leistung der Gesamtrente zuständige Versicherungsträger hat auch alle anderen in Betracht kommenden Leistungen aus der Unfallversicherung ohne Anspruch auf Ersatz gegenüber anderen Trägern der Unfallversicherung zu gewähren.

(4) Solange die Gesamtrente nach Abs. 2 nicht festgestellt ist, gebührt dem Versicherten unter den Voraussetzungen des Abs. 1 eine Rente entsprechend dem Grade der durch die neuerliche Schädigung allein verursachten Minderung der Erwerbsfähigkeit; dies gilt auch, wenn nur ein Arbeitsunfall vorliegt und diesem eine Schädigung nach dem Kriegsopferversorgungsgesetz vorangegangen ist.

Übergangsrente und Übergangsgeld.

§ 211. (1) Versicherten, für die bei der Fortsetzung ihrer bisherigen Beschäftigung die Gefahr besteht, daß eine Berufskrankheit wieder entsteht oder sich verschlechtert, kann, um ihnen den Übergang zu einem anderen Beruf, der sie dieser Gefahr nicht aussetzt, zu ermöglichen und eine hiedurch verursachte Minderung des Verdienstes oder sonstige wirtschaftliche Benachteiligung auszugleichen, längstens für ein Jahr eine Übergangsrente bis zur Höhe der Vollrente gewährt werden. An Stelle dieser zeitlichen Rente kann ein dem einzelnen Fall angemessenes einmaliges Übergangsgeld gewährt werden, das höchstens den Betrag der halben Jahresvollrente erreichen darf. Das Übergangsgeld kann auch in Teilbeträgen ausgezahlt werden.

(2) Eine allfällige Versichertenrente gebührt neben der Übergangsrente.

Versehrtengeld aus der Unfallversicherung.

§ 212. Der Träger der Unfallversicherung kann bis zum Ablauf eines Jahres nach dem Eintritt des Versicherungsfalles an Stelle der Versichertenrente Versehrtengeld gewähren, wenn zu erwarten ist, daß über diese Zeit hinaus eine Versichertenrente nicht gebührt. Das Versehrtengeld wird für Personen, die nach diesem Bundesgesetz krankenversichert sind, in der Höhe des sonst in der Krankenversicherung gebührenden Kran-

kengeldes gewährt; das Versehrtengeld ist auf Ersuchen des Unfallversicherungsträgers vom zuständigen Krankenversicherungsträger gegen Ersatz auszuführen. Für andere Versehrte beträgt das tägliche Versehrtengeld den 60. Teil eines Zwölftels der Bemessungsgrundlage in der Unfallversicherung. § 208 gilt entsprechend.

Witwenbeihilfe.

§ 213. (1) Hat die Witwe eines Schwerversehrten keinen Anspruch auf Witwenrente, weil der Tod des Versehrten nicht Folge eines Arbeitsunfalles oder einer Berufskrankheit war, so erhält sie als einmalige Witwenbeihilfe 40 v. H. der Bemessungsgrundlage.

(2) Die Witwenbeihilfe wird, wenn der Verstorbene zur Zeit seines Todes mehrere Versehrtenrenten bezogen hat, von dem Unfallversicherungsträger ohne Anspruch auf Ersatz gegen die anderen Unfallversicherungsträger gewährt, der die Rente nach der höchsten Bemessungsgrundlage zu leisten hatte.

(3) § 217 ist entsprechend anzuwenden.

2. UNTERABSCHNITT.

Leistungen im Falle des Todes des Versicherten.

Sterbegeld.

§ 214. (1) Wurde durch einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit der Tod des Versehrten verursacht, gebührt ein Sterbegeld aus der Unfallversicherung.

(2) Das Sterbegeld beträgt den fünfzehnten Teil der Bemessungsgrundlage, mindestens 400 S.

(3) Anspruch auf das Sterbegeld haben die im § 170 aufgezählten Personen unter den dort angegebenen Voraussetzungen und in der dort bestimmten Reihenfolge.

(4) Besteht aus Anlaß des Todes des Versehrten ein Anspruch auf Sterbegeld aus der Krankenversicherung (§§ 169 und 170), so wird das Sterbegeld aus der Unfallversicherung nur in dem Ausmaß, um das die notwendigen Kosten der Bestattung das aus der Krankenversicherung gebührende Sterbegeld übersteigen, der Person gewährt, die diese Kosten nachweisbar getragen hat, es sei denn, daß sie die Kosten auf Grund gesetzlicher, satzungsmäßiger oder vertraglicher Verpflichtung bestritten hat.

Witwenrente.

§ 215. (1) Wurde der Tod des Versicherten durch einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit verursacht, so gebührt der Witwe bis zu ihrem Tod oder ihrer Wiederverheiratung eine Witwenrente von jährlich 20 v. H. der Bemessungsgrundlage.

(2) Solange die Witwe durch Krankheit oder andere Gebrechen wenigstens die Hälfte ihrer Erwerbsfähigkeit verloren oder wenn sie das 60. Lebensjahr vollendet hat, beträgt die Witwen-

rente jährlich 40 v. H. der Bemessungsgrundlage. Die Erhöhung der Witwenrente wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit wird nur gewährt, wenn diese länger als drei Monate bestanden hat.

(3) Witwenrente gebührt auch der Frau, deren Ehe mit dem Versicherten für nichtig erklärt, aufgehoben oder geschieden worden ist, wenn ihr der Versicherte zur Zeit seines Todes Unterhalt (einen Unterhaltsbeitrag) auf Grund eines gerichtlichen Urteiles, eines gerichtlichen Vergleiches oder einer vor Auflösung (Nichtigklärung) der Ehe eingegangenen, vertraglichen Verpflichtung zu leisten hatte, und zwar sofern und solange die Frau nicht eine neue Ehe geschlossen hat. Diese Witwenrente wird mit dem Betrag gewährt, der dem gegen den Versicherten zur Zeit seines Todes bestehenden Anspruch auf Unterhalt (Unterhaltsbeitrag) entspricht; sie darf 20 v. H. der Bemessungsgrundlage des Versicherten jährlich nicht übersteigen. Eine vertraglich oder durch gerichtlichen Vergleich übernommene Erhöhung des Unterhaltes (Unterhaltsbeitrages) bleibt außer Betracht, wenn seit dem Abschluß des Vertrages (Vergleiches) bis zum Tod nicht mindestens ein Jahr vergangen ist.

(4) Im Falle der Wiederverheiratung wird die Witwenrente mit dem fünffachen Jahresbetrag der nach Abs. 1 gebührenden Witwenrente abgefertigt.

(5) Wird die neueingegangene Ehe durch Tod des Ehegatten oder durch Scheidung oder Aufhebung aufgelöst oder für nichtig erklärt, ohne daß die Scheidung oder Aufhebung aus dem alleinigen oder überwiegenden Verschulden der Ehegattin erfolgt oder ohne daß bei Nichtigklärung der Ehe die Ehegattin als schuldig anzusehen ist und steht ihr aus dieser Ehe kein Anspruch auf eine mit der Witwenrente aus der früheren Ehe gleichwertige Versorgung (Witwenrente aus gesetzlicher Versicherung, Versorgungsgenuß seitens des Dienstgebers oder einer von diesem unterhaltenen Versorgungseinrichtung, Unterhalt seitens des Ehegatten oder dergleichen) zu, so lebt der Anspruch auf die Witwenrente aus der früheren Ehe wieder auf, und zwar mit dem der Auflösung (Nichtigklärung) der zweiten Ehe folgenden Monatsersten, frühestens jedoch mit dem Monatsersten, der dem Ablauf von fünf Jahren nach dem seinerzeitigen Wegfall der Rente folgt.

Witwerrente.

§ 216. Dem Witwer einer Versicherten, deren Tod durch einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit verursacht wurde, gebührt eine Witwerrente von jährlich 40 v. H. der Bemessungsgrundlage, wenn die Ehegattin seinen Lebensunterhalt überwiegend bestritten hat und er im Zeitpunkt des Todes erwerbsunfähig und bedürftig ist, solange die beiden letzten Voraussetzungen zutreffen.

Eheschließung nach dem Eintritt des Versicherungsfalles.

§ 217. Die Witwe (der Witwer) hat keinen Anspruch auf Rente, wenn die Ehe erst nach dem Eintritt des Versicherungsfalles geschlossen worden und der Tod innerhalb des ersten Jahres der Ehe eingetreten ist, es sei denn,

1. daß in dieser Ehe ein Kind geboren oder durch die Ehe legitimiert wurde oder
2. daß die Witwe sich im Zeitpunkt des Todes des Versicherten erwiesenermaßen im Zustand der Schwangerschaft befunden hat.

Waisenrente.

§ 218. (1) Den im § 207 Abs. 2 angeführten Kindern des Versicherten, dessen Tod durch einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit verursacht wurde, gebührt bis zum vollendeten 18. Lebensjahr eine Waisenrente; § 207 Abs. 4 ist entsprechend anzuwenden.

(2) Nach dem Tode einer versicherten Ehegattin wird ihrem Kinde, das ein eheliches Kind des hinterbliebenen Ehegatten ist oder dessen rechtliche Stellung hat, eine Waisenrente nur gewährt, wenn die Verstorbene den Unterhalt des Kindes überwiegend bestritten hat.

(3) Die Waisenrente beträgt für jedes einfache verwaiste Kind jährlich 20 v. H., für jedes doppelt verwaiste Kind jährlich 30 v. H. der Bemessungsgrundlage.

(4) Treffen für dasselbe Kind die Voraussetzungen für mehrere Waisenrenten zu, so wird nur die höchste gewährt.

Eltern- und Geschwisterrente.

§ 219. (1) Bedürftige Eltern (Großeltern) und unversorgte Geschwister des Versicherten, dessen Tod durch einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit verursacht wurde, haben Anspruch auf eine Rente von zusammen jährlich 20 v. H. der Bemessungsgrundlage, wenn der Versicherte zum Lebensunterhalt dieser Personen aus seinem Arbeitsverdienst wesentlich beigetragen hat.

(2) Eltern (Großeltern) und Geschwistern gebührt eine Rente nur insoweit, als die Witwen- (Witwer)rente und die Waisenrenten den Höchstbetrag der Hinterbliebenenrenten (§ 220) nicht erschöpfen. Der Anspruch der Eltern geht dem der Großeltern, der Anspruch der Großeltern dem der Geschwister vor.

(3) Den Eltern (Großeltern) gebührt die Rente für die Dauer ihrer Bedürftigkeit, den unversorgten Geschwistern bis zum vollendeten 18. Lebensjahr. § 207 Abs. 4 ist entsprechend anzuwenden.

Höchstausmaß der Hinterbliebenenrenten.

§ 220. Mehrere gleichzeitig gebührende Witwenrenten dürfen zusammen 40 v. H. der Bemessungs-

ungsgrundlage nicht übersteigen und sind innerhalb dieses Höchstausmaßes verhältnismäßig zu kürzen. Alle Hinterbliebenenrenten dürfen zusammen 80 v. H. der Bemessungsgrundlage nicht übersteigen und sind innerhalb dieses Höchstausmaßes verhältnismäßig zu kürzen.

VIERTER TEIL.

Pensionsversicherung.

ABSCHNITT I.

Gemeinsame Bestimmungen.

Aufgaben und Gliederung der Pensionsversicherung.

§ 221. Die Pensionsversicherung trifft in ihren Zweigen der Pensionsversicherung der Arbeiter, der Pensionsversicherung der Angestellten und der knappschaftlichen Pensionsversicherung Vorsorge für die Versicherungsfälle des Alters, der geminderten Arbeitsfähigkeit (Invalidität, Berufsunfähigkeit, Dienstunfähigkeit), des Todes und der Eheschließung sowie für die Gesundheitsfürsorge.

Leistungen der Pensionsversicherung.

§ 222. (1) In der Pensionsversicherung der Arbeiter und in der Pensionsversicherung der Angestellten sind zu gewähren:

1. aus dem Versicherungsfall des Alters die Altersrente (§§ 253, 270);
2. aus den Versicherungsfällen der geminderten Arbeitsfähigkeit

- a) bei Invalidität die Invaliditätsrente aus der Pensionsversicherung der Arbeiter (§ 254),
- b) bei Berufsunfähigkeit die Berufsunfähigkeitsrente aus der Pensionsversicherung der Angestellten (§ 271);

3. aus dem Versicherungsfall des Todes

- a) die Hinterbliebenenrenten (§§ 257, 270),
- b) die Abfindung (§§ 269, 270);

4. aus dem Versicherungsfall der Eheschließung der Ausstattungsbetrag (§§ 268, 270).

(2) In der knappschaftlichen Pensionsversicherung sind zu gewähren:

1. aus dem Versicherungsfall des Alters

- a) der Knappschaftssold (§ 275),
- b) die Knappschaftsaltersrente (§ 276);

2. aus den Versicherungsfällen der geminderten Arbeitsfähigkeit

- a) bei Dienstunfähigkeit die Knappschaftsrente (§ 277),
- b) bei Invalidität die Knappschaftsvollrente (§ 279);

3. aus dem Versicherungsfall des Todes

- a) die Hinterbliebenenrenten (§ 282),
- b) die Abfindung (§ 291);

4. aus dem Versicherungsfall der Eheschließung der Ausstattungsbeitrag (§ 290);

5. aus einem der Versicherungsfälle nach Z. 1 bis 3 auch das Bergmannstreuegeld (§ 281).

(3) Aus allen Zweigen der Pensionsversicherung können überdies Leistungen der Gesundheitsfürsorge (§§ 300 und 301) gewährt werden. Ferner haben die Träger der Pensionsversicherung der Arbeiter und der Pensionsversicherung der Angestellten zur Krankenversicherung der Rentner Beiträge nach Maßgabe der Bestimmungen des § 73 Abs. 1 bis 5 zu entrichten und hat der Träger der knappschaftlichen Pensionsversicherung nach § 73 Abs. 6 den Aufwand für die Krankenversicherung der Rentner zu tragen.

Eintritt des Versicherungsfalles.

§ 223. (1) Der Versicherungsfall gilt als eingetreten:

1. bei Leistungen aus dem Versicherungsfall des Alters mit der Erreichung des Anfallsalters;
2. bei Leistungen aus den Versicherungsfällen geminderter Arbeitsfähigkeit, und zwar
 - a) im Falle dauernder Invalidität, Berufsunfähigkeit oder Dienstunfähigkeit mit deren Eintritt, wenn aber dieser Zeitpunkt nicht feststellbar ist, mit der Antragstellung;
 - b) im Falle vorübergehender Invalidität, Berufsunfähigkeit oder Dienstunfähigkeit mit dem Ablauf der 26. Woche ihres Bestandes, wobei Zeiträume einer auf der gleichen Ursache beruhenden Invalidität, Berufsunfähigkeit oder Dienstunfähigkeit zusammenzurechnen sind, wenn diese Zeiträume nicht mehr als vier Monate auseinander liegen;
 - c) im Falle der Invaliditätsrente, Berufsunfähigkeitsrente oder der Knappschaftsvollrente, die der versicherten Ehegattin nach Vollendung ihres 55. Lebensjahres und nach dem Tode ihres Gatten gewährt wird (§§ 254 Abs. 2, 271 Abs. 2 und 279 Abs. 2), mit dem Tode des Ehegatten, wenn dieser nach Erreichung des Anfallsalters der Ehegattin liegt, sonst mit der Erreichung dieses Alters;
3. bei Leistungen aus dem Versicherungsfall des Todes mit dem Tod;
4. bei Leistungen aus dem Versicherungsfall der Eheschließung mit der Eheschließung.

(2) Stichtag für die Feststellung, ob, in welchem Zweige der Pensionsversicherung und in welchem Ausmaße eine Leistung gebührt, ist der Eintritt des Versicherungsfalles, wenn er auf einen Monatsersten fällt, sonst der dem Eintritt des Versicherungsfalles folgende Monatserste. Wird jedoch der Antrag auf eine Leistung nach Abs. 1 Z. 1, 2 oder 4 erst nach Eintritt des Versiche-

rungfalles gestellt, so ist Stichtag für diese Feststellung der Zeitpunkt der Antragstellung, wenn er auf einen Monatsersten fällt, sonst der dem Zeitpunkt der Antragstellung folgende Monatserste.

Versicherungszeiten.

§ 224. Unter Versicherungszeiten sind die in den §§ 225 und 226 angeführten Beitragszeiten und die in den §§ 227, 228 und 229 angeführten Ersatzzeiten zu verstehen.

Beitragszeiten nach dem Inkrafttreten dieses Bundesgesetzes.

§ 225. (1) Als Beitragszeiten aus der Zeit nach dem 30. September 1955 sind anzusehen:

1. Zeiten einer Beschäftigung als Dienstnehmer, wenn sie die Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung nach § 4 oder § 7 begründet, und zwar:

- a) wenn die Anmeldung zur Versicherung binnen sechs Monaten nach Beginn der Beschäftigung erstattet worden ist, vom Tage des Beginnes der Beschäftigung an,
- b) sonst von dem Tag an, an dem die Anmeldung beim Versicherungsträger eingelangt oder die Pflichtversicherung ohne vorhergehende Anmeldung bescheidmäßig festgestellt worden ist; die vor diesem Tag in einer die Pflichtversicherung begründenden Beschäftigung zurückgelegten Zeiten gelten als Beitragszeiten nur, soweit die Beiträge für diese Zeiten innerhalb von vier Jahren nach Fälligkeit wirksam (§ 230) entrichtet worden sind;

2. Zeiten einer selbständigen Erwerbstätigkeit, wenn die Erwerbstätigkeit die Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung begründet, sofern die Beiträge innerhalb von zwei Jahren nach Fälligkeit wirksam (§ 230) entrichtet worden sind;

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

4. Zeiten einer versicherungsfreien Beschäftigung, für die nach ihrer Beendigung auf Grund gesetzlicher Vorschrift ein Überweisungsbetrag entrichtet worden ist.

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

(3) In Fällen besonderer Härte kann das Bundesministerium für soziale Verwaltung auch Beiträge, die für Zeiten nach Abs. 1 Z. 1 nach Ablauf

von vier Jahren seit ihrer Fälligkeit entrichtet worden sind, als wirksam entrichtet anerkennen, sofern nicht § 230 entgegensteht.

(4) Die Beitragszeiten werden in dem Zweige der Pensionsversicherung erworben, in dem die Beschäftigung (Erwerbstätigkeit) die Pflichtversicherung begründete (Abs. 1 Z. 1 und 2) oder zu dem die Beiträge beziehungsweise der Überweisungsbetrag entrichtet wurden (Abs. 1 Z. 3 und 4).

Beitragszeiten vor dem Inkrafttreten dieses Bundesgesetzes.

§ 226. (1) Beitragszeiten aus der Zeit vor dem 1. Jänner 1956 sind die Zeiten, die als Beitragszeiten nach den am 31. Dezember 1955 in Geltung gestandenen Vorschriften anerkannt waren; hiezu gehören auch die vor dem 1. Jänner 1919 in der ehemaligen österreichischen Angestellten(Pensions)versicherung erworbenen durch zwischenstaatliche Übereinkommen dem Versicherungsträger eines anderen Staates zugewiesenen Beitragszeiten unter den Voraussetzungen des § 127 Abs. 2 des Angestelltenversicherungsgesetzes 1928, BGBl. Nr. 232/1928, und des § 346 Abs. 1 Z. 2 lit. d des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes 1938, BGBl. Nr. 1/1938, dagegen nicht die in § 228 Abs. 1 Z. 2 bezeichneten Zeiten; Bestimmungen in den am 31. Dezember 1955 in Geltung gestandenen Vorschriften, nach denen Beitragszeiten nicht im vollen tatsächlichen Ausmaß auf die Wartezeit oder für die Bemessung der Leistungen anzurechnen sind, bleiben außer Betracht. Beitragszeiten vor dem 10. April 1945 werden hiebei — unbeschadet anderer zwischenstaatlicher Regelung — als Beitragszeiten nur anerkannt, wenn sie erworben worden sind:

1. in der österreichischen Sozialversicherung für einen Zeitraum vor Einführung der reichsrechtlichen Sozialversicherung in Österreich oder
2. in der reichsrechtlichen Sozialversicherung für einen Zeitraum nach deren Einführung in Österreich, sofern bei Pflichtversicherung der Beschäftigungsort, bei freiwilliger Versicherung der Wohnort im Gebiete der Republik Österreich lag oder
3. in der reichsrechtlichen Sozialversicherung nach dem 12. März 1938 außerhalb des Gebietes der Republik Österreich, sofern der Versicherte unmittelbar vor dem 13. März 1938 seinen ordentlichen Wohnsitz im Gebiete der Republik Österreich gehabt hat und zu den Personen gehört, die gemäß § 1, § 2 oder § 2 a des Staatsbürgerschafts-Überleitungsgesetzes 1949, BGBl. Nr. 276, die österreichische Staatsbürgerschaft besitzen.

(2) Nach dem 31. Dezember 1955 können für eine vorher gelegene Zeit Beitragszeiten noch insoweit erworben werden, als für diese Zeit

nach den für sie in Geltung gestandenen oder nachträglich für sie getroffenen Bestimmungen Beiträge zu entrichten gewesen wären oder hätten entrichtet werden können und eine wirksame Entrichtung solcher Beiträge bei entsprechender Anwendung der Bestimmungen dieses Bundesgesetzes noch zulässig ist. § 48 ist entsprechend anzuwenden.

(3) Bei Anwendung der Abs. 1 und 2 gelten Beitragszeiten

1. der Invalidenversicherung nach der Reichsversicherungsordnung als Beitragszeiten der Pensionsversicherung der Arbeiter,
2. der ehemaligen österreichischen Angestellten(Pensions)versicherung und der Angestelltenversicherung nach dem Reichsangestelltenversicherungsgesetz als Beitragszeiten der Pensionsversicherung der Angestellten,
3. der ehemaligen österreichischen Provisionsversicherung der Bergarbeiter und Zeiten vollberechtigter Mitgliedschaft bei einer Bruderlade, ferner die Beitragszeiten der knappschaftlichen Pensionsversicherung nach dem Reichsknappschaftsgesetz und der knappschaftlichen Rentenversicherung nach der Verordnung über die Neuregelung der Rentenversicherung im Bergbau vom 4. Oktober 1942, DRGBl. I S. 509, als Beitragszeiten der knappschaftlichen Pensionsversicherung.

Ersatzzeiten nach dem Inkrafttreten dieses Bundesgesetzes.

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

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

2. die Zeiten einer aus dem zweiten Weltkrieg herrührenden Kriegsgefangenschaft (Zivilinternierung) und der Heimkehr aus ihr nach Maßgabe der entsprechend anzuwendenden Vorschriften des § 228 Abs. 1 Z. 1.

Ersatzzeiten allgemeiner Art aus der Zeit vor dem Inkrafttreten dieses Bundesgesetzes.

§ 228. (1) Als Ersatzzeiten aus der Zeit vor dem 1. Jänner 1956 gelten

1. in dem Zweig der Pensionsversicherung, in dem die letzte vorangegangene Beitrags- oder Ersatzzeit vorliegt, Zeiten, in denen ein Versicherter, der am Stichtage (§ 223 Abs. 2) die österreichische Staatsbürgerschaft besitzt,

- a) während des ersten oder zweiten Weltkrieges Kriegsdienst oder einen nach den jeweils in Geltung gestandenen Vorschriften dem Kriegsdienst für die Berücksichtigung in der Rentenversicherung gleichgehaltenen Not- oder Luftschutzdienst geleistet oder sich in Kriegsgefangenschaft befunden hat,
- b) eine Wehr- oder Arbeitsdienstpflicht nach den jeweils in Geltung gestandenen Vorschriften erfüllt hat;

diese Zeiten gelten jedoch nur dann als Ersatzzeiten, wenn die letzte Beitrags- oder Ersatzzeit dem Beginn der Dienstleistung (Dienstpflicht) nicht mehr als drei Jahre vorangeht; soweit die Zeiten der Dienstleistung (Kriegsgefangenschaft, Dienstpflicht) vor dem 1. Juli 1927 liegen und vorher nur eine zu einem Sechstel für die Wartezeit zählende Ersatzzeit liegt, zählen auch sie für die Wartezeit nur mit einem Sechstel ihres Ausmaßes;

2. in dem Zweige der Pensionsversicherung, zu dem nach § 114 Abs. 4 des Sozialversicherungs-Überleitungsgesetzes 1953, BGBl. Nr. 99/1953, in der Fassung der 3. Novelle, BGBl. Nr. 165/1954, oder nach § 31 des 1. Sozialversicherungs-Neuregelungsgesetzes, BGBl. Nr. 86/1952, in der Fassung des Bundesgesetzes, BGBl. Nr. 166/1954, oder nach § 502 Abs. 4 Beiträge nachentrichtet worden sind, die durch diese Beiträge gedeckten Zeiten mit den Beschränkungen des § 251;

3. in dem Zweige der Pensionsversicherung, in dem die erste nachfolgende Beitragszeit vorliegt, Zeiten der im § 227 Z. 1 angegebenen Art nach Maßgabe der entsprechend anzuwendenden Vorschriften des § 227 Z. 1;

4. in dem Zweige der Pensionsversicherung, in dem die letzte vorangegangene Beitrags- oder Ersatzzeit vorliegt, Zeiten, während derer der Versicherte infolge einer Freiheitsbeschränkung — außer auf Grund eines Tatbestandes, der nach den österreichischen Gesetzen strafbar ist oder strafbar wäre, wenn er im Inland gesetzt wäre — an der Verfügung über seine Arbeitskraft gehindert gewesen ist. Diese Zeiten gelten jedoch nur dann als Ersatzzeiten, wenn die letzte Beitrags- oder Ersatzzeit dem Beginn der Behinderung nicht mehr als drei Jahre vorangeht.

(2) Zur Kriegsgefangenschaft im Sinne des Abs. 1 Z. 1 lit. a zählt auch die Heimkehr aus ihr, soweit die Zeit nicht überschritten ist, die der Einberufene bei Berücksichtigung aller

Zwischenfälle benötigte, um an seinen letzten Wohnort vor der Einberufung zurückzukehren. Der Kriegsgefangenschaft ist eine während des Krieges verfügte Zivilinternierung gleichzuhalten.

Ersatzzeiten für einzelne Zweige der Pensionsversicherung aus der Zeit vor dem Inkrafttreten dieses Bundesgesetzes.

§ 229. Als Ersatzzeiten aus der Zeit vor dem 1. Jänner 1956 gelten in dem nachstehend angeführten Zweige der Pensionsversicherung:

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

- a) Zeiten einer Beschäftigung als Arbeiter im Gebiete der Republik Österreich, die nach dem Stande der österreichischen Vorschriften am 31. Dezember 1938 die Krankenversicherungspflicht begründet hat oder begründet hätte,
- b) Zeiten einer Beschäftigung als Arbeiter im Gebiete der Republik Österreich, die nach dem Stande der österreichischen Vorschriften am 31. Dezember 1938 krankenversicherungsfrei war, weil dem Arbeiter den gesetzlichen Leistungen der Sozialversicherung gleichwertige Leistungen des Dienstgebers oder einer Fürsorgeeinrichtung des Dienstgebers gesichert waren, sofern nach dem Ausscheiden aus dem Beschäftigungsverhältnis keine Versorgungsleistung anfiel,
- c) Zeiten des Militärdienstes als länger dienende Mannschaftsperson oder zeitverpflichteter Unteroffizier des ehemaligen österreichischen Bundesheeres, sofern nach dem Ausscheiden aus dem Dienstverhältnis kein Anspruch auf einen Versorgungsbezug anfiel;

diese Zeiten zählen für die Erfüllung der Wartezeit mit der vollen zurückgelegten Dauer, soweit sie jedoch vor dem 1. Juli 1927 liegen, nur zu einem Sechstel; für die Bemessung der Leistungen gelten — ohne Rücksicht auf die tatsächliche Dauer und Lagerung dieser Zeiten — in jedem zwischen der Vollendung des 15. Lebensjahres und dem 1. Jänner 1939 liegenden vollen Kalenderjahre

bei Versicherten der Geburtsjahrgänge

bis 1905 8 Monate,

bei Versicherten der Geburtsjahrgänge

1906 bis 1916 7 Monate,

bei Versicherten der Geburtsjahrgänge

1917 und später 6 Monate

an Ersatzzeit als erworben; die sich hienach ergebende Versicherungszeit vermindert sich um die Dauer anderer Versicherungszeiten und von Zeiten selbständiger Erwerbstätigkeit aus dem Zeitraum vor dem 1. Jänner 1939, höchstens jedoch um 8 beziehungsweise 7 beziehungsweise 6 Monate für jedes Kalenderjahr;

2. in der Pensionsversicherung der Angestellten die vor dem 1. Juli 1927 und nach der Vollendung des 15. Lebensjahres gelegenen Zeiten, die nach dem Stande der Vorschriften am 1. Juli 1927 die Pflichtversicherung in der Angestellten(Pensions)versicherung begründet hätten, wobei die Vorschrift, daß die Versicherungspflicht frühestens mit der Vollendung des 17. Lebensjahres beginnt, außer Betracht bleibt; jedoch gelten Ersatzzeiten dieser Art ohne Rücksicht auf ihre Dauer und zeitliche Lagerung in einem solchen Ausmaß als erworben, daß sie zusammen mit den Beitragszeiten aus dem Zeitraum vor dem 1. Jänner 1939 das Ausmaß an Ersatzzeiten erreichen, das sich bei Anwendung der Z. 1 für diesen Zeitraum ergäbe, höchstens jedoch im Ausmaß der vollen kalendermäßigen Zeit vom vollendeten 15. Lebensjahr bis zum 30. Juni 1927; diese Zeiten zählen für die Erfüllung der Wartezeit zu einem Sechstel, für die Bemessung der Leistungen in der oben angegebenen Dauer;

3. in der knappschaftlichen Pensionsversicherung

- a) die Zeiten, die vor dem 1. Jänner 1939 in einer nach den Vorschriften der Provisionsversicherung der Bergarbeiter (Bruderladenprovisionsversicherung) versicherungspflichtigen Beschäftigung in dem Gebiete der Republik Österreich als Arbeiter zurückgelegt worden sind,
- b) Zeiten der Beschäftigung als Arbeiter, die in einem im Gebiete der Republik Österreich gelegenen Betriebe seit dem Jahre 1924 bis zu der spätestens am 31. Dezember 1955 erfolgten Einbeziehung der Dienstnehmer dieses Betriebes in die knappschaftliche Rentenversicherung zurückgelegt worden sind.

Unwirksame Beiträge.

§ 230. (1) Beiträge, die nach dem Stichtage (§ 223 Abs. 2) für einen anderen Beitragszeitraum als den letzten dem Stichtag zeitlich unmittelbar vorangehenden entrichtet werden, sind für die Leistung aus dem eingetretenen Versicherungsfall unwirksam.

(2) Abs. 1 ist nicht auf Beiträge für Zeiträume anzuwenden, für welche die Versicherungspflicht oder die Berechtigung zur freiwilligen Versicherung erst nach dem Stichtag (§ 223 Abs. 2) in einem schon vorher eingeleiteten Verfahren festgestellt wurde. Er ist auch nicht für Überweisungsbeträge nach § 311 Abs. 1 anzuwenden.

Versicherungsmonate, Begriff.

§ 231. Zur Feststellung der Leistungen aus der Pensionsversicherung, der Überweisungsbeträge nach § 308 und der Beitragsrückerstattung nach § 314 sind die Versicherungszeiten in Versicherungsmonate in folgender Weise zusammenzufassen:

1. Jeder Kalendermonat, in dem mindestens Versicherungszeiten in der Dauer von 15 Tagen oder zwei ganze Beitragswochen, für die der Beitrag nach Beitragsklassen berechnet worden ist, oder eine solche Beitragswoche und acht Tage an sonstigen Versicherungszeiten liegen, ist ein Versicherungsmonat.

2. Liegen in einem Kalendermonat nicht Versicherungszeiten in dem in Z. 1 angegebenen Mindestausmaß vor, so sind diese Versicherungszeiten solchen in den nachfolgenden Kalendermonaten, die nicht schon nach Z. 1 Versicherungsmonate sind, solange zuzuschlagen, bis in einem Kalendermonat Versicherungszeiten in dem in Z. 1 angegebenen Mindestausmaß vorliegen. Dieser Kalendermonat ist sodann Versicherungsmonat.

Hiebei ist von Versicherungszeiten, die sich zeitlich decken, nur eine zu zählen, wobei eine Beitragszeit der Pflichtversicherung einer Ersatzzeit oder einer Beitragszeit der freiwilligen Versicherung, eine Ersatzzeit einer Beitragszeit der freiwilligen Versicherung und von Versicherungszeiten gleicher Art diejenige vorangeht, welche die höhere der unter entsprechender Anwendung der §§ 243 und 244 ermittelten Beitragsgrundlagen aufweist. Die Bestimmungen des § 244 Abs. 2 und des § 249 Abs. 1 bleiben hievon unberührt.

Versicherungsmonate, Arten.

§ 232. (1) Der einzelne Versicherungsmonat gilt als Beitragsmonat der Pflichtversicherung, als Beitragsmonat der freiwilligen Versicherung oder als Ersatzmonat, je nachdem Beitragszeiten der Pflichtversicherung, Beitragszeiten der freiwilligen Versicherung oder Ersatzzeiten in dem betreffenden Monat das zeitliche Übergewicht haben. Hat keine der in dem Versicherungsmonat liegenden Arten von Versicherungszeiten das zeitliche Übergewicht, so bestimmt sich die Art des Versicherungsmonates nach der im § 231 vorletzter Satz angegebenen Reihenfolge.

(2) Abs. 1 erster Satz ist entsprechend bei der Feststellung anzuwenden, welchem Zweige der Pensionsversicherung ein Versicherungsmonat zugehört. Haben die Versicherungszeiten keines beteiligten Zweiges der Pensionsversicherung das zeitliche Übergewicht, so bestimmt sich die Zugehörigkeit des Versicherungsmonates zu einem Zweige der Pensionsversicherung nach folgender Reihenfolge: knappschaftliche Pensionsversicherung, Pensionsversicherung der Angestellten, Pensionsversicherung der Arbeiter.

(3) Abs. 1 erster Satz ist auch entsprechend anzuwenden, wenn festzustellen ist, bei welchem der mehreren Träger der Pensionsversicherung der Arbeiter ein Versicherungsmonat erworben ist. Hiebei gelten als erworben

- a) Beitragszeiten vor dem 1. Jänner 1948 bei dem Träger der Pensionsversicherung der Arbeiter, der für die damals ausgeübte

- Beschäftigung nach den Vorschriften dieses Bundesgesetzes zuständig gewesen wäre,
- b) Ersatzzeiten nach § 229 Z. 1 bei dem Träger der Pensionsversicherung, der für die während der Ersatzzeit ausgeübte Beschäftigung nach den Vorschriften dieses Bundesgesetzes zuständig gewesen wäre,
- c) Ersatzzeiten nach § 228 Abs. 1 Z. 1 bei dem Träger der Pensionsversicherung der Arbeiter, bei dem die letzte vorangegangene Versicherungszeit erworben worden ist,
- d) Ersatzzeiten nach § 228 Abs. 1 Z. 3 bei dem Träger der Pensionsversicherung der Arbeiter, bei dem die erste nachfolgende Beitragszeit erworben worden ist oder als erworben gilt.

Haben die bei keinem der beteiligten Träger der Pensionsversicherung der Arbeiter erworbenen Versicherungszeiten das zeitliche Übergewicht, so ist der Monat in folgender Reihenfolge zuzuweisen: Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter, Land- und Forstwirtschaftliche Sozialversicherungsanstalt, Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen.

Anrechenbarkeit der Versicherungsmonate.

§ 233. (1) Versicherungsmonate der Pensionsversicherung aus der Zeit nach dem 31. Dezember 1938 sind anrechenbar, wenn sie in den Anrechnungszeitraum fallen. Unter dem Anrechnungszeitraum ist der längste unmittelbar vor dem Stichtag (§ 223 Abs. 2), jedoch nach dem 31. Dezember 1938 gelegene Zeitraum zu verstehen, der mindestens zur Hälfte durch Versicherungsmonate gedeckt ist. Hierbei sind die in allen Zweigen der Pensionsversicherung erworbenen Versicherungsmonate zu berücksichtigen.

(2) Die vor dem 1. Jänner 1939 gelegenen Versicherungsmonate sind anrechenbar, wenn der Anrechnungszeitraum bis zum 1. Jänner 1939 zurückreicht.

(3) Bei Anwendung des Abs. 1 bleiben neutrale Monate (§ 234) außer Betracht.

Neutrale Monate.

§ 234. (1) Als neutral sind folgende Zeiten anzusehen, die nicht Versicherungszeiten sind:

1. die Zeit zwischen dem Eintritt des Versicherungsfalles, wenn jedoch der Antrag auf eine Leistung nach § 223 Abs. 1 Z. 1, 2 oder 4 erst nach Eintritt des Versicherungsfalles gestellt wird, zwischen dem Zeitpunkt der Antragstellung und dem Stichtag (§ 223 Abs. 2);

2. Zeiten, während derer der Versicherte einen bescheidmäßig zuerkannten Anspruch auf eine Leistung aus dem Versicherungsfall des Alters oder aus einem Versicherungsfall der ge-

minderten Arbeitsfähigkeit oder eine Verletztenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung auf Grund einer Erwerbsfähigkeitseinbuße von mindestens 50 v. H. hatte, es sei denn, daß der Anspruch wegen Verbüßung einer Freiheitsstrafe oder einer Anhaltung im Sinne des § 89 Abs. 1 Z. 1 ruhte;

3. die Zeit, die zwischen der Erfüllung der Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Leistung aus dem Versicherungsfall des Alters und der Antragstellung auf die Leistung liegt;

4. Zeiten eines Dienstes (einer Dienstpflicht) der im § 228 Abs. 1 Z. 1 lit. a und b bezeichneten Art, jedoch nur für Personen, die am Stichtage (§ 223 Abs. 2) die österreichische Staatsbürgerschaft besitzen;

5. Zeiten, während derer der Versicherte Krankengeld (Wochengeld) auf Grund gesetzlicher Versicherung bezog, ferner Zeiten einer auf Grund gesetzlicher Versicherung oder der gesetzlichen Fürsorge für die Opfer des Krieges oder des Kampfes um ein freies demokratisches Österreich gewährten Anstalts(Heilstätten)pflge und nach dem 31. Dezember 1945 gelegene Zeiten einer auf Krankheit gegründeten Arbeitsunfähigkeit arbeitsloser als solcher nicht krankenversicherter Personen;

6. Zeiten, während derer der Versicherte wegen Arbeitslosigkeit eine Geldleistung aus der Arbeitslosenversicherung (Arbeitslosenfürsorge) bezog oder nach dem 31. Dezember 1945 als arbeitslos gemeldet war, jedoch vom Bezug einer solchen Geldleistung aus einem anderen Grund als wegen Arbeitsunwilligkeit, Auflösung des Dienstverhältnisses durch eigenes Verschulden, freiwilliger Lösung des Dienstverhältnisses ohne triftigen Grund oder Unterlassung der Kontrollmeldung ausgeschlossen war;

7. Zeiten nach dem vollendeten 62., bei Frauen nach dem vollendeten 57. Lebensjahre, während derer weder eine unselbständige Erwerbstätigkeit noch eine den notwendigen Lebensunterhalt sichernde selbständige Erwerbstätigkeit ausgeübt wurde, sofern innerhalb der letzten zwölf Monate vor diesen Zeiten mindestens fünf Beitragsmonate in der Pensionsversicherung auf Grund einer nach § 1 Abs. 2 lit. c, d oder e des Arbeitslosenversicherungsgesetzes, BGBl. Nr. 184/1949, in der jeweils geltenden Fassung, arbeitslosenversicherungsfreien Beschäftigung erworben worden sind;

8. Zeiten einer Beschäftigung als Dienstnehmer in der Zeit zwischen dem 1. Jänner 1939 und dem 31. Dezember 1955, die von Gesetzes wegen rentenversicherungsfrei gewesen sind, für die aber nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes Pensionsversicherungspflicht gegeben wäre;

9. Zeiten einer Untersuchungshaft, wenn das strafgerichtliche Verfahren gemäß § 90 oder § 109 der Strafprozeßordnung eingestellt worden ist oder mit einem Freispruche geendet hat.

(2) Die neutralen Zeiten sind als neutrale Monate zu erfassen. Neutraler Monat ist jeder Kalendermonat, in dem mindestens 15 Tage neutraler Zeiten liegen und der nicht Versicherungsmonat ist. Neutrale Zeiten verschiedener Art, die sich zeitlich decken, sind nur einfach zu zählen.

Allgemeine Voraussetzungen der Leistungsansprüche.

§ 235. (1) Der Anspruch auf jede der im § 222 Abs. 1 und 2 angeführten Leistungen mit Ausnahme der Abfindung nach § 269 Abs. 1 Z. 1 ist — abgesehen von den in den Abschnitten II bis IV festgesetzten besonderen Voraussetzungen — an die allgemeinen Voraussetzungen geknüpft, daß die Wartezeit (§ 236) und die Dritteldeckung (§ 237) durch Versicherungsmonate im Sinne des Abs. 2 erfüllt sind.

(2) Für die Erfüllung der Wartezeit und der Dritteldeckung sind die anrechenbaren Versicherungsmonate aller Zweige der Pensionsversicherung, bei der Knappschaftsrente und dem Knappschaftssold jedoch nur die anrechenbaren Versicherungsmonate der knappschaftlichen Pensionsversicherung, beim Knappschaftssold außerdem die anrechenbaren Beitragsmonate der ehemaligen österreichischen Angestellten(Pensions)versicherung zu berücksichtigen, während derer wesentlich bergmännische oder ihnen gleichzuhaltende Arbeiten (§ 236 Abs. 3) verrichtet worden sind.

(3) Die allgemeinen Voraussetzungen entfallen für eine Leistung aus einem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit oder aus dem Versicherungsfall des Todes, wenn der Versicherungsfall die Folge eines Arbeitsunfalles (§§ 175 und 176) oder einer Berufskrankheit (§ 177) ist, die bei einem unfallversicherten Dienstnehmer oder einer unfallversicherten dem Dienstnehmer nach § 4 Abs. 3 gleichgestellten Person eingetreten sind.

Wartezeit.

§ 236. (1) Die Wartezeit ist erfüllt, wenn am Stichtag (§ 223 Abs. 2) Versicherungsmonate im Sinne des § 235 Abs. 2 in folgender Mindestzahl vorliegen:

1. für eine Leistung aus einem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit sowie aus dem Versicherungsfall des Todes oder der Eheschließung 60 Monate, bei Personen, die erstmalig nach dem vollendeten 50. Lebensjahr und nach dem 31. Dezember 1955 versicherungspflichtig geworden sind, 96 Monate; Beitragsmonate der freiwilligen Versicherung zählen auf diese Wartezeit nur zur Hälfte;

2. für eine Leistung aus dem Versicherungsfall des Alters 180, für den Knappschaftssold 300 Monate.

(2) Für den Knappschaftssold müssen während der für die Erfüllung der Wartezeit erforder-

lichen Versicherungsmonate wenigstens durch 180 Monate wesentlich bergmännische oder ihnen nach Schwere und Gefahr gleichzuhaltende Arbeiten (Abs. 3) verrichtet worden sein. Bei Angestellten müssen für die Knappschaftsrente während der für die Erfüllung der Wartezeit erforderlichen Versicherungsmonate wenigstens durch 30 Monate solche Arbeiten verrichtet worden sein. Als Angestellte sind Personen anzusehen, die, wenn nicht ihre Zugehörigkeit zur knappschaftlichen Pensionsversicherung begründet wäre, nach § 14 zur Pensionsversicherung der Angestellten gehören würden.

(3) Als wesentlich bergmännisch sind Arbeiten anzusehen, die infolge der Natur des Bergbaues mit besonderen Gefahren für die Gesundheit verknüpft sind oder eine vorzeitige Abnutzung der Arbeitskraft zur Folge haben. Welche Arbeiten den wesentlich bergmännischen nach Schwere und Gefahr gleichzuhalten sind, bestimmt das Bundesministerium für soziale Verwaltung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Handel und Wiederaufbau.

Dritteldeckung.

§ 237. (1) Die Dritteldeckung ist gegeben, wenn die letzten 36 Kalendermonate vor dem Stichtag (§ 223 Abs. 2), die nicht neutrale Monate sind, zwölf Versicherungsmonate im Sinne des § 235 Abs. 2 enthalten.

(2) Das Erfordernis der Dritteldeckung entfällt außer in dem Falle des § 235 Abs. 3 auch, wenn die Zeit vom 1. Jänner 1939 oder vom späteren erstmaligen Eintritt in die Versicherung an bis zum Stichtag (§ 223 Abs. 2) nach Ausschaltung der neutralen Monate zu drei Vierteln mit Versicherungsmonaten im Sinne des § 235 Abs. 2 gedeckt ist.

(3) Bei der Knappschaftsrente und dem Knappschaftssold bleiben für die Feststellung der Deckung nach Abs. 1 und 2 neutrale Monate nur außer Betracht, wenn ihnen zuletzt ein Versicherungsmonat der knappschaftlichen Pensionsversicherung vorangeht.

Bemessungsgrundlage.

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

(2) Für die Ermittlung der Bemessungszeit kommen die letzten 60 anrechenbaren Versicherungsmonate aus allen Zweigen der Pensionsversicherung vor dem Bemessungszeitpunkt in Betracht, die nicht zwischen dem 1. Jänner 1947 und dem 30. September 1950 liegen. Bemessungszeitpunkt ist der Stichtag (§ 223 Abs. 2).

(3) Die Bemessungszeit umfaßt die nach Abs. 2 in Betracht kommenden Beitragsmonate der Pflichtversicherung, wenn aber solche nicht oder wenn weniger als 36 solche Monate vorliegen, außerdem die letzten sonstigen nach Abs. 2 in Betracht kommenden Versicherungsmonate bis zu einer Bemessungszeit von 36 Monaten; Beitragsmonate der freiwilligen Versicherung sind hierbei nur zur Hälfte zu zählen. Versicherungsmonate, die auch Zeiten enthalten, während derer Krankengeld, Arbeitslosengeld oder Notstandshilfe aus gesetzlicher Versicherung bezogen wurde oder bei Einbeziehung in eine solche Versicherung hätte bezogen werden können, sind außer Betracht zu lassen.

(4) Die Bemessungsgrundlage darf den Betrag von 2400 S nur übersteigen, wenn und soweit ihn auch die durchschnittliche monatliche Beitragsgrundlage in den letzten 120 anrechenbaren Beitragsmonaten der Pflichtversicherung oder in der vorhandenen geringeren Zahl solcher Monate überschreitet. Abs. 3 letzter Satz ist entsprechend anzuwenden.

Bemessungsgrundlage nach Vollendung des 45. Lebensjahres.

§ 239. (1) Wenn der Versicherungsfall nach Vollendung des 45. Lebensjahres eintritt und es für den Leistungswerber günstiger ist, tritt an Stelle der Bemessungsgrundlage nach § 238 nach Maßgabe des Abs. 3 die Bemessungsgrundlage nach Vollendung des 45. Lebensjahres.

(2) Die Bemessungsgrundlage nach Vollendung des 45. Lebensjahres ist unter entsprechender Anwendung des § 238 Abs. 1 und 4 wie folgt zu ermitteln:

1. Als Bemessungszeitpunkt gilt der nach Vollendung des 45. Lebensjahres des Versicherten liegende Monatserste, an dem erstmalig 60 anrechenbare Beitragsmonate der Pflichtversicherung oder anrechenbare Monate von Ersatzzeiten nach § 227 Z. 2 oder 228 Abs. 1 Z. 1 vorliegen. Zu berücksichtigen sind hierbei nur Versicherungsmonate der bezeichneten Arten, die nicht zwischen dem 1. Jänner 1947 und dem 30. September 1950 liegen.

2. Als Bemessungszeit gelten die letzten 60 vor dem Bemessungszeitpunkt gelegenen anrechenbaren Versicherungsmonate nach Z. 1.

(3) Die nach Abs. 2 ermittelte Bemessungsgrundlage ist nur auf den Grundbetrag und den auf die Zeit bis zum Bemessungszeitpunkt (Abs. 2 Z. 1) entfallenden Steigerungsbetrag und Leistungszuschlag anzuwenden.

Bemessungsgrundlage aus einem früheren Versicherungsfall.

§ 240. Fällt eine Rente innerhalb fünf Jahren nach Wegfall einer anderen nach diesem Bundes-

gesetz festgestellten Rente der Pensionsversicherung an, so tritt, wenn es für den Leistungswerber günstiger ist, an Stelle der sich nach § 238 oder § 239 ergebenden Bemessungsgrundlage für die Bemessung des Grundbetrages und des bis zum Bemessungszeitpunkt der weggefallenen Leistung erworbenen Steigerungsbetrages und Leistungszuschlages die Bemessungsgrundlage, von der diese Leistung bemessen war.

Bemessungsgrundlage bei Nichterfüllung der Wartezeit.

§ 241. Läßt sich in Fällen des § 235 Abs. 3 eine Bemessungsgrundlage nach den §§ 238 bis 240 nicht ermitteln, so ist die Bemessungsgrundlage gleich einem Zwölftel der Bemessungsgrundlage für die Leistungen der Unfallversicherung; Erhöhungen dieser Bemessungsgrundlage nach § 180 sind hierbei zu berücksichtigen.

Berücksichtigung der Beitragsgrundlagen in der Bemessungsgrundlage.

§ 242. (1) Die Bemessungsgrundlage nach den §§ 238 und 239 ist aus den Beitragsgrundlagen der Versicherungsmonate, welche die Bemessungszeit bilden (§§ 238 Abs. 3 und 239 Abs. 2 Z. 2), zu ermitteln. Hierbei sind Beitragsgrundlagen von Beitragsmonaten der freiwilligen Versicherung nur mit dem halben Betrage anzusetzen.

(2) Die Beitragsgrundlage eines Versicherungsmonates ist die Summe der nach den §§ 243 und 244 ermittelten Beitragsgrundlagen der Versicherungszeiten, aus denen der Versicherungsmonat nach § 231 entstanden ist. Eine Höherversicherung hat außer Betracht zu bleiben.

Beitragsgrundlage in normalen Fällen.

§ 243. (1) Beitragsgrundlage ist

1. für nach dem 31. Dezember 1955 gelegene Beitragszeiten die allgemeine Beitragsgrundlage nach den §§ 44 bis 48;

2. für vor dem 1. Jänner 1956 gelegene Beitragszeiten.

a) wenn in den Unterlagen für die Bemessung der Steigerungsbeträge nach bisherigem Recht ein Arbeitsverdienst vorgemerkt ist, dieser Arbeitsverdienst ohne allfällige Sonderzahlungen nach § 11 Abs. 1 zweiter Satz des Rentenbemessungsgesetzes, BGBl. Nr. 151/1954; Arbeitsverdienste aus der Zeit vom 1. Oktober 1950 bis zum 31. Juli 1951 sind hierbei mit dem 1,2fachen Betrage, Arbeitsverdienste aus der Zeit vor dem 1. Jänner 1947 mit dem sechsfachen Betrag anzusetzen; die Beitragsgrundlage darf 60 S für den Kalendertag (1800 S für den Kalendermonat), für Beitragszeiten von der Beitragsperiode

August 1954 an und für Beitragszeiten der knappschaftlichen Pensionsversicherung aus der Zeit vor dem 1. Jänner 1947 jedoch 80 S für den Kalendertag (2400 S für den Kalendermonat) nicht übersteigen;

- b) wenn in den Unterlagen für die Bemessung der Steigerungsbeträge nach bisherigem Recht eine Beitrags(Gehalts)klasse vorgemerkt ist, der in der Anlage 2 angegebene Betrag;
- c) abweichend von lit. a in der Pensionsversicherung der Angestellten für Beitragszeiten vor dem 1. Juli 1927 allgemein bei männlichen Versicherten 50 S, bei weiblichen Versicherten 40 S für den Kalendertag (1500 S beziehungsweise 1200 S für den Kalendermonat);
- d) ebenfalls abweichend von lit. a in der knappschaftlichen Pensionsversicherung für Beitragszeiten der Arbeiter vor dem 1. April 1939 allgemein bei männlichen Versicherten 45 S, bei weiblichen Versicherten 30 S für den Kalendertag (1350 S beziehungsweise 900 S für den Kalendermonat);

3. für Ersatzzeiten

- a) nach § 229 Z. 1 ein Betrag in der Höhe des in der betreffenden Zeit üblichen Arbeitsverdienstes gleichartig Beschäftigter,
- b) nach § 229 Z. 2 der in Z. 2 lit. c angegebene Betrag,
- c) nach § 229 Z. 3 der in Z. 2 lit. d angegebene Betrag;

4. für Ersatzzeiten nach § 227 Z. 2 und nach § 228 Abs. 1 Z. 1 die Beitragsgrundlage, die sich nach Z. 2 oder 3 im Durchschnitt der letzten drei Versicherungsmonate vor dem Beginn dieser Ersatzzeit ergibt und für Ersatzzeiten nach § 227 Z. 1 und nach § 228 Abs. 1 Z. 3 7 S für den Kalendertag (210 S für den Kalendermonat).

(2) Erhöhungen der Beitragsgrundlagen in den letzten zwölf Monaten der Bemessungszeit sind nicht zu berücksichtigen, soweit sie im Durchschnitt 10 v. H. des Durchschnittes der Beitragsgrundlagen in der vorangegangenen Bemessungszeit überschreiten. Diese Erhöhungen sind jedoch zu berücksichtigen, wenn sie auf Grund gesetzlicher Bestimmung, lohngestaltender Vorschriften eines öffentlich-rechtlichen Dienstgebers, eines Kollektivvertrages oder eines spätestens fünf Jahre vor dem Stichtage (§ 223 Abs. 2) geschlossenen Dienstvertrages gebühren.

Beitragsgrundlage in besonderen Fällen.

§ 244. (1) Falls für eine vor dem 1. Jänner 1946 gelegene Versicherungszeit die Unterlagen für die Bemessung der Steigerungsbeträge nach bisherigem Recht nicht vorhanden sind, hat der

Versicherungsträger die Beitragsgrundlagen für Zeiten der Pflichtversicherung nach § 243 Abs. 1 Z. 2 lit. a unter Bedachtnahme auf die damals übliche Höhe der Arbeitsverdienste gleichartig Beschäftigter festzusetzen. Für Zeiten freiwilliger Versicherung gilt in solchen Fällen als Beitragsgrundlage für den Kalendertag 7 S.

(2) Wurde für vor dem 1. Jänner 1956 gelegene Beitragszeiten der Beitrag zur Höherversicherung gemeinsam mit dem Beitrag für die Pflichtversicherung oder für die freiwillige Versicherung in einer Beitrags(Gehalts)klasse entrichtet, so gilt als Beitragsgrundlage der in der Anlage 2 angegebene Betrag, wenn jedoch eine höhere Beitragsklasse vorgemerkt ist, der in dieser Anlage für die höchste Beitrags(Gehalts)klasse angegebene Betrag.

(3) Die Beitragsgrundlagen von Versicherungszeiten, die sich zeitlich decken, werden zusammengerechnet und bis zur Höchstbeitragsgrundlage berücksichtigt. Hierbei gelten als Höchstbeitragsgrundlage für Versicherungszeiten vor dem 1. Jänner 1956 der Höchstbetrag nach § 243 Abs. 1 Z. 2 lit. a.

(4) Für Beitragszeiten der Pflichtversicherung, während derer wegen Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit nur ein Teilentgelt geleistet worden ist, gilt als Beitragsgrundlage das volle Entgelt.

Leistungszugehörigkeit des Versicherten in der Pensionsversicherung.

§ 245. (1) Hat der Versicherte Versicherungsmonate in mehreren Zweigen der Pensionsversicherung erworben, so kommen für ihn die Leistungen des Zweiges in Betracht, dem er leistungszugehörig ist. Die Leistungszugehörigkeit des Versicherten richtet sich für Leistungen aus den im § 221 angeführten Versicherungsfällen nach den Abs. 2 bis 5, für Leistungen der Gesundheitsfürsorge nach dem Abs. 6.

(2) Liegen in den letzten 15 Jahren vor dem Stichtag (§ 223 Abs. 2) nur anrechenbare Versicherungsmonate eines Zweiges der Pensionsversicherung vor, so ist der Versicherte diesem Zweige leistungszugehörig.

(3) Liegen in den letzten 15 Jahren vor dem Stichtag (§ 223 Abs. 2) anrechenbare Versicherungsmonate aus mehreren Zweigen der Pensionsversicherung vor, so ist der Versicherte dem Zweige, in dem die größere oder größte Zahl von Versicherungsmonaten anrechenbar ist, wenn aber die gleiche Zahl von Versicherungsmonaten anrechenbar ist, dem Zweige leistungszugehörig, in dem der letzte anrechenbare Versicherungsmonat vorliegt. Hierbei zählen Versicherungsmonate, die mehr als zehn Jahre vor dem im Abs. 2 angegebenen Zeitpunkt liegen, nur zur Hälfte.

(4) Für die Anwendung der Abs. 2 und 3 zählen neutrale Monate, während derer ein Leistungsanspruch aus dem Versicherungsfall des Alters oder aus einem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit gegeben war, als Versicherungsmonate des Zweiges, aus dem dieser Leistungsanspruch herrührte.

(5) Ein Versicherter, der aus der Pensionsversicherung der Arbeiter zur Pensionsversicherung der Angestellten oder zur knappschaftlichen Pensionsversicherung oder aus der Pensionsversicherung der Angestellten zur knappschaftlichen Pensionsversicherung übergetreten war, ist für eine Leistung aus einem Versicherungsfalle der geminderten Arbeitsfähigkeit oder des Todes, wenn der Versicherungsfall durch einen Arbeitsunfall (§§ 175 und 176) oder eine Berufskrankheit (§ 177) herbeigeführt ist, der (die) nach dem Übertritt eingetreten ist, jedenfalls dem Zweige leistungszugehörig, dem er bei Eintritt des Versicherungsfalles für die Unfallversicherung versicherungszugehörig war.

(6) Für Leistungen der Gesundheitsfürsorge sind Versicherte dem Zweige der Pensionsversicherung, in dem sie zuletzt ununterbrochen durch sechs Monate versichert waren, Rentner dem Zweige leistungszugehörig, aus dem ihnen der Rentenanspruch zusteht. Ist ein Rentner gleichzeitig Versicherter, so gilt er für die Feststellung der Leistungszugehörigkeit in der Gesundheitsfürsorge als Versicherter.

Leistungszuständigkeit der Versicherungsträger.

§ 246. Die Feststellung und Gewährung der Leistung obliegt dem Versicherungsträger des Zweiges der Pensionsversicherung, dem der Versicherte nach § 245 leistungszugehörig ist (leistungszuständiger Versicherungsträger). Bei Leistungszugehörigkeit zur Pensionsversicherung der Arbeiter ist, wenn in den letzten 15 Jahren vor dem Stichtag (§ 223 Abs. 2) Versicherungsmonate bei mehreren Trägern dieses Zweiges erworben worden sind, der leistungszuständige Versicherungsträger unter entsprechender Anwendung des § 245 zu bestimmen.

Ersatzanspruch des leistungszuständigen Versicherungsträgers.

§ 247. (1) Der leistungszuständige Versicherungsträger hat gegenüber den anderen Versicherungsträgern, die an dem bei Bemessung der Leistung berücksichtigten Versicherungsverlauf beteiligt sind, Anspruch auf Ersatz eines entsprechenden Teiles der Leistung.

(2) Die näheren Bestimmungen über den nach Abs. 1 zu leistenden Ersatz trifft das Bundesministerium für soziale Verwaltung. Bei der Festsetzung des Ersatzes ist hauptsächlich auf die Zahl der anrechenbaren Versicherungsmonate, die bei jedem der beteiligten Versicherungsträger

zugebracht worden sind, Bedacht zu nehmen. Eine Pauschalierung des Ersatzes kann vorgeesehen werden.

Höherversicherung, Berücksichtigung in der Leistung.

§ 248. (1) Für Beiträge zur Höherversicherung, die für Versicherungszeiten geleistet wurden oder nach den §§ 70, 249 bis 251 als geleistet gelten, ist in allen Zweigen der Pensionsversicherung ein besonderer Steigerungsbetrag zu gewähren, wenn diese Versicherungszeiten in anrechenbaren Versicherungsmonaten erfaßt sind. Er beträgt bei der Rente aus eigener Pensionsversicherung mit Ausnahme der Knappschaftsrente monatlich 1 v. H., bei der Knappschaftsrente monatlich 0,5 v. H. der Beiträge zur Höherversicherung.

(2) Für die Bemessung des besonderen Steigerungsbetrages sind Beiträge zur Höherversicherung, die für vor dem 1. Jänner 1956 gelegene Versicherungszeiten entrichtet wurden, mit folgenden Beträgen anzusetzen:

- a) bei gesonderter Entrichtung des Beitrages zur Höherversicherung mit dem in der Anlage 3 angegebenen Betrag; / 3
- b) bei Entrichtung des Beitrages zur Höherversicherung gemeinsam mit dem Beitrage für die Pflicht- oder freiwillige Versicherung in einer der in Anlage 4 angeführten Beitragsklassen mit dem in dieser Anlage angegebenen Betrag. / 4

Annahme der Höherversicherung bei sich deckenden Versicherungszeiten und bei Sonderbeiträgen.

§ 249. (1) Eine Höherversicherung ist anzunehmen, wenn Versicherungszeiten aus den Jahren 1939 bis 1946 oder aus der Zeit nach dem 30. September 1950 bis zum 31. Dezember 1955 oder wenn Versicherungszeiten der Pensionsversicherung der Angestellten und der knappschaftlichen Pensionsversicherung aus der Zeit vom 1. Juli 1927 bis 31. Dezember 1938 sich zeitlich decken und die unter entsprechender Anwendung des § 244 Abs. 3 zu ermittelnde Summe der Beitragsgrundlagen den Höchstbetrag nach § 243 Abs. 1 Z. 2 lit. a übersteigt. Hiebei gilt folgender Hundertsatz des Überschreitungsbetrages als zur Höherversicherung geleisteter Beitrag:

- a) 10 v. H., wenn sich Versicherungszeiten der Pensionsversicherung der Arbeiter oder der Pensionsversicherung der Angestellten decken,
- b) 18,5 v. H., bei Angestellten 21,5 v. H., wenn sich Versicherungszeiten der knappschaftlichen Pensionsversicherung decken.

Wenn sich Versicherungszeiten der knappschaftlichen Pensionsversicherung mit Versiche-

rungszeiten einer anderen Pensionsversicherung decken, ist der Hundertsatz nach lit. a oder nach lit. b anzuwenden, je nachdem, welche Versicherungszeit bei entsprechender Anwendung des § 232 vorangeht.

(2) Abs. 1 ist auf sich deckende Beitragszeiten der Pensionsversicherung der Arbeiter und der knappschaftlichen Pensionsversicherung aus den Jahren 1939 bis 1942, die auf derselben Beschäftigung (Dienstverpflichtung) beruhen, nicht anzuwenden.

(3) Sonderbeiträge nach § 54 zur Pensionsversicherung, soweit sie von Sonderzahlungen geleistet wurden, die über das Ausmaß eines Monatsbezuges oder von vier Wochenbezügen hinausgehen, gelten als Beiträge zur Höherversicherung. Dies gilt auch entsprechend für Sonderbeiträge, die nach dem Rentenbemessungsgesetz, BGBl. Nr. 151/1954, zu leisten waren.

Sonderbestimmungen für ehemalige Versicherte der Sonderversicherungsanstalten und der Pensionsinstitute der österreichischen Privatbahnen.

§ 250. (1) Für Versicherte, die am 31. Dezember 1938 mindestens 60 Beitragsmonate bei ehemaligen Sonderversicherungsanstalten (§ 264 Abs. 1 Z. 1 und 2 GSVG. 1938 und § 54 AngVG. 1928) erworben hatten, sowie für Versicherte, die am 31. Dezember 1939 mindestens 60 Monate an Mitgliedszeiten bei dem Pensionsinstitut der österreichischen Privatbahnen, dem Pensionsinstitut der Elektrizitäts- und Straßenbahngesellschaft Linz oder dem Pensionsinstitut der Grazer Tramwaygesellschaft in Graz zurückgelegt hatten, gelten die sich aus den Abs. 2 bis 4 ergebenden Besonderheiten.

(2) Wenn es für den Leistungswerber günstiger ist, tritt an Stelle der Bemessungsgrundlage nach § 238 oder § 239 der sechsfache Betrag der im Bescheid zur Feststellung der Anwartschaft zum 31. Dezember 1938 beziehungsweise zum 31. Dezember 1939 festgestellten Bemessungsgrundlage. Die so ermittelte Bemessungsgrundlage ist nur auf den Grundbetrag und den auf die Zeit bis zum 31. Dezember 1938 beziehungsweise 31. Dezember 1939 entfallenden Steigerungsbetrag anzuwenden.

(3) Für Beitragsmonate der Pflichtversicherung in der Beitragsklasse J gilt als Beitragsgrundlage nach § 243 Abs. 1 Z. 2 lit. b der Betrag von 1800 S.

(4) Für Beitragsmonate der Pflichtversicherung, für die der Beitrag in der Beitragsklasse J oder ein Zusatzbeitrag neben dem Beitrag zur Pflichtversicherung entrichtet wurde, wird eine Höher-

versicherung angenommen; hiebei gilt als zur Höherversicherung geleisteter Beitrag:

- a) 60 S für jeden Beitrag in der Beitragsklasse J,
- b) 120 S für jeden Zusatzbeitrag vor dem 1. Jänner 1947,
- c) 80 S für jeden Zusatzbeitrag nach dem 31. Dezember 1946.

Sonderbestimmungen für Ersatzzeiten nach § 228 Abs. 1 Z. 2.

§ 251. (1) Zeiten, für die nach § 114 Abs. 4 des Sozialversicherungs-Überleitungsgesetzes 1953 in der Fassung der 3. Novelle, BGBl. Nr. 165/1954, oder nach § 31 des 1. Sozialversicherungs-Neuregelungsgesetzes in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 166/1954 Beiträge nachentrichtet wurden oder noch nach § 502 Abs. 4 nachentrichtet werden, sind nach den Abs. 2 und 3 zu berücksichtigen.

(2) Bei der Feststellung des Bestandes eines Leistungsanspruches gelten diese in Abs. 1 bezeichneten Zeiten als Ersatzzeiten; jedoch sind von den nach § 31 des 1. Sozialversicherungs-Neuregelungsgesetzes erworbenen Zeiten höchstens 24 Monate für die Erfüllung der Wartezeit anzurechnen.

(3) Versicherungsmonate, welche die in Abs. 1 bezeichneten Zeiten enthalten, sind bei der Ermittlung der Bemessungszeit gemäß § 238 Abs. 3 außer Betracht zu lassen. Die für solche Zeiten entrichteten Beiträge gelten als Beiträge zur Höherversicherung im Sinne des § 248 Abs. 1 mit der Maßgabe, daß der monatliche besondere Steigerungsbetrag für jeden Monat, für den Beiträge zur knappschaftlichen Pensionsversicherung nach § 31 des 1. Sozialversicherungs-Neuregelungsgesetzes nachentrichtet worden sind, bei der Knappschaftsrente 25 g und bei der Knappschaftsvollrente 40 g beträgt.

Kinder.

§ 252. (1) Als Kinder gelten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr:

1. die ehelichen, die legitimierten Kinder und die Wahl- und Stiefkinder der Versicherten;
2. die unehelichen Kinder einer weiblichen Versicherten;
3. die unehelichen Kinder eines männlichen Versicherten, wenn seine Vaterschaft im Wege der freiwilligen Gerichtsbarkeit oder in einem hierfür sonst gesetzlich vorgesehenen Verfahren anerkannt oder im Prozeßwege gerichtlich festgestellt worden ist.

(2) Als Kind ist auch über die Vollendung des 18. Lebensjahres hinaus anzusehen, wer

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

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

2. wegen geistiger oder körperlicher Gebrechen dauernd außerstande ist, sich selbst den Unterhalt zu verschaffen, sofern das Gebrechen vor Vollendung des 18. Lebensjahres eingetreten ist und solange dieser Zustand dauert.

ABSCHNITT II.

Pensionsversicherung der Arbeiter.

Altersrente.

§ 253. (1) Anspruch auf Altersrente hat der Versicherte nach Vollendung des 65. Lebensjahres, die Versicherte nach Vollendung des 60. Lebensjahres, wenn die allgemeinen Voraussetzungen für den Anspruch (§ 235) erfüllt sind und der (die) Versicherte am Stichtag (§ 223 Abs. 2) in der Pensionsversicherung nicht pflichtversichert ist.

(2) Die allgemeinen Voraussetzungen für den Anspruch (§ 235) gelten jedenfalls als erfüllt, wenn bis zur Vollendung des 65. beziehungsweise 60. Lebensjahres Anspruch auf eine Invaliditätsrente besteht. Von diesem Zeitpunkt ab gebührt die Invaliditätsrente als Altersrente, und zwar mindestens in dem bis zu diesem Zeitpunkt bestandenen Ausmaß.

Invaliditätsrente.

§ 254. (1) Anspruch auf Invaliditätsrente hat der Versicherte, wenn die allgemeinen Voraussetzungen für den Anspruch (§ 235) erfüllt sind,

1. bei dauernder Invalidität,

2. bei vorübergehender Invalidität ab der 27. Woche ihres Bestandes; hiebei sind Zeiträume einer auf der gleichen Ursache beruhenden Invalidität zusammenzurechnen, wenn diese Zeiträume nicht mehr als vier Monate auseinanderliegen.

(2) Anspruch auf Invaliditätsrente hat auch, sofern die allgemeinen Voraussetzungen für den Anspruch (§ 235) erfüllt sind, eine versicherte Ehegattin nach dem Tode des Ehegatten, wenn sie das 55. Lebensjahr vollendet und mindestens vier lebende Kinder geboren hat.

(3) Nach Anfall einer Rente aus dem Versicherungsfall des Alters mit Ausnahme des Knappschaftssoldes kann ein Anspruch auf Invaliditätsrente nicht mehr entstehen.

Begriff der Invalidität.

§ 255. (1) Als invalid gilt der Versicherte, der infolge von Krankheit oder anderen Gebrechen oder Schwäche seiner körperlichen oder geistigen

Kräfte nicht imstande ist, durch eine entsprechende Tätigkeit (Abs. 2) die Hälfte des Normalverdienstes (Abs. 3) zu erwerben.

(2) Als entsprechend ist eine Tätigkeit anzusehen, die mit den Kräften und Fähigkeiten des Versicherten im Einklang steht und ihm unter billiger Berücksichtigung seiner Ausbildung und seines bisherigen Berufes zugemutet werden kann.

(3) Als Normalverdienst gilt der Verdienst, den körperlich und geistig gesunde Personen derselben Art mit ähnlicher Ausbildung, in derselben Gegend durch Arbeit zu erzielen pflegen.

Zeitlich begrenzte Invaliditätsrente.

§ 256. Bei vorübergehender Invalidität kann die Invaliditätsrente für eine bestimmte Frist zuerkannt werden. Besteht nach Ablauf dieser Frist Invalidität weiter und wurde die Weitergewährung der Rente spätestens innerhalb eines Monats nach deren Wegfall beantragt, so ist die Rente für die weitere Dauer der Invalidität zuzuerkennen. Gegen den Ausspruch, daß die Rente auf die Dauer einer bestimmten Zeit gewährt wird, ist ein Rechtsmittel nicht zulässig.

Hinterbliebenenrenten.

§ 257. Als Hinterbliebenenrenten werden Witwenrenten, Witwerrenten und Waisenrenten gewährt, wenn die allgemeinen Voraussetzungen für diese Ansprüche (§ 235) erfüllt sind. Diese gelten jedenfalls als erfüllt, wenn der Versicherte bis zum Tode Anspruch auf Rente aus der Pensionsversicherung hatte.

Witwenrente.

§ 258. (1) Anspruch auf Witwenrente hat die Witwe nach dem Tode des versicherten Ehegatten.

(2) Die Witwenrente gebührt nicht,

1. wenn die Ehe in einem Zeitpunkt geschlossen wurde, in dem der Ehegatte bereits Anspruch auf eine Rente aus dem Versicherungsfall des Alters oder der geminderten Arbeitsfähigkeit mit Ausnahme des Knappschaftssoldes und der Knappschaftsrente hatte, es wäre denn, daß die Ehe drei Jahre gedauert hat und der Altersunterschied der Ehegatten nicht mehr als zehn Jahre, wenn aber der Gatte im Zeitpunkte der Eheschließung noch nicht das 65. Lebensjahr überschritten hatte, nicht mehr als 25 Jahre beträgt;

2. wenn die Ehe in einem Zeitpunkt geschlossen wurde, in dem der Ehegatte bereits das 65. Lebensjahr überschritten und keinen Anspruch auf eine in Z. 1 bezeichnete Rente hatte, es wäre denn, daß die Ehe zwei Jahre gedauert hat.

(3) Abs. 2 gilt nicht,

1. wenn in der Ehe ein Kind geboren wurde oder die Witwe sich im Zeitpunkt des Todes des Ehegatten erwiesenermaßen im Zustand der Schwangerschaft befunden hatte oder durch die Ehe ein Kind legitimiert wurde;

2. wenn die Ehe vor dem 12. Juni 1949 geschlossen worden ist;

3. wenn die Ehe von Personen geschlossen wurde, die bereits früher miteinander verheiratet gewesen sind und bei Fortdauer der früheren Ehe der Witwenrentenanspruch nicht ausgeschlossen gewesen wäre.

(4) Witwenrente gebührt, sofern nicht ein Ausschließungsgrund nach Abs. 2 im Zusammenhang mit Abs. 3 vorliegt, auch der Frau, deren Ehe mit dem Versicherten für nichtig erklärt, aufgehoben oder geschieden worden ist, wenn ihr der Versicherte zur Zeit seines Todes Unterhalt (einen Unterhaltsbeitrag) auf Grund eines gerichtlichen Urteiles, eines gerichtlichen Vergleiches oder einer vor Auflösung (Nichtigklärung) der Ehe eingegangenen vertraglichen Verpflichtung zu leisten hatte, und zwar sofern und solange die Frau nicht eine neue Ehe geschlossen hat.

Witwerrente.

§ 259. Witwerrente gebührt dem Ehegatten nach dem Tode seiner versicherten Ehegattin, wenn diese seinen Lebensunterhalt überwiegend bestritten hat und er im Zeitpunkt ihres Todes erwerbsunfähig und bedürftig ist, solange die beiden letzten Voraussetzungen zutreffen.

Waisenrente.

§ 260. Anspruch auf Waisenrente haben nach dem Tode des (der) Versicherten die Kinder (§ 252). Über das vollendete 18. Lebensjahr hinaus wird Waisenrente nur auf besonderen Antrag gewährt.

Alters(Invaliditäts)rente, Ausmaß.

§ 261. (1) Die Alters(Invaliditäts)rente besteht aus dem Grundbetrag und dem Steigerungsbetrag, bei Vorliegen einer Höherversicherung auch aus dem besonderen Steigerungsbetrag nach § 248 Abs. 1.

(2) Als monatlicher Grundbetrag gebühren 30 v. H. der Bemessungsgrundlage.

(3) Als monatlicher Steigerungsbetrag gebühren für je zwölf anrechenbare Versicherungsmonate bis zum 120. Monat 6 v. T.,
vom 121. bis zum 240. Monat 9 v. T.,
vom 241. bis zum 360. Monat 12 v. T.,
vom 361. Monate an 15 v. T.

der Bemessungsgrundlage. Ein Rest von weniger als zwölf anrechenbaren Versicherungsmonaten

wird in der Weise berücksichtigt, daß für jeden restlichen Monat ein Zwölftel des nach der zeitlichen Lage in Betracht kommenden Steigerungsbetrages gebührt.

(4) Bei Invaliditätsrenten gemäß § 254 Abs. 1 gebührt zum Grundbetrag ein Zuschlag von 10 v. H. der für den Grundbetrag maßgebenden Bemessungsgrundlage, soweit die Rente einschließlich des Zuschlages 50 v. H. dieser Bemessungsgrundlage nicht übersteigt.

(5) Bei der Bemessung des Steigerungsbetrages sind die Versicherungsmonate aller Zweige der Pensionsversicherung, jedoch höchstens 540 Versicherungsmonate heranzuziehen.

Kinderzuschüsse.

§ 262. Zu der Alters(Invaliditäts)rente gebührt für jedes Kind (§ 252) ein Kinderzuschuß im Ausmaß von 5 v. H. der Bemessungsgrundlage, wenn mehrere Bemessungsgrundlagen angewendet sind, der höchsten Bemessungsgrundlage. Der Kinderzuschuß beträgt mindestens 32 S monatlich. Über das vollendete 18. Lebensjahr wird der Kinderzuschuß nur auf besonderen Antrag gewährt.

Hilflosenzuschuß.

§ 263. (1) Ist der Invaliditäts(Alters)rentner derart hilflos, daß er ständig der Wartung und Hilfe bedarf, so gebührt ihm zu der Rente ein Hilflosenzuschuß im halben Ausmaß der Rente, jedoch mindestens 300 S und höchstens 600 S monatlich. Bei der Bemessung des Hilflosenzuschusses bleiben Kinderzuschüsse außer Betracht.

(2) Der Hilflosenzuschuß ruht während der Pflege in einer Krankenanstalt, Heilanstalt oder Siechenanstalt ab dem Beginn der fünften Woche dieser Pflege, wenn ein Träger der Versicherung nach diesem Bundesgesetz die Kosten der Pflege trägt oder hiefür einem Fürsorgeträger nach den Bestimmungen des Abschnittes II des Fünften Teiles Ersatz leistet.

Witwen(Witwer)rente, Ausmaß.

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

der Bemessungsgrundlage gelten hiebei als Grundbetrag.

(2) Die Witwenrente nach § 258 Abs. 4 darf den gegen den Versicherten zur Zeit seines Todes bestehenden Anspruch auf Unterhalt (Unterhaltsbeitrag) sowie die der hinterlassenen Witwe aus demselben Versicherungsfall gebührende Witwenrente nicht übersteigen. Eine vertraglich oder durch gerichtlichen Vergleich übernommene Erhöhung des Unterhaltes (Unterhaltsbeitrages) bleibt außer Betracht, wenn seit dem Abschluß des Vertrages (Vergleiches) bis zum Tod nicht mindestens ein Jahr vergangen ist.

Abfertigung der Witwenrente.

§ 265. (1) Im Falle der Wiederverheiratung wird die Witwenrente mit dem fünffachen Jahresbetrag abgefertigt.

(2) Wird die neueingegangene Ehe durch Tod des Ehegatten oder durch Scheidung oder Aufhebung aufgelöst oder für nichtig erklärt, ohne daß die Scheidung oder Aufhebung aus dem alleinigen oder überwiegenden Verschulden der Ehegattin erfolgt oder ohne daß bei Nichtigerklärung der Ehe die Ehegattin als schuldig anzusehen ist und steht ihr aus dieser Ehe kein Anspruch auf eine mit der Witwenrente aus der früheren Ehe gleichwertige Versorgung (Witwenrente aus gesetzlicher Versicherung, Versorgungsgenuß seitens des Dienstgebers oder einer von diesem unterhaltenen Versorgungseinrichtung, Unterhalt seitens des Ehegatten o. dgl.) zu, so lebt der Anspruch auf die Witwenrente aus der früheren Ehe wieder auf, und zwar mit dem der Auflösung (Nichtigerklärung) der zweiten Ehe folgenden Monatsersten, frühestens jedoch mit dem Monatsersten, der dem Ablauf von fünf Jahren nach dem seinerzeitigen Wegfall der Rente folgt.

Waisenrente, Ausmaß.

§ 266. Die Waisenrente beträgt für jedes einfach verwaiste Kind 40 v. H., für jedes doppelt verwaiste Kind 60 v. H. der Witwen(Witwer)rente, auf die nach dem verstorbenen Elternteil Anspruch besteht oder bestünde.

Höchstaussmaß der Hinterbliebenenrenten.

§ 267. Mehrere gleichzeitig gebührende Witwenrenten dürfen zusammen 50 v. H. der Invaliditätsrente, auf die der Versicherte bei seinem Ableben Anspruch gehabt hat oder gehabt hätte, nicht übersteigen und sind innerhalb dieses Höchstausmaßes verhältnismäßig zu kürzen. Alle Hinterbliebenenrenten zusammen dürfen nicht höher sein als die bezeichnete Invaliditätsrente samt den jeweils in Betracht kommenden

Kinderzuschüssen, jedoch ohne Hilflosenzuschuß. Innerhalb dieses Höchstausmaßes sind alle Renten verhältnismäßig zu kürzen.

Ausstattungsbeitrag.

§ 268. (1) Die Versicherte kann, wenn die allgemeinen Voraussetzungen für den Anspruch (§ 235) erfüllt sind, innerhalb von zwei Jahren nach der Eheschließung Anspruch auf einen Ausstattungsbeitrag erheben. Als Ausstattungsbeitrag werden für jeden anrechenbaren Beitragsmonat bis zum Tage der Antragstellung 4 v. H. der Bemessungsgrundlage (§ 238) geleistet.

(2) Mit der Gewährung des Ausstattungsbeitrages verlieren die bis zum Tage der Antragstellung zurückgelegten Versicherungszeiten jegliche Wirksamkeit.

(3) Die Anspruchswerberin ist im Antragsformblatt über die Rechtsfolgen der Gewährung des Ausstattungsbeitrages zu belehren.

Abfindung.

§ 269. (1) Anspruch auf Abfindung haben im Falle des Todes des (der) Versicherten

1. sofern Hinterbliebenenrenten nur mangels Erfüllung der allgemeinen Voraussetzungen (§ 235) nicht gebühren, jedoch mindestens ein anrechenbarer Versicherungsmonat vorliegt, die Witwe (der Witwer), und wenn keine anspruchsberechtigte Witwe (kein anspruchsberechtigter Witwer) vorhanden ist, zu gleichen Teilen die Kinder (§ 252);

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

(2) Die Abfindung beträgt im Falle des Abs. 1 Z. 1 das Sechsfache der Bemessungsgrundlage (§ 238), wenn aber weniger als sechs anrechenbare Versicherungsmonate vorliegen, die Summe der Beitragsgrundlagen in diesen Versicherungsmonaten. Im Falle des Abs. 1 Z. 2 beträgt die Abfindung das Dreifache der Bemessungsgrundlage (§ 238).

(3) Die Witwe hat keinen Anspruch auf Abfindung, wenn für sie ein Witwenrentenanspruch aus früherer Ehe nach § 265 Abs. 2 wieder auflebt.

ABSCHNITT III.

Pensionsversicherung der Angestellten.

Leistungen mit Ausnahme der Berufsunfähigkeitsrente.

§ 270. In der Pensionsversicherung der Angestellten gelten für die Begründung der Ansprüche auf die Altersrente, die Hinterbliebenenrenten, den Ausstattungsbeitrag und die Abfindung, sowie für die Bemessung dieser Leistungen, für die Gewährung von Zuschüssen zu diesen und für die Abfertigung der Witwenrente die in Abschnitt II für die bezüglichen Leistungen aus der Pensionsversicherung der Arbeiter getroffenen Bestimmungen entsprechend.

Berufsunfähigkeitsrente.

§ 271. (1) Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente hat der Versicherte, wenn die allgemeinen Voraussetzungen für den Anspruch (§ 235) erfüllt sind,

1. bei dauernder Berufsunfähigkeit,
2. bei vorübergehender Berufsunfähigkeit ab der 27. Woche ihres Bestandes. Hierbei sind Zeiträume einer auf der gleichen Ursache beruhenden Berufsunfähigkeit zusammenzurechnen, wenn diese Zeiträume nicht mehr als vier Monate auseinander liegen.

(2) Anspruch auf die Berufsunfähigkeitsrente hat auch, sofern die allgemeinen Voraussetzungen für den Anspruch (§ 235) erfüllt sind, eine versicherte Ehegattin nach dem Tode des Ehegatten, wenn sie das 55. Lebensjahr vollendet und mindestens vier lebende Kinder geboren hat.

(3) § 254 Abs. 3 und § 256 sind entsprechend anzuwenden.

Berufsunfähigkeitsrente bei Arbeitslosigkeit.

§ 272. (1) Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente hat, wenn die allgemeinen Voraussetzungen für den Anspruch (§ 235) erfüllt sind, auch der Versicherte, der das 60. Lebensjahr vollendet hat und seit mindestens einem Jahr ununterbrochen arbeitslos im Sinne des § 11 des Arbeitslosenversicherungsgesetzes, BGBl. Nr. 184/1949, in der jeweils geltenden Fassung ist, für die weitere Dauer der Arbeitslosigkeit. Die Rente fällt mit dem Ablauf des Monats weg, in dem der Berechtigte eine pensionsversicherungspflichtige Beschäftigung oder eine selbständige Erwerbstätigkeit antritt. § 253 Abs. 2 und § 254 Abs. 3 sind auf die Berufsunfähigkeitsrente bei Arbeitslosigkeit entsprechend anzuwenden.

(2) Ist eine Rente nach Abs. 1 wegen Antritt einer Beschäftigung oder selbständigen Erwerbstätigkeit weggefallen und endet die Beschäftigung (Erwerbstätigkeit), so lebt die Rente auf die dem Träger der Pensionsversicherung erstattete Anzeige über das Ende der Beschäftigung im früher gewährten Ausmaß wieder auf, und zwar mit dem dem Ende der Beschäftigung

folgenden Monatsersten, wenn die Anzeige vor Ablauf des dem Ende der Beschäftigung folgenden Monats erstattet wird, sonst mit dem der Erstattung der Anzeige folgenden Monatsersten.

Begriff der Berufsunfähigkeit.

§ 273. Als berufsunfähig gilt der Versicherte, dessen Arbeitsfähigkeit infolge von Krankheit oder anderen Gebrechen oder Schwäche seiner körperlichen oder geistigen Kräfte auf weniger als die Hälfte derjenigen eines körperlich oder geistig gesunden Versicherten von ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten herabgesunken ist.

Berufsunfähigkeitsrente, Ausmaß.

§ 274. Für die Bemessung der Berufsunfähigkeitsrente und die Gewährung von Zuschüssen zu dieser gelten die §§ 261 bis 263 entsprechend.

ABSCHNITT IV.

Knappschaftliche Pensionsversicherung.

Knappschaftssold.

§ 275. (1) Anspruch auf Knappschaftssold hat der Versicherte, der das 50. Lebensjahr vollendet hat, wenn die allgemeinen Voraussetzungen für den Anspruch (§ 235) erfüllt sind.

(2) Der Anspruch auf Knappschaftssold ruht für die Dauer des Bestandes des Anspruches auf eine Leistung aus einem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit. Er fällt mit dem Anfall des Anspruches auf eine sonstige Altersrente weg; § 100 Abs. 2 letzter Satz ist entsprechend anzuwenden.

Knappschaftsaltersrente.

§ 276. (1) Anspruch auf Knappschaftsaltersrente hat der Versicherte nach Vollendung des 65., die Versicherte nach Vollendung des 60. Lebensjahres, wenn die allgemeinen Voraussetzungen für den Anspruch (§ 235) erfüllt sind und der (die) Versicherte am Stichtag (§ 223 Abs. 2) in der Pensionsversicherung nicht pflichtversichert ist.

(2) Die allgemeinen Voraussetzungen für den Anspruch gelten jedenfalls als erfüllt, wenn bis zur Vollendung des 65., beziehungsweise 60. Lebensjahres Anspruch auf eine Knappschaftsvollrente besteht. Von diesem Zeitpunkt ab gebührt die Knappschaftsvollrente als Knappschaftsaltersrente, und zwar mindestens in dem bis zu diesem Zeitpunkt bestandenem Ausmaß.

(3) Anspruch auf die Knappschaftsaltersrente hat ferner ein männlicher Versicherter nach Vollendung des 60. Lebensjahres, wenn die allgemeinen Voraussetzungen für den Knappschaftssold (§ 235) erfüllt sind und der Versicherte am Stichtag (§ 223 Abs. 2) in der Pensionsversicherung nicht pflichtversichert ist.

Knappschaftsrente.

§ 277. (1) Anspruch auf Knappschaftsrente hat der Versicherte, wenn die allgemeinen Voraussetzungen für den Anspruch (§ 235) erfüllt sind,

1. bei dauernder Dienstunfähigkeit,

2. bei vorübergehender Dienstunfähigkeit ab der 27. Woche ihres Bestandes; hiebei sind Zeiträume einer auf der gleichen Ursache beruhenden Dienstunfähigkeit zusammenzurechnen, wenn diese Zeiträume nicht mehr als vier Monate auseinander liegen.

(2) § 254 Abs. 3 und § 256 sind entsprechend anzuwenden.

Begriff der Dienstunfähigkeit.

§ 278. Als dienstunfähig gilt der Versicherte, der infolge von Krankheit oder anderen Gebrechen oder Schwäche seiner körperlichen oder geistigen Kräfte weder imstande ist, die von ihm bisher verrichtete Tätigkeit noch andere im wesentlichen gleichartige und nicht erheblich geringer entlohnte Tätigkeiten von Personen mit ähnlicher Ausbildung sowie gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten in knappschaftlichen Betrieben auszuüben.

Knappschaftsvollrente.

§ 279. (1) Anspruch auf Knappschaftsvollrente hat der Versicherte, wenn die allgemeinen Voraussetzungen für den Anspruch (§ 235) erfüllt sind,

1. bei dauernder Invalidität,

2. bei vorübergehender Invalidität ab der 27. Woche ihres Bestandes; hiebei sind Zeiträume einer auf der gleichen Ursache beruhenden Invalidität zusammenzurechnen, wenn diese Zeiträume nicht mehr als vier Monate auseinander liegen.

(2) Anspruch auf Knappschaftsvollrente hat auch, sofern die allgemeinen Voraussetzungen für den Anspruch (§ 235) erfüllt sind, eine versicherte Ehegattin nach dem Tode des Ehegatten, wenn sie das 55. Lebensjahr vollendet und mindestens vier lebende Kinder geboren hat.

(3) § 254 Abs. 3 und § 256 sind entsprechend anzuwenden.

Begriff der Invalidität.

§ 280. Als invalid gilt der Versicherte, der die im § 255 angeführten Voraussetzungen erfüllt.

Bergmannstreuegeld.

§ 281. (1) Fällt eine Leistung aus einem Versicherungsfall des Alters oder der geminderten Arbeitsfähigkeit an, so besteht auch Anspruch auf die einmalige Leistung des Bergmannstreuegeldes, wenn der Versicherte mindestens ein volles Jahr einer Hauertätigkeit oder einer ihr nach

Schwere und Gefahr gleichzuhaltenden Tätigkeit aufweist und während dieses Jahres Knappschaftssold bezogen hat oder beziehen hätte können.

(2) Sind im Zeitpunkte des Todes des Versicherten die Voraussetzungen für den Anspruch auf Bergmannstreuegeld gemäß Abs. 1, mit Ausnahme des Anfalles einer der dort bezeichneten Leistungen, gegeben, so steht dieser Anspruch den Angehörigen, die nach dem Versicherten Anspruch auf Hinterbliebenenrente aus der Pensionsversicherung haben, und zwar im Verhältnis der Höhe ihrer Renten zu. Sind solche Angehörige nicht vorhanden, gebührt das Bergmannstreuegeld der Reihe nach folgenden Angehörigen, wenn der Versicherte deren Unterhalt vorwiegend bestritten hat: dem Ehegatten, den übrigen Kindern, den Eltern, den Geschwistern; mehreren hienach anspruchsberechtigten Angehörigen gebührt das Bergmannstreuegeld zu gleichen Teilen.

(3) Das Bundesministerium für soziale Verwaltung bestimmt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Handel und Wiederaufbau durch Verordnung, welche Arbeiten als Hauertätigkeit und ihr gleichzuhaltende Tätigkeiten anzusehen sind.

Hinterbliebenenrenten.

§ 282. Anspruch auf Hinterbliebenenrenten besteht nach Maßgabe der entsprechend anzuwendenden §§ 257 bis 260.

Knappschaftssold, Ausmaß.

§ 283. Der Knappschaftssold beträgt monatlich 200 S.

Knappschafts(alters)vollrente, Ausmaß.

§ 284. (1) Die Knappschafts(alters)vollrente besteht aus dem Grundbetrag und dem Steigerungsbetrag, bei Vorliegen einer Höherversicherung auch aus dem besonderen Steigerungsbetrag nach § 248 Abs. 1 und ferner bei Vorliegen wesentlich bergmännischer Tätigkeit aus dem Leistungszuschlag nach Abs. 6.

(2) Als monatlicher Grundbetrag gebühren 30 v. H. der Bemessungsgrundlage.

(3) Als monatlicher Steigerungsbetrag gebühren für je zwölf anrechenbare Versicherungsmonate

bis zum 120. Monat	9 v. T.,
vom 121. bis zum 240. Monat	12 v. T.,
vom 241. bis zum 360. Monat	14 v. T.,
vom 361. Monat an	15 v. T.

der Bemessungsgrundlage. Ein Rest von weniger als zwölf anrechenbaren Versicherungsmonaten wird in der Weise berücksichtigt, daß für jeden restlichen Monat ein Zwölftel des nach der zeitlichen Lage in Betracht kommenden Steigerungsbetrages gebührt.

(4) Bei Knappschaftsvollrenten gemäß § 279 Abs. 1 gebührt zum Grundbetrag ein Zuschlag von 10 v. H. der für den Grundbetrag maßgebenden Bemessungsgrundlage, soweit die Rente einschließlich des Zuschlages 56 v. H. dieser Bemessungsgrundlage nicht übersteigt.

(5) Bei der Bemessung des Steigerungsbetrages sind die Versicherungsmonate aller Zweige der Pensionsversicherung, höchstens jedoch 540 Versicherungsmonate, zu berücksichtigen.

(6) Als monatlicher Leistungszuschlag gebühren für jedes volle Jahr wesentlich bergmännischer Tätigkeit oder ihr gleichzuhaltender Tätigkeit (§ 236 Abs. 3) 3 v. T. der Bemessungsgrundlage. Volle Monate, während derer Anspruch auf Knappschaftsrente oder Knappschafts(alters)vollrente bestand, sind hiebei nicht zu zählen.

Knappschaftsrente, Ausmaß.

§ 285. (1) Die Knappschaftsrente besteht aus den im § 284 Abs. 1 angeführten Bestandteilen.

(2) Als monatlicher Grundbetrag gebühren 15 v. H. der Bemessungsgrundlage.

(3) Als monatlicher Steigerungsbetrag gebühren für je zwölf anrechenbare Versicherungsmonate bis zum 120. Monat $4\frac{1}{2}$ v. T., vom 121. bis zum 240. Monat 6 v. T., vom 241. bis zum 360. Monat 7 v. T., vom 361. Monat an $7\frac{1}{2}$ v. T.

der Bemessungsgrundlage. Ein Rest von weniger als zwölf anrechenbaren Versicherungsmonaten wird in der Weise berücksichtigt, daß für jeden restlichen Monat ein Zwölftel des nach der zeitlichen Lage in Betracht kommenden Steigerungsbetrages gebührt.

(4) Bei Knappschaftsrenten gemäß § 277 Abs. 1 gebührt zum Grundbetrag ein Zuschlag von 5 v. H. der für den Grundbetrag maßgebenden Bemessungsgrundlage, soweit die Rente einschließlich des Zuschlages 28 v. H. dieser Bemessungsgrundlage nicht übersteigt.

(5) Bei der Bemessung des Steigerungsbetrages sind nur Versicherungsmonate der knappschaftlichen Pensionsversicherung zu berücksichtigen.

(6) Als monatlicher Leistungszuschlag gebühren für jedes volle Jahr wesentlich bergmännischer Tätigkeit oder ihr gleichzuhaltender Tätigkeit (§ 236 Abs. 3) $1\frac{1}{2}$ v. T. der Bemessungsgrundlage. § 284 Abs. 6 zweiter Satz ist hiebei anzuwenden.

Kinderzuschüsse.

§ 286. Zur Knappschafts(alters)vollrente werden Kinderzuschüsse gewährt. Für sie gilt § 262 entsprechend.

Hilflosenzuschuß.

§ 287. Für den Hilflosenzuschuß zur Knappschafts(alters)vollrente gilt § 263 mit der Maßgabe, daß der Leistungszuschlag bei der Bemessung des Hilflosenzuschusses außer Betracht bleibt.

Bergmannstreuegeld, Ausmaß.

§ 288. (1) Das Bergmannstreuegeld beträgt für jedes volle Jahr einer Hauerätigkeit oder ihr gleichzuhaltenden Tätigkeit (§ 281 Abs. 3), während dessen Knappschaftssold bezogen wurde oder hätte bezogen werden können, 3000 S., insgesamt jedoch höchstens 30.000 S.

(2) Auf das Bergmannstreuegeld kann dem Versicherten vor dessen Anfall eine Vorauszahlung einmalig gewährt werden. Diese darf die Hälfte des im Zeitpunkt der Vorauszahlung erworbenen Ausmaßes nicht übersteigen.

Hinterbliebenenrenten, Ausmaß.

§ 289. Für das Ausmaß der Hinterbliebenenrenten und für die Abfertigung der Witwenrente gelten entsprechend die §§ 264 bis 267 mit folgender Maßgabe:

1. An Stelle der Alters(Invaliditäts)rente tritt die Knappschafts(alters)vollrente.

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

Ausstattungsbeitrag.

§ 290. § 268 ist mit der Maßgabe anzuwenden, daß als Ausstattungsbeitrag für jeden anrechenbaren Beitragsmonat bis zum Tage der Antragstellung 5 v. H. der Bemessungsgrundlage (§ 238) geleistet wird.

Abfindung.

§ 291. § 269 ist entsprechend anzuwenden.

ABSCHNITT V.

Ausgleichszulage zu Renten aus der Pensionsversicherung.

Voraussetzungen für den Anspruch auf Ausgleichszulage.

§ 292. (1) Erreicht das Gesamteinkommen (Abs. 2) eines aus der Pensionsversicherung Rentenberechtigten nicht die Höhe des Richtsatzes (Abs. 3), so steht diesem nach Maßgabe der Bestimmungen dieses Abschnittes der Anspruch auf eine Ausgleichszulage zur Rente zu.

(2) Gesamteinkommen im Sinne des Abs. 1 ist die Summe aller Einkünfte eines Rentenberechtigten, die bei Bemessung einer Fürsorgeunterstützung nach den Vorschriften über die öffentliche Fürsorge zu berücksichtigen sind. Erfährt der Richtsatz nach Abs. 3 lit. a mit Rücksicht auf Angehörige eine Erhöhung, so erhöht sich das Gesamteinkommen um die bezeichneten Einkünfte dieser im Richtsatz berücksichtigten Angehörigen. Die Wohnungsbeihilfe nach dem Bun-

desgesetzes vom 21. September 1951, BGBl. Nr. 229, bleibt bei Feststellung des Gesamteinkommens auf jeden Fall außer Betracht.

(3) Der Richtsatz beträgt

- a) für Rentenberechtigte aus eigener Pensionsversicherung 460 S; dieser Richtsatz erhöht sich für die Ehegattin und jedes Kind, für das Anspruch auf Kinderzuschuß besteht, um je 50 S,
- b) für Rentenberechtigte auf Witwen(Witwer)rente 350 S,
- c) für Rentenberechtigte auf einfache Waisenrente 200 S, auf Doppelwaisenrente 300 S.

(4) Hat eine Person Anspruch auf mehrere Renten aus der Pensionsversicherung, so ist der höchste der nach Abs. 3 in Betracht kommenden Richtsätze anzuwenden. In diesem Falle gebührt die Ausgleichszulage nur zur höchsten Rente.

(5) Rentenberechtigte, die nach Abs. 3 lit. a im Richtsatz für einen anderen Rentenberechtigten zu berücksichtigen sind, haben keinen Anspruch auf Ausgleichszulage.

Anwendung der Bestimmungen über die Renten auf die Ausgleichszulage.

§ 293. Soweit in diesem Bundesgesetz nichts anderes bestimmt ist, sind auf die Ausgleichszulage, auf das bei der Feststellung der Ausgleichszulage zu beobachtende Verfahren und auf das Leistungsstreitverfahren über die Ausgleichszulage die Bestimmungen dieses Bundesgesetzes über die Renten aus der Pensionsversicherung anzuwenden.

Höhe der Ausgleichszulage.

§ 294. Die Ausgleichszulage gebührt in der Höhe des Unterschiedes zwischen dem Gesamteinkommen (§ 292 Abs. 2) und dem Richtsatz (§ 292 Abs. 3).

Ausgleichszulage und Ruhensbestimmungen.

§ 295. Bei Anwendung der Bestimmungen der §§ 90 bis 96 ist die Ausgleichszulage außer Betracht zu lassen.

Feststellung der Ausgleichszulage.

§ 296. Die Ausgleichszulage ist erstmalig auf Grund des Rentenantrages festzustellen. Eine neue Feststellung ist auf Antrag vorzunehmen, wenn die für die Feststellung maßgebenden Umstände sich so geändert haben, daß eine Ausgleichszulage anfallen, wegfallen oder sich um mehr als 50 S ändern würde. Der Träger der Pensionsversicherung hat, auch wenn kein Antrag gestellt ist, eine Neufeststellung vorzunehmen, wenn ihm eine Änderung der bezeichneten Art in den maßgebenden Umständen bekannt wird.

Verwaltungshilfe der Fürsorgeverbände.

§ 297. Der Träger der Pensionsversicherung hat, wenn nicht schon das ihm bekannte Gesamteinkommen den anzuwendenden Richtsatz übersteigt, zur Feststellung der Ausgleichszulage die Verwaltungshilfe des zuständigen Fürsorgeverbandes in Anspruch zu nehmen. Im Verfahren kommt zur Feststellung der Ausgleichszulage dem Fürsorgeverband Parteistellung zu.

Anzeigepflicht für Änderungen des Gesamteinkommens.

§ 298. (1) Der Rentenberechtigte ist verpflichtet, Änderungen in dem Gesamteinkommen um mehr als 50 S monatlich dem Träger der Pensionsversicherung anzuzeigen.

(2) Die Fürsorgeverbände haben ihnen bekanntwerdende Änderungen des Gesamteinkommens um mehr als 50 S monatlich von sich in ihrem Bezirk gewöhnlich aufhaltenden Rentenberechtigten, die eine Ausgleichszulage beziehen, dem zuständigen Träger der Pensionsversicherung mitzuteilen.

Tragung des Aufwandes für die Ausgleichszulage.

§ 299. (1) Die Ausgleichszulage ist unbeschadet der Bestimmungen der Abs. 2 und 3 von dem Lande zu ersetzen, in dem der Sitz des endgültig verpflichteten Fürsorgeverbandes liegt, der für den Empfänger der Ausgleichszulage zuständig ist oder wäre.

(2) In den Jahren 1956 bis 1960 trägt ein Viertel der Ausgleichszulage der Bund.

(3) Soweit eine Ausgleichszulage durch die Anwendung der Ruhensbestimmung des § 93 zustande kommt, ist sie vom Träger der Pensionsversicherung zu tragen.

(4) Das Land hat die von ihm ersetzten Beträge an Ausgleichszulagen auf die Fürsorgeverbände des Landes im Verhältnis der Finanzkraft der einzelnen Fürsorgeverbände aufzuteilen. Die Finanzkraft jedes Fürsorgeverbandes ist nach der sich aus § 23 Abs. 5 letzter Satz des Familienlastenausgleichsgesetzes, BGBl. Nr. 18/1955, ergebenden Finanzkraft der verbandsangehörigen Gemeinden zu bestimmen.

(5) Die näheren Bestimmungen zur Durchführung der Abs. 1 bis 3 trifft das Bundesministerium für soziale Verwaltung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Finanzen und dem Bundesministerium für Inneres.

ABSCHNITT VI.

Gesundheitsfürsorge.

Allgemeine Maßnahmen.

§ 300. Die Pensionsversicherungsträger können Mittel aufwenden, um durch allgemeine Maßnahmen oder Maßnahmen im Einzelfall den Ein-

tritt vorzeitiger Minderung der Arbeitsfähigkeit der Versicherten zu verhüten.

Heilverfahren.

§ 301. (1) Die Pensionsversicherungsträger können Versicherten und Rentnern Heilverfahren gewähren, wenn zu erwarten ist, daß eine drohende Invalidität, Berufsunfähigkeit oder Dienstunfähigkeit abgewendet oder eine schon bestehende behoben werden kann.

(2) Ein Heilverfahren wegen Tuberkulose kann auch Angehörigen eines Versicherten und anderen dauernd in seinem Haushalt lebenden Personen gewährt werden, wenn zu erwarten ist, daß hierdurch eine Gefährdung des Versicherten abgewendet oder vermindert wird.

(3) Das Heilverfahren kann insbesondere durch Einweisung in eine Krankenanstalt, eine Heilstätte, ein Kurheim oder eine ähnliche Einrichtung gewährt werden.

Familien- und Taggeld.

§ 302. (1) Für die Dauer der Unterbringung eines Versicherten in einer der im § 301 Abs. 3 genannten Einrichtungen hat der Pensionsversicherungsträger dem Versicherten für seine Angehörigen (§ 123) ein Familiengeld und neben diesem dem Versicherten selbst ein Taggeld zu gewähren; § 142 und § 143 Abs. 1 Z. 3 werden auf das Familien- und das Taggeld entsprechend angewendet.

(2) Ist der Versicherte nach diesem Bundesgesetz krankenversichert oder ist er seit nicht mehr als einem Jahr aus der Krankenversicherung ausgeschieden, so gewährt der Pensionsversicherungsträger das Familiengeld in dem Ausmaß, in dem es dem Versicherten gemäß den Bestimmungen über die Krankenversicherung (§ 152 Abs. 1) gebühren würde. In allen übrigen Fällen gebührt ein Familiengeld in der Höhe von 10 S täglich.

(3) Das Taggeld beträgt 4 S täglich.

Heilverfahren und Rente.

§ 303. Der Anspruch auf Rente wird durch die Unterbringung des Erkrankten in einer der im § 301 Abs. 3 genannten Einrichtungen nicht berührt. Familien- und Taggeld nach § 302 werden Rentenberechtigten nicht gewährt.

Übertragung des Heilverfahrens an einen Krankenversicherungsträger.

§ 304. Der Pensionsversicherungsträger kann die Durchführung des Heilverfahrens einem Krankenversicherungsträger übertragen. Der Pensionsversicherungsträger bestimmt hiebei Art und Umfang des Heilverfahrens, das er für geboten hält. Er hat dem Träger der Krankenversicherung die ausgewiesenen tatsächlichen Kosten eines solchen Heilverfahrens zu ersetzen, soweit die Leistungen über das hinausgehen, wozu der Träger der Krankenversicherung nach

den Vorschriften über die Krankenversicherung verpflichtet ist.

Verweigerung des Heilverfahrens durch den Versicherten.

§ 305. Entzieht sich ein Versicherter oder Rentner ohne triftigen Grund dem vom Versicherungsträger eingeleiteten Heilverfahren (§ 301) und würde eine Invalidität, Berufsunfähigkeit oder Dienstunfähigkeit durch das Heilverfahren voraussichtlich abgewendet oder behoben werden, so kann die Rente auf Zeit ganz oder teilweise versagt werden, wenn der Versicherte oder Rentner auf diese Folgen nachweislich hingewiesen worden ist.

Besondere Gesundheitsfürsorge in der knappschaftlichen Pensionsversicherung.

§ 306. In der knappschaftlichen Pensionsversicherung können über die vorstehenden Bestimmungen hinaus Mittel für die besondere Gesundheitsfürsorge aufgewendet werden, um den gesundheitlichen Gefahren der in knappschaftlichen Betrieben unter erschwerten Bedingungen zu verrichtenden Arbeiten zu begegnen. In diese besondere Fürsorge können zur Sicherung eines gesunden Nachwuchses für die bergbaulichen Arbeiten auch die Angehörigen der Versicherten (Rentner) einbezogen werden. Die näheren Bestimmungen hierüber trifft der Vorstand der Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues im Einvernehmen mit dem Überwachungsausschuß. Sie unterliegen der Genehmigung des Bundesministeriums für soziale Verwaltung.

Zusammenwirken der Versicherungsträger.

§ 307. (1) Die Gesundheitsfürsorge soll von den Pensionsversicherungsträgern in planmäßigem Zusammenwirken mit den anderen Versicherungsträgern, deren Aufgaben hiedurch berührt werden, durchgeführt werden, um die aufzuwendenden Mittel möglichst wirksam zu verwenden. Die Versicherungsträger sollen ihre Zusammenarbeit durch Vereinbarungen regeln und darin auch ihre Aufgaben auf dem Gebiete der Gesundheitsfürsorge abgrenzen.

(2) Wenn solche Vereinbarungen nicht zustande kommen, kann der Hauptverband mit Genehmigung des Bundesministeriums für soziale Verwaltung verbindliche Richtlinien hiefür aufstellen.

ABSCHNITT VII.

Aufnahme in ein pensionsversicherungsfreies Dienstverhältnis und Ausscheiden aus einem solchen.

1. UNTERABSCHNITT.

Aufnahme in ein pensionsversicherungsfreies Dienstverhältnis.

Überweisungsbeträge.

§ 308. (1) Wird ein Versicherter in ein pensionsversicherungsfreies Dienstverhältnis (Abs. 2) auf-

genommen und rechnet der Dienstgeber nach den für ihn geltenden dienstrechtlichen Vorschriften

- a) die anrechenbaren Beitragsmonate der Pflichtversicherung und Ersatzmonate nach § 229, während derer der Versicherte bei öffentlich-rechtlichen Dienstgebern beschäftigt war und keinen Ruhegenuß aus einem pensionsversicherungsfreien Dienstverhältnis bezog, ab dem vollendeten 18. Lebensjahr, soweit der Versicherte aber bei privaten Dienstgebern beschäftigt war, ab dem vollendeten 25. Lebensjahr,
- b) Ersatzmonate nach § 228 Abs. 1 Z. 1 und 4 und § 227 Z. 2, wenn vor diesen eine Beschäftigung bei einem öffentlich-rechtlichen Dienstgeber bestand, ab dem vollendeten 18. Lebensjahr, sonst ab dem vollendeten 25. Lebensjahr und
- c) die anrechenbaren Beitragsmonate der Pflichtversicherung und Ersatzmonate der in lit. a und b angeführten Art, die zwischen dem vollendeten 18. und 25. Lebensjahr liegen und nicht schon nach lit. a und b angerechnet werden, bedingt für den Fall der Versetzung in den Ruhestand wegen Dienstunfähigkeit oder des Todes

für die Begründung des Anspruches auf einen Ruhe(Versorgungs)genuß und dessen Ausmaß zur Gänze, soweit jedoch eine Teilbeschäftigung vorlag, zum entsprechenden Teil an, so hat der leistungszuständige Versicherungsträger an den Dienstgeber auf dessen Antrag einen Überweisungsbetrag in der Höhe von je 7 v. H. der Bemessungsgrundlage nach § 238 für jeden in der Pensionsversorgung bedingt oder unbedingt angerechneten anrechenbaren Beitragsmonat und von je 1 v. H. dieser Bemessungsgrundlage für jeden in der Pensionsversorgung bedingt oder unbedingt angerechneten anrechenbaren Ersatzmonat zu leisten. Der Antrag ist binnen 18 Monaten nach Aufnahme in das pensionsversicherungsfreie Dienstverhältnis zu stellen.

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

(3) Ist nach Abs. 1 ein Überweisungsbetrag zu leisten, so hat der leistungszuständige Pensionsversicherungsträger dem Versicherten die Beiträge zur Pensionsversicherung zu erstatten, die für den Versicherten geleistet wurden,

- a) für anrechenbare Beitragsmonate der Pflichtversicherung, die nicht nach Abs. 1 in

der Pensionsversorgung angerechnet wurden,

- b) für anrechenbare Beitragsmonate der freiwilligen Versicherung und
- c) zur Höherversicherung für anrechenbare Beitragsmonate.

(4) Für die Feststellung der Anrechenbarkeit der Versicherungsmonate ist Stichtag nach § 233 der Zeitpunkt der Aufnahme in das pensionsversicherungsfreie Dienstverhältnis (§ 11 Abs. 5).

Fälligkeit des Überweisungsbetrages und der an den Versicherten zu erstattenden Beiträge.

§ 309. (1) Der Überweisungsbetrag nach § 308 Abs. 1 und die nach § 308 Abs. 3 zu erstattenden Beiträge sind sechs Monate nach Einlangen des Antrages des Dienstgebers beim leistungszuständigen Pensionsversicherungsträger fällig. Sie sind bei verspäteter Flüssigmachung zum jeweils geltenden Wechselzinsfuß der Oesterreichischen Nationalbank zu verzinsen.

(2) Dem leistungszuständigen Versicherungsträger sind die nach § 308 an den Dienstgeber und den Versicherten geleisteten Beträge, soweit sie auf Versicherungsmonate entfallen, die bei anderen Pensionsversicherungsträgern erworben worden sind, von diesen zu ersetzen. Die näheren Bestimmungen über die hienach zu leistenden Ersätze trifft das Bundesministerium für soziale Verwaltung. Bei der Festsetzung des Ersatzes ist hauptsächlich auf die Dauer der anrechenbaren Versicherungsmonate, die bei jedem der beteiligten Versicherungsträger erworben worden sind, Bedacht zu nehmen. Eine Pauschalierung des Ersatzes kann vorgesehen werden.

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

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

2. UNTERABSCHNITT.

Ausscheiden aus einem pensionsversicherungsfreien Dienstverhältnis.

Überweisungsbeträge.

§ 311. (1) Scheidet ein Dienstnehmer aus einem pensionsversicherungsfreien Dienstverhältnis (§ 308) aus, ohne daß ein Anspruch auf einen laufenden Ruhe(Versorgungs)genuß erwachsen ist, so hat der Dienstgeber dem Pensionsversicherungsträger, der aus dem Dienstverhältnis zuletzt zuständig gewesen wäre, einen Über-

weisungsbetrag zu leisten. Er beträgt für jeden im pensionsversicherungsfreien Dienstverhältnis zugebrachten Monat, soweit der Dienstnehmer nicht gegen Karenz der Gebühren beurlaubt war, je 7 v. H. des auf den Monat entfallenden Entgeltes (§ 49), auf das der Dienstnehmer im letzten Monat vor seinem Ausscheiden (§ 11 Abs. 5) Anspruch hatte, höchstens jedoch von dem Betrag von 1800 S beziehungsweise 2400 S beziehungsweise 3600 S, je nachdem das Ausscheiden vor dem 1. August 1954 beziehungsweise vor dem 1. Jänner 1956 beziehungsweise später erfolgt. Er erhöht sich um einen aus Anlaß der Aufnahme in das pensionsversicherungsfreie Dienstverhältnis an den Dienstgeber geleisteten Überweisungsbetrag.

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

(3) Die Verpflichtung des Dienstgebers nach Abs. 1 entfällt, wenn entweder beim Ausscheiden des Dienstnehmers durch Tod versorgungsberechtigte Hinterbliebene nicht vorhanden sind oder der Dienstnehmer nach den Dienst- und Besoldungsvorschriften für seine laufenden Versorgungsansprüche entfertigt wurde. Im Falle der Entfertigung kann jedoch der Dienstnehmer innerhalb der im § 312 angegebenen Frist, solange ein Versicherungsfall nicht eingetreten ist, den Überweisungsbetrag in der im Abs. 1 angegebenen Höhe selbst leisten. Innerhalb der gleichen Frist kann auch, solange ein Versicherungsfall nicht eingetreten ist, ein nicht entfertigtter Dienstnehmer im Falle des Ausscheidens aus dem pensionsversicherungsfreien Dienstverhältnis einen Überweisungsbetrag, den er aus Anlaß der Aufnahme in das pensionsversicherungsfreie Dienstverhältnis erhalten hat, wie auch Beiträge, die ihm nach § 308 Abs. 3 erstattet wurden, an den Pensionsversicherungsträger zurückzahlen.

Fälligkeit der Überweisungsbeträge.

§ 312. Überweisungsbeträge (Beitragsrückzahlungen) nach § 311 sind binnen sechs Monaten nach dem Ausscheiden aus dem Dienstverhältnis (§ 11 Abs. 5) zu leisten. Auf die vom Dienstgeber zu leistenden Überweisungsbeträge ist § 309 Abs. 1 zweiter Satz anzuwenden.

Wirkung der Zahlung der Überweisungsbeträge.

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

ABSCHNITT VIII.

Ausscheiden aus der Pensionsversicherung aus Anlaß der Aufnahme einer selbständigen Erwerbstätigkeit.

§ 314. (1) Versicherten, die wegen Aufnahme einer selbständigen Erwerbstätigkeit aus der Pensionsversicherung ausscheiden, werden auf Antrag, wenn ihnen bis zum Ausscheiden noch kein Rentenanspruch gemäß § 222 Abs. 1 und 2 angefallen ist, in dem auf Grund der Beschäftigung im elterlichen Betriebe erworbene Beitragsmonate berücksichtigt wurden, 90 v. H. der für anrechenbare Beitragsmonate dieser Art zur Pensionsversicherung entrichteten Beiträge, abzüglich der Kosten eines aus dieser Versicherung gewährten Heilverfahrens, rückerstattet.

(2) Für die Feststellung der Anrechenbarkeit der Beitragszeiten ist Stichtag der Zeitpunkt der Aufnahme der selbständigen Erwerbstätigkeit.

(3) Der Antrag muß bei sonstigem Verlust des Rechtes auf Beitragsrückerstattung binnen einem Jahr nach Aufnahme der selbständigen Erwerbstätigkeit gestellt werden.

(4) Mit der Rückerstattung der Beiträge verlieren die Beitragsmonate, für welche die Beiträge rückerstattet wurden, in der Pensionsversicherung jegliche Wirksamkeit.

(5) § 268 Abs. 3 ist entsprechend anzuwenden.

FÜNFTER TEIL.

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

ABSCHNITT I.

Beziehungen der Versicherungsträger zueinander.

1. UNTERABSCHNITT.

Ersatzansprüche im Verhältnis zwischen Kranken- und Unfallversicherung.

Ersatzanspruch des Trägers der Krankenversicherung.

§ 315. (1) Der Träger der Unfallversicherung hat dem Träger der Krankenversicherung die Aufwendungen, die dieser für die Krankenbehandlung des Versehrten und die wiederkehrenden Geldleistungen aus der Krankenversicherung bei der durch einen Arbeitsunfall verursachten Krankheit oder bei einer Berufskrankheit ab dem ersten Tag der fünften Woche nach dem Arbeitsunfall beziehungsweise nach dem Beginn der Berufskrankheit gemacht hat, nach Maßgabe der Bestimmungen der §§ 317 und 318 zu ersetzen.

(2) Der Träger der Unfallversicherung hat ferner dem Träger der Krankenversicherung das von diesem für den Versehrten gewährte Sterbe-

geld bis zu dem Betrag zu ersetzen, um den das nach § 214 Abs. 2 errechnete Sterbegeld den Betrag des nach § 214 Abs. 4 tatsächlich gewährten Sterbegeldes übersteigt.

Ersatzanspruch des Trägers der Unfallversicherung.

§ 316. (1) Hat der Träger der Unfallversicherung während der ersten vier Wochen einer durch einen Arbeitsunfall verursachten Krankheit oder einer Berufskrankheit Aufwendungen für die Heilbehandlung eines in der Krankenversicherung Anspruchsberechtigten gemacht, so hat der Träger der Krankenversicherung diese Aufwendungen dem Träger der Unfallversicherung zu ersetzen.

(2) Hat der Träger der Unfallversicherung Aufwendungen für die Heilbehandlung oder für wiederkehrende Geldleistungen aus der Unfallversicherung gemacht und stellt sich nachträglich heraus, daß die Krankheit nicht Folge eines Arbeitsunfalles ist, so hat der Träger der Krankenversicherung die Aufwendungen zu ersetzen, soweit sie nicht über die Aufwendungen für die entsprechenden Leistungen der Krankenversicherung hinausgehen.

Ausmaß des Ersatzanspruches.

§ 317. (1) Als Ersatz nach § 315 Abs. 1 und § 316 Abs. 1 ist für jeden Kalendertag der Behandlungszeit zu leisten:

- a) wenn weder Krankengeld noch Anstaltspflege gewährt wurde, ein Betrag in der Höhe des halben dem Versicherten aus der Krankenversicherung sonst gebührenden Krankengeldes (§ 141);
- b) wenn Krankengeld oder Anstaltspflege geleistet wurde, ein Betrag in der Höhe des $1\frac{3}{4}$ fachen des dem Versicherten gebührenden oder sonst gebührenden Krankengeldes aus der Krankenversicherung (§ 141).

(2) Tritt infolge des Arbeitsunfalles Arbeitsunfähigkeit während der Kranken(Heil)behandlung überhaupt nicht ein, so entfällt jede Ersatzpflicht zwischen dem Träger der Krankenversicherung und dem Träger der Unfallversicherung für die Aufwendungen der Kranken(Heil)behandlung.

(3) Die Einzelabrechnung der gegenseitigen Ersatzansprüche nach § 315 und § 316 hat zu unterbleiben, soweit nicht das Bundesministerium für soziale Verwaltung die Einzelabrechnung zwischen Versicherungsträgern wegen der geringen Zahl der Verrechnungsfälle zuläßt. Die Versicherungsträger, zwischen denen eine Abrechnung nicht stattfindet, haben zu vereinbaren, daß die gegenseitigen Ersatzansprüche durch vierteljährlich von den Trägern der Un-

fallversicherung an die Träger der Krankenversicherung zu leistende Pauschbeträge abgegolten werden. Die Vereinbarungen haben auch sonstige, die Abrechnung der gegenseitigen Ersatzansprüche betreffende Fragen, wie die Fälligkeit der Pauschbeträge, Geltungsdauer der Vereinbarung, Auflösungsgründe, zu regeln.

(4) Die Kostenersatzpflicht des Unfallversicherungsträgers nach § 193 wird durch die Bestimmungen der Abs. 1 bis 3 nicht berührt.

Festsetzung des Inhaltes der Vereinbarung (§ 317 Abs. 3) durch das Bundesministerium für soziale Verwaltung.

§ 318. (1) Das Bundesministerium für soziale Verwaltung bestimmt nach Anhörung des Hauptverbandes den Inhalt der Vereinbarung gemäß § 317 Abs. 3, insbesondere die Höhe des Pauschbetrages, wenn

1. nicht binnen sechs Monaten nach Wirksamkeitsbeginn dieses Bundesgesetzes eine solche Vereinbarung zustande kommt;
2. nicht innerhalb von drei Monaten nach Ablauf der Wirksamkeit einer solchen Vereinbarung eine neue abgeschlossen wird.

(2) Der vom Bundesministerium für soziale Verwaltung gemäß Abs. 1 bestimmte Inhalt der Vereinbarung verliert mit dem Inkrafttreten einer von den Versicherungsträgern gemäß § 317 Abs. 3 abgeschlossenen Vereinbarung seine Wirksamkeit.

Geltendmachung des Ersatzanspruches.

§ 319. (1) Ist die Einzelabrechnung der Ersatzansprüche zwischen Versicherungsträgern zugelassen, so sind diese Ersatzansprüche nach Maßgabe der Bestimmungen des Abs. 2 vom ersatzberechtigten Versicherungsträger geltend zu machen.

(2) Der Ersatzanspruch ist ausgeschlossen, wenn er nicht spätestens sechs Monate nach Beendigung der Leistungen bei dem zum Ersatz Verpflichteten geltend gemacht wird. Hat der Ersatzberechtigte ohne sein Verschulden erst nach Ablauf dieser Zeit davon Kenntnis erhalten, daß die Voraussetzungen für einen Ersatzanspruch zutreffen, so kann er noch innerhalb von zwei Wochen nach dem Tage, an dem er diese Kenntnis erlangt hat, den Anspruch geltend machen.

2. UNTERABSCHNITT.

Ersatzansprüche im Verhältnis zwischen Kranken- und Pensionsversicherung.

Ersatz von Kosten des Heilverfahrens.

§ 320. Gewährt der Träger der Pensionsversicherung ein Heilverfahren, dessen Durchführung er nicht gemäß § 304 einem Träger der

Krankenversicherung überträgt, so hat der Träger der Krankenversicherung dem Träger der Pensionsversicherung die Kosten dieses Heilverfahrens mit einem Pauschbetrag zu ersetzen, der für jeden Kalendertag des Heilverfahrens der Höhe des täglichen Krankengeldes (§ 141) entspricht, auf das der Versicherte aus der Krankenversicherung Anspruch hätte. Die Ersatzpflicht des Trägers der Krankenversicherung wird auf die Höchstdauer des Krankengeldanspruches aus der Krankenversicherung beschränkt.

3. UNTERABSCHNITT.

Zusammenarbeit der Versicherungsträger (Verbände).

Gegenseitige Verwaltungshilfe.

§ 321. (1) Die Versicherungsträger sind verpflichtet, bei Erfüllung ihrer Aufgaben einander zu unterstützen; sie haben insbesondere Ersuchen, die zu diesem Zweck an sie ergehen, im Rahmen ihrer sachlichen und örtlichen Zuständigkeit zu entsprechen und auch unaufgefordert anderen Versicherungsträgern alle Mitteilungen zukommen zu lassen, die für deren Geschäftsbetrieb von Wichtigkeit sind.

(2) Die Bestimmungen des Abs. 1 sind entsprechend auf die Beziehungen der Versicherungsträger zu den Verbänden anzuwenden.

(3) Gewährt ein Träger der Unfallversicherung einem Berechtigten, der eine Rente aus der Pensionsversicherung bezieht, Rente oder Anstaltspflege aus der Unfallversicherung oder treten Änderungen hierin ein, so ist der Träger der Pensionsversicherung unverzüglich zu benachrichtigen.

Verpflegskosten in den Einrichtungen der Sozialversicherungsträger.

§ 322. (1) Die Versicherungsträger, die Krankenanstalten, Heilstätten, Kur-, Erholungs- und Genesungsheime sowie ähnliche Einrichtungen betreiben, sollen mit anderen Versicherungsträgern, die diese Einrichtungen für ihre Versicherten in Anspruch nehmen, über die zu ersetzenden Verpflegskosten Vereinbarungen treffen.

(2) Kommt eine Vereinbarung im Sinne des Abs. 1 nicht zustande, setzt der Hauptverband die Verpflegskosten mit verbindlicher Wirkung fest.

ABSCHNITT II.

Beziehungen der Versicherungsträger zu den Fürsorgeträgern.

Pflichten der Fürsorgeträger.

§ 323. Die gesetzlichen Pflichten der Träger der öffentlichen Fürsorge (Fürsorgeträger) zur Unterstützung Hilfsbedürftiger werden — unbeschadet der Bestimmungen der §§ 292 bis 299 — durch dieses Bundesgesetz nicht berührt.

Ersatzanspruch des Fürsorgeträgers.

§ 324. (1) Unterstützt ein Fürsorgeträger auf Grund einer gesetzlichen Verpflichtung einen Hilfsbedürftigen für eine Zeit, für die er einen Anspruch auf eine Versicherungsleistung nach diesem Bundesgesetz hat, so hat der Versicherungsträger dem Fürsorgeträger die von diesem geleisteten Unterstützungen gemäß den Bestimmungen der §§ 325 bis 328 zu ersetzen, jedoch bei Geldleistungen nur bis zur Höhe der Versicherungsleistung, auf die der Unterstützte während dieser Zeit Anspruch hat; für Sachleistungen sind, soweit nicht eine Abgeltung nach § 328 Platz greift, dem Fürsorgeträger die erwachsenen Kosten soweit zu ersetzen, als dem Versicherungsträger selbst Kosten für derartige Sachleistungen erwachsen wären. Das gleiche gilt, wenn Angehörige des Berechtigten unterstützt werden, für solche Ansprüche, die dem Berechtigten mit Rücksicht auf diese Angehörigen zustehen.

(2) Der Ersatz nach Abs. 1 gebührt sowohl für Sachleistungen als auch für Geldleistungen, für letztere jedoch nur, wenn sie entweder während des Laufes des Verfahrens zur Feststellung der Versicherungsleistung oder bei nachgewiesener nicht rechtzeitiger Auszahlung einer bereits festgestellten Versicherungsleistung gewährt werden.

Ersatzleistungen aus der Krankenversicherung.

§ 325. (1) Aus den Leistungen der Krankenversicherung gebührt dem Fürsorgeträger Ersatz nur, wenn die Fürsorgeleistung wegen der Krankheit, der Arbeitsunfähigkeit oder der Mutterschaft gewährt wurde, auf die sich der Anspruch des Unterstützten gegen den Träger der Krankenversicherung gründet oder wenn die Fürsorgeleistung im Falle des Todes gewährt wurde und ein Anspruch auf Sterbegeld aus der Krankenversicherung besteht.

(2) Zu ersetzen sind:

1. Kosten der Bestattung aus dem Sterbegeld;
2. Fürsorgeleistungen, die wegen Krankheit, Arbeitsunfähigkeit oder Mutterschaft gewährt werden, aus den ihnen entsprechenden Leistungen der Krankenversicherung.

Ersatzleistungen aus der Unfallversicherung.

§ 326. (1) Aus den Leistungen der Unfallversicherung gebührt dem Fürsorgeträger Ersatz nur, wenn die Fürsorgeleistung wegen des Arbeitsunfalles (der Berufskrankheit) gewährt wurde,

auf den (die) sich der Anspruch des Unterstützten gegen den Träger der Unfallversicherung gründet.

(2) Zu ersetzen sind:

1. Kosten der Bestattung aus dem Sterbegeld;
2. Fürsorgeleistungen, die wegen des Arbeitsunfalles (der Berufskrankheit) gewährt werden, aus den ihnen entsprechenden Leistungen der Unfallversicherung.

Ersatzleistungen aus der Pensionsversicherung.

§ 327. Aus den Renten der Pensionsversicherung gebührt dem Fürsorgeträger Ersatz für jede Fürsorgeleistung im Sinne des § 324, für die nicht schon ein Ersatzanspruch nach § 325 oder nach § 326 besteht. Andere Leistungen der Pensionsversicherung als die Renten dürfen zur Befriedigung des Ersatzanspruches nicht herangezogen werden.

Abgeltung des Ersatzanspruches bei Krankenbehandlung.

§ 328. Kosten einer mit Arbeitsunfähigkeit verbundenen Krankenbehandlung (§§ 133 bis 137) sind mit einem Betrag abzugelten, der für jeden Tag der Dauer einer solchen Behandlung im Ausmaß des halben Krankengeldes (§ 141) zu leisten ist.

Abzug von den Geldleistungen der Sozialversicherung.

§ 329. Der Versicherungsträger hat die Beträge, die er zur Befriedigung der Ersatzansprüche der Fürsorgeträger (§§ 324 bis 327) aufgewendet hat, von den Geldleistungen der Sozialversicherung abzuziehen, doch darf der Abzug bei wiederkehrenden Geldleistungen jeweils den halben Betrag der einzelnen fälligen Geldleistung nicht übersteigen. Für den Abzug bedarf es nicht der Zustimmung des Unterstützten.

Frist für die Geltendmachung des Ersatzanspruches.

§ 330. (1) Der Ersatzanspruch des Fürsorgeträgers für Sachleistungen ist ausgeschlossen, wenn er nicht spätestens sechs Monate nach Ablauf der Fürsorgeleistung beim Versicherungsträger geltend gemacht wird.

(2) Für Geldleistungen kann der Anspruch auf Ersatz vom Fürsorgeträger nur erhoben werden, wenn

1. die Fürsorgeleistung innerhalb von 14 Tagen nach der Zuerkennung, sofern jedoch der Fürsorgeträger erst später vom Anspruch des Ver-

sicherten auf die Geldleistungen aus der Sozialversicherung Kenntnis erhält, innerhalb von 14 Tagen nach diesem Zeitpunkt dem Versicherungsträger angezeigt wird und

2. der Anspruch auf Ersatz spätestens innerhalb von zwei Monaten nach Ablauf dieser Fürsorgeleistung geltend gemacht wird.

(3) Der Ersatzanspruch des Fürsorgeträgers für Geldleistungen ist für eine Zeit ausgeschlossen, für die eine Geldleistung aus der Sozialversicherung fällig geworden ist, wenn der Fürsorgeträger nach einer gemäß Abs. 2 Z. 1 erstatteten Anzeige vom Anfall der Geldleistung aus der Sozialversicherung durch den Versicherungsträger benachrichtigt worden ist.

ABSCHNITT III.

Bevorschussung von Renten aus der Pensionsversicherung aus den Mitteln der Arbeitslosenversicherung.

§ 331. Hinsichtlich der Bevorschussung der Renten aus der Pensionsversicherung aus den Mitteln der Arbeitslosenversicherung, der Rückerstattung solcher Leistungen an das Arbeitsamt und der Anrechnung auf die nachzuzahlenden Rentenbeträge gelten die einschlägigen Vorschriften des Arbeitslosenversicherungsgesetzes, BGBl. Nr. 184/1949, in der jeweils geltenden Fassung.

ABSCHNITT IV.

Schadenersatz und Haftung.

Übergang von Schadenersatzansprüchen auf die Versicherungsträger.

§ 332. (1) Können Personen, denen nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes Leistungen zustehen, den Ersatz des Schadens, der ihnen durch den Versicherungsfall erwachsen ist, auf Grund anderer gesetzlicher Vorschriften beanspruchen, geht der Anspruch auf den Versicherungsträger insoweit über, als dieser Leistungen zu erbringen hat. Ansprüche auf Schmerzensgeld gehen auf den Versicherungsträger nicht über.

(2) Der Versicherungsträger kann Ersatzbeträge, die der Ersatzpflichtige dem Versicherten oder seinen Hinterbliebenen in Unkenntnis des Überganges des Anspruches gemäß Abs. 1 geleistet hat, auf die nach diesem Bundesgesetz zustehenden Leistungsansprüche ganz oder zum Teil anrechnen. Soweit hienach Ersatzbeträge angerechnet werden, erlischt der nach Abs. 1 auf den Versicherungsträger übergegangene Ersatzanspruch gegen den Ersatzpflichtigen.

(3) Ein Schadenersatzanspruch nach § 333 geht auf den Versicherungsträger nicht über.

(4) § 328 ist entsprechend anzuwenden.

Einschränkung der Schadenersatzpflicht des Dienstgebers gegenüber dem Dienstnehmer bei Arbeitsunfällen (Berufskrankheiten).

§ 333. (1) Der Dienstgeber ist dem Versicherten zum Ersatz des Schadens, der diesem durch eine Verletzung am Körper infolge eines Arbeitsunfalles oder durch eine Berufskrankheit entstanden ist, nur verpflichtet, wenn er den Arbeitsunfall (die Berufskrankheit) vorsätzlich verursacht hat. Diese Einschränkung gilt auch gegenüber den Hinterbliebenen des Versicherten, wenn dessen Tod auf die körperliche Verletzung infolge des Arbeitsunfalles oder auf die Berufskrankheit zurückzuführen ist.

(2) Hat der Dienstgeber den Arbeitsunfall (die Berufskrankheit) vorsätzlich verursacht, so vermindert sich der Schadenersatzanspruch des Versicherten oder seiner Hinterbliebenen um die Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung.

(3) Die Bestimmungen der Abs. 1 und 2 sind, unbeschadet der Bestimmungen des § 477, nicht anzuwenden, wenn der Arbeitsunfall bei der Teilnahme des Versicherten am allgemeinen Verkehr durch ein Verkehrsmittel eingetreten ist, für dessen Betrieb auf Grund gesetzlicher Vorschrift eine erhöhte Haftpflicht besteht.

(4) Die Bestimmungen der Abs. 1 und 2 gelten auch für Ersatzansprüche Versicherter und ihrer Hinterbliebenen

1. gegen gesetzliche oder bevollmächtigte Vertreter des Unternehmers und gegen Aufseher im Betrieb;

2. bei Unfällen in einem der im § 8 Abs. 1 Z. 3 lit. d bezeichneten Betriebe und Tätigkeiten gegen die in Betracht kommende Körperschaft und ihre Organe, gegen die Angehörigen der Körperschaft und die beigezogenen Helfer.

Haftung des Dienstgebers bei Arbeitsunfällen (Berufskrankheiten) gegenüber den Trägern der Sozialversicherung.

§ 334. (1) Hat der Dienstgeber oder ein ihm gemäß § 333 Abs. 4 Gleichgestellter den Arbeitsunfall oder die Berufskrankheit vorsätzlich oder durch grobe Fahrlässigkeit verursacht, so hat er den Trägern der Sozialversicherung alle nach diesem Bundesgesetz zu gewährenden Leistungen zu ersetzen.

(2) Durch ein Mitverschulden des Versicherten wird die Haftung gemäß Abs. 1 weder aufgehoben noch gemindert.

(3) Der Träger der Unfallversicherung kann als Ersatz für eine von ihm zu gewährende Rente deren Kapitalwert (§ 184) fordern.

Schadenersatzpflicht und Haftung bei juristischen Personen.

§ 335. (1) Die Bestimmungen der §§ 333 und 334 sind auch anzuwenden, wenn der Dienstgeber eine juristische Person, eine offene Handelsgesellschaft oder eine Kommanditgesellschaft ist und der Arbeitsunfall oder die Berufskrankheit vorsätzlich — bei der Anwendung des § 334 auch grob fahrlässig — durch ein Mitglied des geschäftsführenden Organes der juristischen Person oder durch einen persönlich haftenden Gesellschafter einer offenen Handelsgesellschaft oder einer Kommanditgesellschaft verursacht worden ist.

(2) Im Falle des Abs. 1 haften mit der juristischen Person als Dienstgeber die Mitglieder des geschäftsführenden Organes oder die zur Geschäftsführung berechtigten Personen zur ungeteilten Hand, sofern die betreffenden Mitglieder des geschäftsführenden Organes beziehungsweise die zur Geschäftsführung berechtigten Personen den Arbeitsunfall vorsätzlich oder im Falle des § 334 auch grob fahrlässig verursacht haben.

(3) Bei den in einem Ausbildungsverhältnis stehenden Pflichtversicherten (§ 4 Abs. 1 Z. 3 und 4) steht für die Anwendung der Abs. 1 und 2 sowie der §§ 333 und 334 der Träger der Einrichtung, in der die Ausbildung erfolgt, dem Dienstgeber gleich.

Konkurrenz von Ersatzansprüchen mehrerer Versicherungsträger.

§ 336. Treffen Ersatzansprüche verschiedener Versicherungsträger gemäß § 332 aus demselben Ereignis zusammen, welche die aus einer bestehenden Haftpflichtversicherung zur Verfügung stehende Versicherungssumme übersteigen, so sind sie aus dieser unbeschadet der weiteren Haftung des Ersatzpflichtigen im Verhältnis ihrer Ersatzforderungen zu befriedigen. Ein gerichtlich festgestellter Schmerzensgeldanspruch geht hiebei den Ersatzansprüchen der Versicherungsträger im Range vor.

Verjährung der Ersatzansprüche.

§ 337. (1) Der Ersatzanspruch des Versicherungsträgers gemäß § 334 verjährt in drei Jahren nach der ersten rechtskräftigen Feststellung der Entschädigungspflicht.

(2) Im übrigen gelten für die Verjährung der Ersatzansprüche die Bestimmungen des § 1489 des Allgemeinen Bürgerlichen Gesetzbuches.

SECHSTER TEIL.

Beziehungen der Träger der Sozialversicherung und ihrer Verbände zu den Ärzten, Dentisten, Hebammen, Apothekern, Krankenanstalten und anderen Vertragspartnern.

ABSCHNITT I.

Gemeinsame Bestimmungen.**Regelung durch Verträge.**

§ 338. (1) Die Beziehungen der Träger der Sozialversicherung und ihrer Verbände zu den freiberuflich tätigen Ärzten, Dentisten, Hebammen, Apothekern und anderen Vertragspartnern werden durch privatrechtliche Verträge nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen geregelt. Diese Verträge bedürfen zu ihrer Rechtsgültigkeit der schriftlichen Form.

(2) Durch die Verträge nach Abs. 1 ist die ausreichende Versorgung der Versicherten und ihrer anspruchsberechtigten Angehörigen mit den gesetzlich und satzungsmäßig vorgesehenen Leistungen sicherzustellen. Eigene Einrichtungen der Versicherungsträger dürfen für die Versorgung mit diesen Leistungen nur nach Maßgabe der hierfür geltenden gesetzlichen Vorschriften herangezogen werden.

(3) Die Abs. 1 und 2 gelten entsprechend für die Regelung der Beziehungen der Träger der Sozialversicherung zu den Krankenanstalten.

Einholung von Stellungnahmen durch die Träger der Krankenversicherung.

§ 339. (1) Vor der beabsichtigten Errichtung, Erwerbung oder Erweiterung eigener Einrichtungen zur Betreuung der Versicherten und ihrer anspruchsberechtigten Angehörigen haben die Träger der Krankenversicherung den in Betracht kommenden örtlich zuständigen öffentlich-rechtlichen Interessenvertretungen der Ärzte, Dentisten und der anderen Vertragspartner Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

(2) Im behördlichen Verfahren wegen Genehmigung der Neuerrichtung, Erwerbung oder Erweiterung sowie Inbetriebnahme von Einrichtungen nach Abs. 1 genießen die öffentlich-rechtlichen Interessenvertretungen der dort bezeichneten Berufe Parteistellung im Sinne des § 8 des Allgemeinen Verwaltungsverfahrensgesetzes 1950, BGBl. Nr. 172.

ABSCHNITT II.

Beziehungen der Träger der Sozialversicherung und ihrer Verbände zu den Ärzten.**Ärzteausschüsse.**

§ 340. (1) Zur Beratung von grundsätzlichen Fragen, welche die Beziehungen zwischen den Trägern der Sozialversicherung und den in dieser

freiberuflich tätigen Ärzte betreffen, ist ein Bundes-Ärzteausschuß einzurichten, dem in gleicher Zahl Vertreter der Österreichischen Ärztekammer und des Hauptverbandes angehören.

(2) Zur Beratung von Fragen, die sich bei der Durchführung der abgeschlossenen Verträge im Bereich der einzelnen Länder ergeben, ist in jedem Bundesland ein Landes-Ärzteausschuß einzurichten, dem in gleicher Zahl Vertreter der Ärztekammer des betreffenden Landes und der in diesem Land tätigen Träger der Krankenversicherung angehören.

(3) Die Aufgaben und die Tätigkeit des Bundes-Ärzteausschusses und der Landes-Ärzteausschüsse regeln Geschäftsordnungen, die zwischen der Österreichischen Ärztekammer und dem Hauptverband vereinbart werden.

Gesamtverträge.

§ 341. (1) Die Beziehungen zwischen den Trägern der Krankenversicherung und den freiberuflich tätigen Ärzten werden durch Gesamtverträge geregelt, die für die Träger der Krankenversicherung durch den Hauptverband mit den örtlich zuständigen Ärztekammern abzuschließen sind. Die Gesamtverträge bedürfen der Zustimmung des Trägers der Krankenversicherung, für den der Gesamtvertrag abgeschlossen wird. Die Österreichische Ärztekammer kann mit Zustimmung der beteiligten Ärztekammer den Gesamtvertrag mit Wirkung für diese abschließen.

(2) Soweit sich die Gesamtverträge auf die Meisterkrankenkassen erstrecken, bedürfen die Gesamtverträge der Zustimmung des Verbandes der Meisterkrankenkassen; die Zustimmung darf nur im Einvernehmen mit der in Betracht kommenden Meisterkrankenkasse erteilt werden.

(3) Der Inhalt des Gesamtvertrages ist auch Inhalt des zwischen dem Träger der Krankenversicherung und dem Arzt abzuschließenden Einzelvertrages. Vereinbarungen zwischen dem Träger der Krankenversicherung und dem Arzt im Einzelvertrag sind rechtsunwirksam, insoweit sie gegen den Inhalt eines für den Niederlassungsort des Arztes geltenden Gesamtvertrages verstoßen.

Inhalt der Gesamtverträge.

§ 342. (1) Die zwischen dem Hauptverband und den Ärztekammern abzuschließenden Gesamtverträge haben nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen insbesondere folgende Gegenstände zu regeln:

1. die Festsetzung der Zahl der zur Behandlung berufenen Ärzte, und zwar bei den zur Praxisausübung in Österreich berechtigten Ärzten

(Zahnärzten) unterteilt nach örtlichen Sprengeln, die derart festzusetzen sind, daß unter Berücksichtigung der örtlichen und Verkehrsverhältnisse die Möglichkeit der Inanspruchnahme der Behandlung gesichert ist; in der Regel soll die Auswahl zwischen mindestens zwei zur Behandlung berufenen Personen freigestellt sein;

2. die Auswahl der Vertragsärzte, Abschluß und Lösung der mit diesen zu treffenden Abmachungen (Einzelverträge);

3. die Rechte und Pflichten der Vertragsärzte, insbesondere auch ihre Ansprüche auf Vergütung der ärztlichen Leistung;

4. die Vorsorge zur Sicherstellung einer wirtschaftlichen Behandlung und Verschreibweise;

5. die Ausstellung von Bescheinigungen, die für die Durchführung der Krankenversicherung erforderlich sind;

6. die Zusammenarbeit der Vertragsärzte mit dem beim Versicherungsträger eingerichteten chef- und kontrollärztlichen Dienst;

7. die Kündigung und Auflösung des Gesamtvertrages;

8. die Verlautbarung des Gesamtvertrages und seiner Abänderungen.

(2) Die Vergütung der vertragsärztlichen Tätigkeit ist grundsätzlich nach Einzelleistungen zu vereinbaren. Die Vereinbarungen über die Vergütung der ärztlichen Leistungen sind in Honorarordnungen zusammenzufassen; diese bilden einen Bestandteil der Gesamtverträge. Die Gesamtverträge haben eine Begrenzung der Ausgaben der Träger der Krankenversicherung für die vertragsärztliche Tätigkeit (einschließlich der Rückvergütungen bei Inanspruchnahme der wahlärztlichen Hilfe [§ 131]) festzusetzen.

Aufnahme der Ärzte in den Vertrag und Auflösung des Vertragsverhältnisses.

§ 343. (1) Die Ärzte werden von dem zuständigen Träger der Krankenversicherung auf Grund der Bestimmungen des Gesamtvertrages und im Einvernehmen mit der zuständigen Ärztekammer in Vertrag genommen.

(2) Das Vertragsverhältnis zwischen dem Vertragsarzt und dem Träger der Krankenversicherung erlischt ohne Kündigung im Falle:

1. der Auflösung des Trägers der Krankenversicherung;

2. des Wirksamwerdens gesetzlicher Vorschriften, durch die die Tätigkeit des Trägers der Krankenversicherung entweder eine örtliche oder eine sachliche Einschränkung erfährt, in deren Folge die Tätigkeit als Vertragsarzt nicht mehr in Frage kommt;

3. des Todes des Vertragsarztes, wobei die bis zu diesem Zeitpunkt erworbenen Honoraransprüche des Arztes den Erben ausbezahlt sind;

4. der rechtskräftigen Verurteilung des Vertragsarztes wegen eines Verbrechens oder wegen eines aus Gewinnsucht begangenen Vergehens oder einer solchen Übertretung;

5. einer im Zusammenhang mit der Ausübung des ärztlichen Berufes wegen groben Verschuldens strafgerichtlichen rechtskräftigen Verurteilung;

6. eines wiederholten rechtskräftigen zivilgerichtlichen Urteils, in welchem ein Verschulden des Vertragsarztes im Zusammenhang mit der Ausübung seiner vertragsärztlichen Tätigkeit festgestellt wird.

(3) Der Träger der Krankenversicherung ist zur Auflösung des Vertragsverhältnisses mit einem Vertragsarzt verpflichtet, wenn der Arzt die österreichische Staatsbürgerschaft oder die Berechtigung zur Ausübung des ärztlichen Berufes verliert oder wenn ihm diese Berechtigung von Anfang an fehlte oder wenn einvernehmlich mit der zuständigen Ärztekammer festgestellt wird, daß die Voraussetzungen, die zur Bestellung des Vertragsarztes erforderlich sind, von Anfang an nicht gegeben waren.

(4) Der Träger der Krankenversicherung kann das Vertragsverhältnis mit einem Vertragsarzt lösen, wenn sich der Arzt mit der sofortigen Lösung einverstanden erklärt; hievon ist die zuständige Ärztekammer zu verständigen. Im übrigen kann das Vertragsverhältnis mit dem Vertragsarzt vom Träger der Krankenversicherung oder vom Arzt nach den Bestimmungen des Gesamtvertrages gelöst werden, wobei der Gesamtvertrag die gleichen Bedingungen für beide Vertragsteile vorsehen muß.

(5) Das Vertragsverhältnis kann unbeschadet der Bestimmungen der Abs. 2 bis 4 von beiden Teilen unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist zum Ende eines Kalendervierteljahres gelöst werden.

Entscheidung von Streitigkeiten aus dem Einzelvertrag.

§ 344. Zur Schlichtung und Entscheidung von Streitigkeiten aus dem Einzelvertrag ist in jedem Land eine paritätische Schiedskommission zu errichten. Diese besteht aus der gleichen Zahl von Vertretern der zuständigen Ärztekammer und der am Verfahren beteiligten Träger der Krankenversicherung. Kommt bei Stimmengleichheit ein Beschluß in der Schiedskommission nicht zustande, dann geht die Zuständigkeit zur Entscheidung der anhängigen Streitsache auf Antrag der zuständigen Ärztekammer oder des

82

am Verfahren beteiligten Trägers der Krankenversicherung auf die paritätische Einigungskommission über.

Entscheidung von Streitigkeiten aus dem Gesamtvertrag.

§ 345. (1) Zur Schlichtung und Entscheidung von Streitigkeiten zwischen den Parteien eines Gesamtvertrages ist für jedes Land beim Amt der zuständigen Landesregierung eine paritätische Einigungskommission zu errichten. Diese besteht aus einem Richter als Vorsitzenden und aus vier Beisitzern. Der Vorsitzende wird vom Präsidenten des Obersten Gerichtshofes in Wien bestellt; je zwei Beisitzer werden von der zuständigen Ärztekammer und vom Hauptverband berufen.

(2) Gegen die Entscheidungen der Einigungskommission kann binnen zwei Wochen die Beschwerde an die Obereinigungskommission eingebracht werden. Gegen Entscheidungen, für die die paritätische Einigungskommission gemäß § 344 letzter Satz zuständig wurde, ist die Beschwerde nicht zulässig.

Obereinigungskommission.

§ 346. (1) Zur Entscheidung über Beschwerden, die gemäß § 345 Abs. 2 erhoben werden, ist beim Bundesministerium für soziale Verwaltung eine paritätische Obereinigungskommission zu errichten.

(2) Die paritätische Obereinigungskommission besteht aus einem Richter als Vorsitzenden und aus sechs Beisitzern; Beisitzer sind zwei Richter sowie je zwei Beisitzer, die von der Österreichischen Ärztekammer und dem Hauptverband berufen werden.

(3) Die richterlichen Mitglieder der Obereinigungskommission sind vom Präsidenten des Obersten Gerichtshofes in Wien aus dem Stande der Richter dieses Gerichtshofes zu bestellen.

(4) Gegen Entscheidungen der Obereinigungskommission sind keine Rechtsmittel — auch nicht die Beschwerde an den Verwaltungsgerichtshof — zulässig.

Allgemeine Bestimmungen über die Kommissionen.

§ 347. (1) Die Mitglieder der in den §§ 344 bis 346 vorgesehenen Kommissionen sind in Ausübung ihres Amtes unabhängig und an keine Weisungen gebunden. Die in diesen Kommissionen tätigen Richter erhalten eine Entschädigung, deren Höhe vom Bundesministerium für Justiz im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für soziale Verwaltung nach Anhörung der Österreichischen Ärztekammer und des Hauptverbandes festgesetzt wird. Die übrigen Mitglie-

der dieser Kommissionen üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus. Diese Regelung gilt sinngemäß auch für die Stellvertreter der Mitglieder dieser Kommissionen.

(2) Die Gerichte, Verwaltungsbehörden, Versicherungsträger und ihre Verbände, wie auch die Österreichische Ärztekammer und die in den Ländern eingerichteten Ärztekammern sind an die innerhalb der Grenzen der Zuständigkeit gefällten Entscheidungen und Beschlüsse der in den §§ 344 bis 346 vorgesehenen Kommissionen gebunden.

(3) Zwischen der Österreichischen Ärztekammer und dem Hauptverband ist eine Geschäftsordnung für die im § 344 vorgesehene Kommission zu vereinbaren; diese Geschäftsordnung regelt die Zuständigkeit, die Berufung der Mitglieder der Kommission sowie das Verfahren vor dieser. Die Geschäftsordnungen für die paritätischen Einigungskommissionen und die paritätische Obereinigungskommission werden mit dem gleichen Inhalt nach Anhörung der Österreichischen Ärztekammer und des Hauptverbandes durch Verordnung des Bundesministeriums für soziale Verwaltung erlassen.

Bestimmung des Inhaltes eines Gesamtvertrages durch die Obereinigungskommission.

§ 348. (1) Auf Antrag der Österreichischen Ärztekammer oder des Hauptverbandes setzt die paritätische Obereinigungskommission den Inhalt eines aufgekündigten Gesamtvertrages für höchstens sechs Monate — gerechnet vom Tage der Entscheidung — fest. Dieser Antrag kann gestellt werden, wenn sechs Wochen vor Ablauf der Geltungsdauer des Gesamtvertrages ein neuer Gesamtvertrag nicht geschlossen wurde und wenn die Geltungsdauer des aufgekündigten Gesamtvertrages noch nicht abgelaufen ist.

(2) Wenn ein Antrag gemäß Abs. 1 fristgerecht gestellt wird, dann bleibt der aufgekündigte Gesamtvertrag bis zur Entscheidung der Obereinigungskommission vorläufig in Kraft.

(3) Mit Ablauf der Geltungsdauer des gemäß Abs. 1 festgesetzten Gesamtvertrages erlöschen die von seinem Geltungsbereich erfaßten Einzelverträge.

ABSCHNITT III.

Beziehungen der Träger der Sozialversicherung und ihrer Verbände zu anderen Vertragspartnern.

Gesamtverträge.

§ 349. (1) Die Beziehungen zwischen den Trägern der Krankenversicherung und den frei-

beruflich tätigen Dentisten werden durch Gesamtverträge geregelt. Hiebei finden die Bestimmungen der §§ 341, 342 und 343 mit der Maßgabe sinngemäß Anwendung, daß an die Stelle der Ärztekammern die Österreichische Dentistenkammer in Wien tritt.

(2) Die Beziehungen zwischen den Sozialversicherungsträgern und den anderen Vertragspartnern als Ärzten, Dentisten und Krankenanstalten können durch Gesamtverträge geregelt werden. Hiebei finden die Bestimmungen des § 341 mit der Maßgabe sinngemäß Anwendung, daß an die Stelle der Ärztekammern die zuständige öffentlich-rechtliche Interessenvertretung tritt.

(3) Sieht ein gemäß Abs. 2 abgeschlossener Gesamtvertrag vor, daß ohne Abschluß von Einzelverträgen die im Gesamtvertrag angeführten Verbandsangehörigen die Sachleistungen für Rechnung der Träger der Krankenversicherung zu erbringen haben, dann regelt der Gesamtvertrag selbst mit verbindlicher Wirkung die Beziehungen zwischen den Verbandsangehörigen und den Versicherungsträgern.

Abgabe von Heilmitteln.

§ 350. Heilmittel (§ 136) dürfen von den öffentlichen Apotheken (ärztlichen Hausapotheken) für Rechnung der Träger der Krankenversicherung nur abgegeben werden, wenn sie von einem mit dem Träger der Krankenversicherung in einem Vertragsverhältnis stehenden Arzt verschrieben werden und nach den vom Hauptverband erlassenen Richtlinien über die ökonomische Verschreibeweise (§ 31 Abs. 3 Z. 11) zur freien Verschreibung zugelassen oder aber — soweit eine chef- oder kontrollärztliche Bewilligung in diesen Richtlinien vorgesehen ist — vom Chef- oder Kontrollarzt bewilligt sind.

Entscheidung von Streitigkeiten aus dem Einzel- und Gesamtvertrag.

§ 351. Die Bestimmungen der §§ 344 bis 348 gelten sinngemäß für das Vertragsverhältnis zwischen den Trägern der Krankenversicherung einerseits und den Dentisten, Hebammen und Apothekern sowie deren gesetzlichen Interessenvertretungen andererseits. Soweit in diesen Bestimmungen den Ärztekammern die Berufung von Beisitzern vorbehalten ist, treten an die Stelle der Ärztekammern die in Betracht kommenden öffentlich-rechtlichen Interessenvertretungen der Vertragspartner.

SIEBENTER TEIL.

Verfahren.

ABSCHNITT I.

Allgemeine Bestimmungen.

1. UNTERABSCHNITT.

Arten des Verfahrens.

Geltungsbereich der Regelung.

§ 352. Die Bestimmungen dieses Teiles gelten für das Verfahren zur Durchführung der Bestimmungen dieses Bundesgesetzes sowie der Bestimmungen über die zusätzliche Pensionsversicherung von Bediensteten der österreichischen Bundesbahnen sowie von Bediensteten von Privatbahnunternehmungen (§§ 478 und 479), soweit nicht

1. die Durchführung durch privatrechtliche Verträge zu erfolgen hat oder außer den im 4. Unterabschnitt geregelten Fällen die Zuständigkeit der ordentlichen Gerichte gegeben ist oder

2. für die Durchführung in anderen Teilen dieses Bundesgesetzes besondere verfahrensrechtliche Bestimmungen getroffen sind oder

3. Angelegenheiten der Beiträge des Bundes zu den in diesem Bundesgesetz geregelten Versicherungen oder Kostenersätze des Bundes für erbrachte Versicherungsleistungen zu behandeln sind oder

4. in anderen Teilen dieses Bundesgesetzes vorgesehene Straf-, Aufsichts-, Entscheidungs- oder Genehmigungs(Zustimmungs)befugnisse von den hierzu berufenen Behörden ausgeübt werden.

Verfahrensarten.

§ 353. Das in diesem Teil geregelte Verfahren gliedert sich in das Verfahren in Leistungssachen (§ 354) und das Verfahren in Verwaltungssachen (§ 355).

Leistungssachen.

§ 354. Leistungssachen sind die Angelegenheiten, in denen es sich handelt um

1. Feststellung des Bestandes, des Umfangs oder des Ruhens eines Anspruches auf eine Versicherungsleistung, soweit nicht hiebei die Versicherungszugehörigkeit (§§ 13 bis 15), die Versicherungszuständigkeit (§§ 26 bis 30), die Leistungszugehörigkeit (§ 245) oder die Leistungszuständigkeit (§ 246) in Frage steht,

2. Feststellung der Verpflichtung zum Rückersatz einer zu Unrecht empfangenen Versicherungsleistung,

3. Streitigkeiten über Ersatzansprüche der Fürsorgeträger gemäß Abschnitt II des Fünften Teiles.

Verwaltungssachen.

§ 355. Alle nicht gemäß § 354 als Leistungssachen geltenden Angelegenheiten, für die nach

§ 352 die Bestimmungen dieses Teiles gelten, sind Verwaltungssachen. Insbesondere gehören zu den Verwaltungssachen die

1. Feststellung der Versicherungspflicht, der Versicherungsberechtigung sowie des Beginnes und Endes der Versicherung,

2. Feststellung der Versicherungszugehörigkeit und -zuständigkeit, in der Pensionsversicherung auch der Leistungszugehörigkeit und -zuständigkeit,

3. Angelegenheiten der Beiträge der Versicherten und ihrer Dienstgeber, einschließlich der Beitragszuschläge nach § 113,

4. Angelegenheiten der Überweisungen in der Pensionsversicherung bei der Aufnahme in ein pensionsversicherungsfreies Dienstverhältnis oder beim Ausscheiden aus einem solchen,

5. Streitigkeiten zwischen den Versicherungsträgern (Verbänden) aus der Durchführung dieses Bundesgesetzes, insbesondere solche gemäß Abschnitt I des Fünften Teiles.

Zuständigkeit der Gerichte.

§ 356. Zur Entscheidung von Streitigkeiten aus Abschnitt IV des Fünften Teiles, betreffend Schadenersatz und Haftung, sind die ordentlichen Gerichte zuständig.

2. UNTERABSCHNITT.

Gemeinsame Bestimmungen für das Verfahren in Verwaltungs- und in Leistungssachen vor den Versicherungsträgern.

Anwendung des allgemeinen Verwaltungsverfahrensgesetzes.

§ 357. Für das Verfahren vor den Versicherungsträgern in Leistungssachen und in Verwaltungssachen gelten entsprechend die nachstehenden Bestimmungen des Allgemeinen Verwaltungsverfahrensgesetzes 1950, BGBl. Nr. 172: § 7 über die Befangenheit von Verwaltungsorganen, § 8 über Beteiligte, Parteien, § 9 über Rechts- und Handlungsfähigkeit, §§ 10 bis 12 über Vertreter, §§ 13 bis 17 über Anbringen, Niederschriften, Aktenvermerke und Akteneinsicht, §§ 21 bis 31 über Zustellungen, hiebei § 21 mit der Maßgabe, daß eine Zustellung durch die Gemeinden nicht zulässig ist, §§ 32 und 33 über Fristen, § 38 über die Beurteilung von Vorfragen, § 58 Abs. 1 und 2, §§ 59 bis 61 und § 62 Abs. 4 über Inhalt und Form der Bescheide, §§ 69 und 70 über Wiederaufnahme des Verfahrens, §§ 71 und 72 über Wiedereinsetzung in den vorigen Stand.

Feststellung des Sachverhaltes.

§ 358. (1) Die Versicherungsträger können Parteien, sonstige Beteiligte und Auskunftspersonen zur Feststellung des Sachverhaltes vernehmen. Leistet die einzuvernehmende Person der Ladung keine Folge oder verweigert sie die Aussage, so kann der Versicherungsträger, wenn

es sich um eine Verwaltungssache handelt, die für ihren Wohnort örtlich zuständige Bezirksverwaltungsbehörde, wenn es sich um eine Leistungssache handelt, das für ihren Wohnort örtlich zuständige Schiedsgericht um ihre Vernehmung ersuchen.

(2) Die Bezirksverwaltungsbehörde beziehungsweise das Schiedsgericht hat einem Ersuchen nach Abs. 1 zu entsprechen; sie haben hiebei die sonst für sie geltenden Verfahrensvorschriften anzuwenden.

Kosten des Verfahrens.

§ 359. (1) Die Kosten des Verfahrens vor dem Versicherungsträger trägt dieser.

(2) Parteien, sonstige Beteiligte und Auskunftspersonen, die von einem Versicherungsträger zum Zwecke der Vernehmung oder einer ärztlichen Untersuchung vorgeladen werden, erhalten den Ersatz der notwendigen Barauslagen, die in § 4 Abs. 1 bezeichneten Personen auch den Ersatz des nachgewiesenen Verdienstentganges.

(3) Wenn ein Anspruchswerber oder Anspruchsberechtigter beantragt, daß ein bestimmter Arzt gutächtiglich gehört werde, so kann der Versicherungsträger die Anhörung davon abhängig machen, daß der Antragsteller die Kosten hierfür trägt.

(4) Kosten, die von einer Partei durch Mutwillen, Verschleppung oder Irreführung veranlaßt worden sind, hat ihr der Versicherungsträger zum Ersatz aufzuerlegen.

(5) Lehnt der Versicherungsträger den Kostenersatz gemäß Abs. 2 ganz oder zum Teil ab, so hat er die Ablehnung auf Antrag bescheidmässig auszusprechen. Ein Kostenersatz gemäß Abs. 4 ist auf jeden Fall bescheidmässig aufzuerlegen. Ist ein Bescheid über Kostenersatz in einem Verfahren in Leistungssachen ergangen, so kann Klage beim zuständigen Schiedsgericht der Sozialversicherung erhoben werden. Gegen Bescheide über Kostenersatz im Verfahren in Verwaltungssachen ist das gegen Bescheide der Versicherungsträger in Verwaltungssachen vorgehene Rechtsmittel zulässig.

Rechts- und Verwaltungshilfe.

§ 360. (1) Die Verwaltungsbehörden und die Gerichte sind verpflichtet, den im Vollzug dieses Bundesgesetzes an sie ergehenden Ersuchen der Versicherungsträger und ihrer Verbände im Rahmen ihrer sachlichen und örtlichen Zuständigkeit zu entsprechen. In gleicher Weise haben die Versicherungsträger (Verbände) den Verwaltungsbehörden und den Gerichten Verwaltungshilfe zu leisten.

(2) Barauslagen, die der ersuchten Stelle aus der Hilfeleistung erwachsen, mit Ausnahme von Portokosten, sind von der ersuchenden Stelle zu erstatten.

ABSCHNITT II.

Verfahren in Leistungssachen.

1. UNTERABSCHNITT.

Feststellung von Leistungsansprüchen durch die Versicherungsträger.

Einleitung des Verfahrens.

§ 361. (1) Die Leistungsansprüche sind von den Versicherungsträgern im Rahmen ihrer örtlichen und sachlichen Zuständigkeit festzustellen

1. in der Kranken- und in der Pensionsversicherung auf Antrag,

2. in der Unfallversicherung von Amts wegen oder, sofern das Verfahren nicht auf diese Weise eingeleitet wurde, auf Antrag.

(2) Zur Stellung eines Antrages nach Abs. 1 ist der Anspruchswerber selbst oder sein gesetzlicher Vertreter berechtigt. Minderjährige, die das 14. Lebensjahr vollendet haben, können auch selbst den Antrag stellen. Hinsichtlich eines Leistungsanspruches, aus dem ein auf Grund der Bestimmungen des Abschnittes II des Fünften Teiles vom Träger der öffentlichen Fürsorge geltend gemachter Ersatzanspruch zu befriedigen ist, ist auch der Träger der öffentlichen Fürsorge antragsberechtigt.

(3) Der Antragsteller hat die zur Feststellung des geltend gemachten Anspruches erforderlichen Urkunden und in seinen Händen befindlichen Unterlagen über den Versicherungsverlauf beizubringen.

(4) Anträge auf Leistungen der Unfall- und der Pensionsversicherung sind bei dem örtlich und sachlich zuständigen Versicherungsträger einzubringen. Wird der Antrag bei einem anderen Versicherungsträger oder bei einer Behörde der allgemeinen staatlichen Verwaltung eingebracht, so gilt er gleichwohl, und zwar mit dem Tage des Einlangens bei dieser anderen Stelle, als bei dem zuständigen Versicherungsträger rechtswirksam eingebracht. Die andere Stelle hat den Antrag ohne unnötigen Aufschub an den zuständigen Versicherungsträger weiterzuleiten.

Zurückweisung von Leistungsanträgen in der Unfall- und Pensionsversicherung.

§ 362. (1) Ist die Zuerkennung des Anspruches auf eine Versehrtenrente oder der Antrag auf eine Erhöhung der Versehrtenrente mangels einer entsprechenden Einbuße an Erwerbsfähigkeit abgewiesen oder eine solche Rente aus dem gleichen Grunde entzogen worden und wird vor Ablauf eines Jahres nach Rechtskraft der Entscheidung der Antrag auf Zuerkennung (Erhöhung) der Versehrtenrente neuerlich eingebracht, ohne daß eine wesentliche Änderung der zuletzt festgestellten Unfallsfolgen glaubhaft bescheinigt ist oder innerhalb einer vom Versicherungsträger ge-

setzten angemessenen Frist bescheinigt wird, so ist der Antrag zurückzuweisen. Gegen die Zurückweisung ist ein Rechtsmittel nicht zulässig.

(2) Abs. 1 ist entsprechend anzuwenden, wenn mangels entsprechender Minderung der Arbeitsfähigkeit ein Antrag auf Zuerkennung einer Invaliditäts-, Berufsunfähigkeits-, Knappschafts- oder Knappschaftsvollrente abgelehnt oder eine solche Rente entzogen worden ist.

Unfallsanzeige.

§ 363. (1) Die Dienstgeber und die sonstigen meldepflichtigen Personen oder Stellen (§§ 33 bis 37, 39) haben jeden Arbeitsunfall, durch den eine unfallversicherte Person getötet oder mehr als drei Tage völlig oder teilweise arbeitsunfähig geworden ist, längstens binnen fünf Tagen dem zuständigen Träger der Unfallversicherung auf einem von diesem aufzulegenden Vordruck in dreifacher Ausfertigung anzuzeigen. Auf die gleiche Weise haben die meldepflichtigen Personen (Stellen) die Berufskrankheit eines Unfallversicherten binnen fünf Tagen nach dem Beginn der Krankheit (§ 120 Z. 1) dem zuständigen Träger der Unfallversicherung anzuzeigen.

(2) Der Arzt, der bei einem Versicherten eine Berufskrankheit oder Krankheitserscheinungen feststellt, die den begründeten Verdacht einer solchen Krankheit rechtfertigen, hat diese Feststellung dem zuständigen Träger der Unfallversicherung binnen fünf Tagen auf einem von diesem aufzulegenden Vordruck in dreifacher Ausfertigung anzuzeigen. Der Versicherungsträger hat dem Arzt hiefür eine Vergütung von 10 S zu leisten. Ein Arzt, welcher der ihm obliegenden Verpflichtung zur Erstattung der Anzeige nicht oder nicht rechtzeitig nachkommt, begeht eine Verwaltungsübertretung und ist, wenn er nicht nach anderen Vorschriften einer strengeren Strafe unterliegt, von der Bezirksverwaltungsbehörde mit Geld bis zu 3000 S, im Falle der Uneinbringlichkeit mit Arrest bis zu zwei Wochen zu bestrafen.

(3) Der Träger der Unfallversicherung hat eine der bei ihm eingelangten Ausfertigungen der Anzeige über einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit unverzüglich weiterzuleiten

1. an das zuständige Arbeitsinspektorat, wenn der Unfall (die Berufskrankheit) den Dienstnehmer eines Betriebes betraf, der nach dem Arbeitsinspektionsgesetz, BGBl. Nr. 194/1947, in der jeweils geltenden Fassung dem Wirkungsbereich der Arbeitsinspektion unterliegt;

2. an das Verkehrs-Arbeitsinspektorat, wenn der Unfall (die Berufskrankheit) den Dienstnehmer eines Betriebes betraf, der nach dem Verkehrs-Arbeitsinspektionsgesetz, BGBl. Nr. 99/1952, in der jeweils geltenden Fassung dem Wirkungsbereich des Verkehrs-Arbeitsinspektorates unterliegt;

3. an die zuständige Land- und Forstwirtschaftsinspektion, wenn der Unfall (die Berufskrankheit) den Dienstnehmer eines Betriebes betraf, der nach dem Landarbeitsgesetz, BGBl. Nr. 140/1948, in der jeweils geltenden Fassung dem Wirkungsbereich der Land- und Forstwirtschaftsinspektion unterliegt;

4. an die zuständige Berghauptmannschaft, wenn der Unfall (die Berufskrankheit) den Dienstnehmer eines Betriebes betraf, der nach dem Berggesetz, BGBl. Nr. 73/1954, in der jeweils geltenden Fassung der Aufsicht der Bergbehörde unterliegt.

Eine weitere Ausfertigung der Anzeige über eine Berufskrankheit hat der Träger der Unfallversicherung dem Arbeitsinspektionsarzt beim Zentralarbeitsinspektorat unverzüglich zu übersenden.

Erhebung von Arbeitsunfällen durch den Versicherungsträger.

§ 364. Der Unfallversicherungsträger läßt nach Einlangen einer Unfallanzeige unverzüglich die Tatsachen feststellen, welche für die Ermittlung, ob und in welcher Höhe eine Entschädigung in Betracht kommt, erforderlich sind.

Behördliche Erhebung von Arbeitsunfällen.

§ 365. (1) Ein Arbeitsunfall ist behördlich zu erheben, wenn es der Träger der Unfallversicherung bei der nach dem Unfallorte zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde, sofern es sich aber um Betriebe handelt, die der Aufsicht der Bergbehörde unterstehen, bei der nach dem Unfallorte zuständigen Berghauptmannschaft beantragt.

(2) Unfallshebungen sind nach Einlangen des Antrages ohne Verzug und in der Regel an Ort und Stelle vorzunehmen. Der Erhebung ist nach Möglichkeit der Versehrte beizuziehen. Außerdem sind von der Vornahme der Erhebung der Träger der Unfallversicherung, das zuständige Arbeitsinspektorat (Verkehrs-Arbeitsinspektorat, Land- und Forstwirtschaftsinspektion) sowie, wenn der Unfall einen Dienstnehmer betroffen hat, der Dienstgeber und der Betriebsrat (die Vertrauensmänner) des Betriebes zu verständigigen. Diese Stellen können sich durch Vertreter an der Erhebung beteiligen. Das Ergebnis der Erhebungen ist dem Unfallversicherungsträger sobald wie möglich mitzuteilen.

(3) § 14 des Arbeitsinspektionsgesetzes, BGBl. Nr. 194/1947, und § 15 des Verkehrs-Arbeitsinspektionsgesetzes, BGBl. Nr. 99/1952, beide in der jeweils geltenden Fassung, sowie die auf Grund des § 92 des Landarbeitsgesetzes, BGBl. Nr. 140/1948, in der jeweils geltenden Fassung erlassenen Ausführungsbestimmungen werden durch die Abs. 1 bis 3 nicht berührt.

Mitwirkung des Anspruchswerbers oder Anspruchsberechtigten.

§ 366. (1) Anspruchswerber und Anspruchsberechtigte sind verpflichtet, sich einer ärztlichen Untersuchung oder einer Beobachtung in einer Krankenanstalt zu unterziehen, die der zuständige Versicherungsträger anordnet, um das Vorliegen und den Grad von gesundheitlichen Schädigungen festzustellen, die Voraussetzung für den Anspruch auf eine Leistung sind.

(2) Wird einer Anordnung des Versicherungsträgers im Sinne des Abs. 1 nicht entsprochen, so kann er der Entscheidung über den Leistungsanspruch den Sachverhalt, soweit er festgestellt ist, zugrunde legen. Dies darf jedoch nur geschehen, wenn die Anordnung unter Androhung der Säumnisfolgen und mit Setzung einer angemessenen Frist vorgenommen wird. Die Anordnung ist aufzuheben, wenn die aufgeforderte Person glaubhaft macht, daß sie durch ein unvorhergesehenes oder unabwendbares Ereignis ohne ihr Verschulden verhindert war, der Anordnung fristgerecht nachzukommen.

(3) Zur Klärung der Frage, ob ein Krankheitszustand ganz oder teilweise als Berufskrankheit anzusehen ist, kann der Träger der Unfallversicherung eine gutachtliche Äußerung des Arbeitsinspektionsarztes beim Zentralarbeitsinspektorate einholen. Einem Antrage des Arbeitsinspektionsarztes auf Vornahme von Ermittlungen, erforderlichenfalls von weiteren ärztlichen Untersuchungen hat der Versicherungsträger zu entsprechen.

Bescheide der Versicherungsträger in Leistungssachen.

§ 367. (1) Über den Antrag auf Zuerkennung einer Leistung aus der Krankenversicherung oder auf Gewährung von Unfallheilbehandlung, von Familien-, Tag-, Versehrtengeld, von Berufsfürsorge oder von Körperersatzstücken, orthopädischen Behelfen und anderen Hilfsmitteln aus der Unfallversicherung, ferner bei amtswegiger Feststellung der angeführten Leistungen der Unfallversicherung ist ein Bescheid zu erlassen, wenn

1. der Versicherungsträger von sich aus ohne Einwilligung des Erkrankten (Versehrten) Anstaltspflege oder Wiederaufnahme der Heilbehandlung verfügt oder wenn

2. die beantragte Leistung ganz oder teilweise abgelehnt wird und der Anspruchswerber ausdrücklich einen Bescheid verlangt.

Über den Antrag auf Zuerkennung oder über die amtswegige Feststellung einer sonstigen Leistung aus der Unfallversicherung, ferner über den Antrag auf eine Leistung gemäß § 222 Abs. 1 und 2 aus der Pensionsversicherung ist jedenfalls ein Bescheid zu erlassen.

(2) Abs. 1 ist entsprechend anzuwenden bei Entziehung, Neufeststellung, Widerruf, Abfin-

derung, Abfertigung oder Feststellung des Ruhens eines Leistungsanspruches, ferner bei Geltendmachung des Anspruches auf Rückersatz einer unrechtmäßig bezogenen Leistung oder bei Aufrechnung auf eine Geldleistung.

Frist für die Bescheiderteilung.

§ 368. (1) Bescheide über Anträge auf Zuerkennung von Leistungen aus der Krankenversicherung sind binnen zwei Wochen nach der Einbringung des Antrages, Bescheide über die Feststellung von Leistungen aus der Unfallversicherung binnen sechs Monaten nach dem Einlangen der Unfallsanzeige (nach dem Einlangen des Antrages), Bescheide über Anträge auf Zuerkennung von Leistungen aus der Pensionsversicherung binnen sechs Monaten nach dem Einlangen des Antrages an den Anspruchswerber zu erlassen. Zeiten, während derer das Verfahren gemäß § 38 zweiter Satz AVG. 1950, BGBl. Nr. 172, ausgesetzt ist, werden in diese Fristen nicht eingerechnet.

(2) Hat der Versicherungsträger einen Bescheid zu erlassen, kann er dies aber innerhalb der nach Abs. 1 in Betracht kommenden Frist nicht, weil der Sachverhalt noch nicht genügend geklärt ist, so hat er, wenn seine Leistungspflicht dem Grunde nach feststeht, die Leistung zu bevorschussen. Solche Vorschüsse kann er auch, sobald seine Leistungspflicht dem Grunde nach feststeht, schon vor Ablauf der Frist nach Abs. 1 gewähren.

2. UNTERABSCHNITT.

Verfahren über Ersatzansprüche der Fürsorgeträger und Gemeinden gemäß Abschnitt II des Fünften Teiles.

§ 369. Im Verfahren über Ersatzansprüche der Fürsorgeträger und Gemeinden gemäß Abschnitt II des Fünften Teiles steht den Versicherungsträgern ein Bescheidrecht nicht zu.

3. UNTERABSCHNITT.

Leistungsstreitverfahren erster Instanz.

Schiedsgerichte, Sitz und Bezeichnung.

§ 370. (1) Für jedes Land wird je ein Schiedsgericht der Sozialversicherung errichtet.

(2) Das Schiedsgericht für das Land Wien und das Schiedsgericht für das Land Niederösterreich haben ihren Sitz in Wien, die Schiedsgerichte für die übrigen Länder in den Landeshauptstädten.

(3) Die Schiedsgerichte führen die Bezeichnung „Schiedsgericht der Sozialversicherung für (folgt der Name des Landes) in (folgt der Name der Stadt, in der das Schiedsgericht seinen Sitz hat)“.

Sachliche Zuständigkeit der Schiedsgerichte.

§ 371. Die Schiedsgerichte sind in erster Instanz ausschließlich zuständig zur Entscheidung über Streitigkeiten

1. in Leistungssachen nach § 354,
2. in Verfahrenskostensachen nach § 359 Abs. 2 und 4.

Örtliche Zuständigkeit der Schiedsgerichte.

§ 372. (1) Die örtliche Zuständigkeit der Schiedsgerichte richtet sich nach dem Wohnsitz (Sitz), in Ermangelung eines solchen nach dem Aufenthaltsort des Klägers im Inland. Mangels eines Wohnsitzes (Sitzes) oder Aufenthaltsortes im Inland ist das Schiedsgericht der Sozialversicherung für Wien zuständig, die Frage, ob ein Wohnsitz, Sitz oder Aufenthaltsort gegeben ist, ist nach den Vorschriften der Jurisdiktionsnorm, RGBl. Nr. 111/1895, in der jeweils geltenden Fassung, zu beurteilen.

(2) Wird die örtliche Zuständigkeit durch den Wohnsitz begründet, so geht sie, wenn der Wohnsitz während eines anhängigen Verfahrens verlegt wird, auf das nach dem neuen Wohnsitz zuständige Schiedsgericht über.

Amtswegige Wahrnehmung der Zuständigkeit durch die Schiedsgerichte.

§ 373. Die Schiedsgerichte haben ihre Zuständigkeit von Amts wegen wahrzunehmen.

Streitigkeiten über die örtliche Zuständigkeit.

§ 374. (1) Ist das angerufene Schiedsgericht örtlich nicht zuständig, so hat es mit Beschluß, der auch ohne mündliche Verhandlung gefaßt werden kann, seine Unzuständigkeit auszusprechen und die Klage an das örtlich zuständige Schiedsgericht zu überweisen. Das Schiedsgericht, an das die Klage überwiesen wurde, kann seine Unzuständigkeit nicht mehr mit der Begründung aussprechen, daß es nicht örtlich zuständig ist.

(2) Erklären sich mehrere Schiedsgerichte für zuständig, so hat dasjenige den Vorrang, bei dem die Streitsache zuerst anhängig gemacht wurde.

Delegierung.

§ 375. (1) Das örtlich zuständige Schiedsgericht hat, wenn es infolge Ablehnung eines Mitgliedes gemäß § 380 an der Ausübung der Gerichtsbarkeit gehindert ist, von Amts wegen die Delegierung eines anderen Schiedsgerichtes beim Oberlandesgericht Wien zu beantragen; dieses entscheidet über den Antrag endgültig.

(2) Abs. 1 ist entsprechend anzuwenden, wenn Gründe der Zweckmäßigkeit für die Behandlung der Streitsache durch ein anderes als das örtlich zuständige Schiedsgericht sprechen.

Zusammensetzung der Schiedsgerichte.

§ 376. (1) Das Schiedsgericht besteht aus einem ständigen Vorsitzenden, der erforderlichen Anzahl von Stellvertretern des Vorsitzenden und aus Beisitzern aus dem Kreise der Versicherten und ihrer Dienstgeber. Die Mitglieder des Schiedsgerichtes dürfen weder Mitglieder von Verwaltungskörpern eines Versicherungsträgers noch Bedienstete eines solchen sein.

(2) Der ständige Vorsitzende und seine Stellvertreter sind vom Bundesministerium für Justiz im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für soziale Verwaltung aus dem Kreise der bei einem Gericht am Sitze des Schiedsgerichtes ernannten Richter zu bestellen. Wird ein Vorsitzender eines Schiedsgerichtes (dessen Stellvertreter) zur Disziplinarstrafe der Versetzung mit gleichem Rang an einen anderen Dienstort verurteilt, so hat das Disziplinargericht zugleich auf Entsetzung als Vorsitzender (Stellvertreter) des Schiedsgerichtes zu erkennen.

(3) Die Beisitzer sind auf Grund von Vorschlägen der örtlich und sachlich zuständigen öffentlich-rechtlichen Interessenvertretungen der Dienstnehmer und der Dienstgeber von dem nach dem Sprengel des Schiedsgerichtes in Betracht kommenden Landeshauptmann auf die Amtsdauer von fünf Jahren zu berufen. Bestehen für einzelne Gruppen von Dienstnehmern keine öffentlich-rechtlichen Interessenvertretungen, so hat der Landeshauptmann für die betreffenden Gruppen Vorschläge des Österreichischen Gewerkschaftsbundes, und zwar der örtlich und sachlich in Betracht kommenden Gewerkschaft einzuholen; bestehen für einzelne Gruppen von Dienstgebern keine öffentlich-rechtlichen Interessenvertretungen, so ist es dem Landeshauptmann anheimgestellt, Vorschläge allenfalls bestehender freier Interessenvertretungen dieser Gruppen einzuholen. Für die Erstattung der Vorschläge ist eine Frist von mindestens einem Monat zu setzen. Soweit innerhalb der gesetzten Frist Vorschläge nicht einlangen, hat der Landeshauptmann die Beisitzer ohne Vorschläge zu berufen.

(4) Als Beisitzer darf nur berufen werden, wer am Tage der Berufung das 24. Lebensjahr vollendet, seinen Wohn(Beschäftigungs)ort oder Betriebssitz im Sprengel des Schiedsgerichtes hat und im übrigen die persönlichen Voraussetzungen für die Bestellung zum Versicherungsvertreter (§ 420) erfüllt.

(5) Die Beisitzer haben nach Ablauf der Amtsdauer ihr Amt so lange weiterzuführen, bis die neuen Beisitzer berufen sind.

Ablehnung der Berufung zum Beisitzer, Amtsniederlegung und Amtsenthebung des Beisitzers.

§ 377. (1) Die Berufung zum Beisitzer kann abgelehnt oder dieses Amt niedergelegt werden, wenn der Berufene das 65. Lebensjahr überschrit-

ten hat, an einem die Amtsführung hindernden Gebrechen leidet oder wenn ein sonstiger die ordnungsgemäße Ausübung des Amtes hindernder Grund vorliegt. Über die Zulässigkeit der Ablehnung oder Niederlegung entscheidet der nach dem Sprengel des Schiedsgerichtes in Betracht kommende Landeshauptmann.

(2) Der nach dem Sprengel des Schiedsgerichtes in Betracht kommende Landeshauptmann kann den Beisitzer seines Amtes entheben, wenn Umstände eintreten oder bekannt werden, welche die Bestellbarkeit ausschließen würden oder wenn sich der Beisitzer einer groben Verletzung seiner Pflichten schuldig macht.

(3) Ist ein Beisitzer vor Ablauf der Amtsdauer ausgeschieden, so hat der Landeshauptmann, wenn erforderlich, für die restliche Amtsdauer des Ausgeschiedenen einen neuen Beisitzer zu berufen.

Rechtsstellung der Mitglieder der Schiedsgerichte.

§ 378. (1) Der ständige Vorsitzende und seine Stellvertreter üben ihr Amt als Richter im Sinne des Bundes-Verfassungsgesetzes in der Fassung von 1929 aus. Dem ständigen Vorsitzenden obliegt die Leitung und Einteilung der Geschäfte des Schiedsgerichtes. Im Falle seiner Verhinderung vertritt ihn der vom Bundesministerium für Justiz hiezu bestimmte Stellvertreter.

(2) Die Beisitzer haben vor Antritt ihres Amtes dem ständigen Vorsitzenden oder seinem Stellvertreter (Abs. 1) Gehorsam gegen die Verfassung und die übrigen Gesetze der Republik Österreich, gewissenhafte, unparteiische und uneigennützig Erfüllung der Amtspflichten und Bewahrung des Amtsgeheimnisses mit Handschlag zu geloben.

(3) Die Beisitzer sind bei Ausübung ihres Amtes an keine Weisungen gebunden.

Entschädigungsansprüche, Ordnungsstrafen und Urlaube für Beisitzer.

§ 379. (1) Die Beisitzer haben Anspruch auf Ersatz der Reise- und Aufenthaltskosten sowie auf Entschädigung für Zeitversäumnis. Auf diesen Anspruch sind die für Schöffen geltenden Bestimmungen des Gebührenanspruchsgesetzes, BGBl. Nr. 136/1946, in der jeweils geltenden Fassung sinngemäß anzuwenden.

(2) Der ständige Vorsitzende kann über Beisitzer, die der Sitzung ferngeblieben sind und ihr Fernbleiben nicht innerhalb einer Woche rechtfertigen, oder die ohne hinreichende Begründung wiederholt verspätet zu den Sitzungen eintreffen, oder die sich in anderer Weise ihren Pflichten entziehen, eine Ordnungsstrafe bis zu 1000 S für jeden Fall verhängen. Der Vorsitzende kann ihnen auch den Ersatz des dem Schiedsgerichte, den Parteien oder sonstigen Beteiligten durch das Fernbleiben oder verspätete Erscheinen erwachsenen Aufwandes ganz oder teilweise auferlegen.

(3) Gegen Verfügungen nach Abs. 2 ist binnen zwei Wochen die Beschwerde an den Präsidenten des Oberlandesgerichtes Wien zulässig; dieser entscheidet endgültig.

(4) Urlaube der Beisitzer bewilligt der ständige Vorsitzende.

Ablehnung von Mitgliedern des Schiedsgerichtes.

§ 380. (1) Für die Ablehnung von Mitgliedern der Schiedsgerichte gelten sinngemäß die Bestimmungen der §§ 19 bis 22 der Jurisdiktionsnorm, RGBl. Nr. 111/1895, in der jeweils geltenden Fassung. Die Ablehnung ist beim Schiedsgericht zu erklären.

(2) Über die Ablehnung eines Beisitzers entscheidet der Vorsitzende, über die des ständigen Vorsitzenden oder eines seiner Stellvertreter der Präsident des Oberlandesgerichtes Wien. Gegen diese Entscheidungen ist ein Rechtsmittel nicht zulässig.

Abteilungen des Schiedsgerichtes.

§ 381. (1) Bei jedem Schiedsgericht ist zu bilden:

- a) eine land- und forstwirtschaftliche Abteilung für die Angelegenheiten der Krankenversicherung, soweit zu deren Durchführung eine Landwirtschaftskrankenkasse zuständig ist, ferner für die Angelegenheiten der Unfallversicherung und der Pensionsversicherung, soweit zu deren Durchführung die Land- und Forstwirtschaftliche Sozialversicherungsanstalt zuständig ist,
- b) eine allgemeine Abteilung für die Angelegenheiten anderer Art.

(2) Überdies können nach Bedarf folgende Abteilungen gebildet werden:

- a) eine Abteilung für die Dienstnehmer des Bergbaues für die Angelegenheiten der Krankenversicherung und der Pensionsversicherung, soweit zu deren Durchführung die Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues sachlich zuständig ist,
- b) eine Abteilung für Eisenbahnbedienstete für die Angelegenheiten der Kranken-, der Unfall- und der Pensionsversicherung, soweit zu deren Durchführung die Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen zuständig ist, ferner für die Angelegenheiten der zusätzlichen Pensionsversicherung von Bediensteten der Österreichischen Bundesbahnen sowie von Bediensteten der Privatbahnunternehmungen (§§ 478 und 479).

Senate.

§ 382. (1) Innerhalb jeder Abteilung sind nach Bedarf ein oder mehrere Senate einzurichten.

(2) Jeder Senat besteht aus dem ständigen Vorsitzenden oder einem seiner Stellvertreter und zwei Beisitzern, von denen der eine dem Kreise der Dienstnehmer, der andere dem Kreise der Dienstgeber angehören muß. Von den Beisitzern

ist tunlichst der eine aus dem Kreise der für die Abteilung in Betracht kommenden Dienstnehmer, der andere aus dem Kreise der Dienstgeber dieser Dienstnehmer zu entnehmen. Je nachdem, ob die Streitsache einen Arbeiter oder Angestellten betrifft, ist der Beisitzer aus dem Kreise der Dienstnehmer nach Tunlichkeit aus dem Kreise der Arbeiter oder Angestellten zu entnehmen.

Einleitung des Verfahrens.

§ 383. (1) Das Verfahren vor den Schiedsgerichten wird durch Klage eingeleitet.

(2) Eine Klage in einer Leistungssache nach § 354 Z. 1 kann nur erhoben werden, wenn der Versicherungsträger über den gegenständlichen Anspruch bereits mit Bescheid entschieden hat oder wenn er den Bescheid innerhalb von neun Monaten nach Zustellung des Antrages auf Zuerkennung des Leistungsanspruches nicht erlassen hat. Die Klage muß bei sonstigem Verlust des Klagerechtes innerhalb der unerstreckbaren Frist von drei Monaten ab Zustellung des Bescheides oder nach Ablauf der neunmonatigen Frist erhoben werden.

(3) Eine Klage in einer Leistungssache nach § 354 Z. 2 kann nur erhoben werden, wenn der Versicherungsträger über die Verpflichtung zum Rückersatz einer Versicherungsleistung bereits mit Bescheid entschieden hat. Die Klage muß bei sonstigem Verlust des Klagerechtes innerhalb der unerstreckbaren Frist von drei Monaten ab Zustellung des Bescheides erhoben werden.

(4) Eine Klage in einer Leistungssache nach § 354 Z. 3 kann nur erhoben werden, wenn der Versicherungsträger einen vom Fürsorgeträger gemäß Abschnitt II des Fünften Teiles geltend gemachten Ersatzanspruch ganz oder teilweise schriftlich abgelehnt hat oder wenn er dem Fürsorgeträger innerhalb von sechs Monaten nach Anmeldung des Anspruches seine Stellungnahme hiezu nicht schriftlich mitgeteilt hat. Die Klage muß bei sonstigem Verlust des Klagerechtes innerhalb der unerstreckbaren Frist von einem Monat nach Zustellung der Ablehnung oder nach Ablauf der sechsmonatigen Frist erhoben werden.

(5) Klagen in Verfahrenskostensachen gemäß § 359 Abs. 2 und 4 können nur erhoben werden, wenn der Versicherungsträger hierüber bereits mit Bescheid entschieden hat. Die Klage muß bei sonstigem Verlust des Klagerechtes innerhalb der unerstreckbaren Frist von drei Monaten ab Zustellung des Bescheides erhoben werden.

(6) Die Klage hat eine gedrängte Darstellung des Streitfalles, die Bezeichnung der geltend zu machenden Beweismittel und ein bestimmtes Begehren zu enthalten. Der angefochtene Bescheid ist in Ur- oder Abschrift anzuschließen.

(7) Die Klage ist beim Schiedsgericht schriftlich in zweifacher Ausfertigung zu überreichen oder mündlich zu Protokoll zu geben. Sie kann auch beim Versicherungsträger eingebracht werden. Der Versicherungsträger hat die bei ihm ein-

gebrachte Klage unter Beifügung seiner Einwendungen binnen zwei Wochen an das zuständige Schiedsgericht weiterzuleiten. Kläger, deren Wohn- oder Beschäftigungsort außerhalb des Sitzes des Schiedsgerichtes oder des Versicherungsträgers gelegen ist, können die Klage beim Bezirksgericht des Wohn- oder Beschäftigungsortes zu Protokoll erklären. Das Bezirksgericht hat das über die Klage aufgenommene Protokoll ungesäumt an das zuständige Schiedsgericht weiterzuleiten.

Wirkung der Einbringung der Klage.

§ 384. (1) Durch die rechtzeitige Einbringung der Klage tritt der Bescheid des Versicherungsträgers im Umfang des Klagebegehrens außer Kraft; insoweit werden frühere Bescheide, die durch den außer Kraft getretenen Bescheid abgeändert worden sind, nicht wieder wirksam.

(2) Der Versicherungsträger hat dem Kläger die Leistung, die Gegenstand der Klage ist, bis zur rechtskräftigen Beendigung des Verfahrens vorläufig insoweit zu gewähren, als dies dem außer Kraft getretenen Bescheid entspricht.

(3) Die Bestimmung des Abs. 2 gilt nicht, wenn der Versicherungsträger im Hinblick auf eine Änderung der Verhältnisse während des Verfahrens einen neuen Bescheid erläßt, ferner bei Streitigkeiten über die Wiederaufnahme des Heilverfahrens Unfallverletzter.

Zurücknahme und Änderung der Klage.

§ 385. (1) Eine Zurücknahme der Klage ist im Verfahren über eine Leistungssache nach § 354 Z. 1 oder 2 unzulässig.

(2) Eine Änderung der Klage in einer Leistungssache nach § 354 Z. 1 ist hinsichtlich des Ausmaßes der eingeklagten Versicherungsleistung (des Teiles der Versicherungsleistung) bis zum Schluß der mündlichen Verhandlung, auf welche das Urteil des Schiedsgerichtes ergeht, zulässig; § 383 Abs. 2 erster Satz ist nicht anzuwenden.

(3) Tritt durch die Klage ein Bescheid des Versicherungsträgers, mit dem er im Hinblick auf eine wesentliche Änderung der Verhältnisse die Leistung neu festgestellt hat, außer Kraft, so ist in dem über diese Klage eingeleiteten Verfahren die Rechtskraft einer den gleichen Anspruch betreffenden früher gefällten Entscheidung des Schiedsgerichtes oder des Oberlandesgerichtes Wien weder von Amts wegen noch auf Einrede zu berücksichtigen.

Vertretung vor dem Schiedsgericht.

§ 386. (1) Zur Vertretung vor dem Schiedsgericht sind außer Rechtsanwälten zuzulassen:

1. handlungsfähige nahe Angehörige, und zwar der Ehegatte sowie Eltern, Großeltern, Kinder, Enkel und Geschwister der Partei oder ihres Ehegatten,

2. der Dienstgeber der Partei oder Personen, die im gleichen Betriebe wie die Partei beschäftigt sind,

3. Funktionäre und Angestellte der für die Partei in Betracht kommenden gesetzlichen Interessenvertretung, kollektivvertragsfähigen Berufsvereinigung oder Gewerkschaft,

4. bei juristischen Personen auch ein Mitglied eines geschäftsführenden Organes oder ein eigener Angestellter,

5. bei Sozialversicherungsträgern überdies ein Mitglied eines geschäftsführenden Organes oder ein Angestellter eines anderen Versicherungsträgers oder eines Verbandes von Sozialversicherungsträgern, dem sie angehören.

(2) Mitglieder eines Schiedsgerichtes sind von der Vertretung vor diesem Schiedsgericht ausgeschlossen.

Grundsätze des schiedsgerichtlichen Verfahrens.

§ 387. (1) Die Verhandlungen vor den Schiedsgerichten sind nach den Grundsätzen der Öffentlichkeit, Mündlichkeit, Unmittelbarkeit und freien Beweiswürdigung durchzuführen.

(2) Die Schiedsgerichte können die Aufnahme ihnen notwendig erscheinender Beweise von Amts wegen anordnen.

Vorbereitendes Verfahren.

§ 388. (1) Der Vorsitzende hat eine Ausfertigung der Klage oder eine Abschrift des über die Klage aufgenommenen Protokolles (§ 383 Abs. 7) sowie Abschriften der Beilagen dem Beklagten mit der Aufforderung zustellen zu lassen, innerhalb einer längstens mit zwei Wochen zu bestimmenden Frist seine Einwendungen in zweifacher Ausfertigung schriftlich vorzubringen.

(2) Eine Ausfertigung der Einwendungen hat der Vorsitzende dem Kläger zustellen zu lassen.

Mündliche Verhandlung, Protokoll.

§ 389. (1) Der Kläger und der Beklagte sowie ihre Vertreter sind zur mündlichen Verhandlung gegen Empfangsbestätigung derart zu laden, daß zwischen der Zustellung der Ladung und der Tagsatzung womöglich nicht mehr als zwei Wochen liegen.

(2) Ist eine Partei trotz ausgewiesener Ladung zur Verhandlung nicht erschienen, so kann die Verhandlung auch in ihrer Abwesenheit durchgeführt werden.

(3) Über die mündliche Verhandlung ist ein Protokoll aufzunehmen. Dieses hat die Namen der Mitglieder des Senates, der Parteien und ihrer Vertreter und die wesentlichen Vorkommnisse der Verhandlung zu beurkunden. Das Protokoll ist vom Vorsitzenden und vom Schriftführer, sofern ein solcher der Verhandlung zugezogen war, zu unterfertigen.

Beschlußfassung des Senates.

§ 390. Der Senat hat über Verfügungen, Zwischenentscheidungen und das Urteil in

nichtöffentlicher Sitzung zu beschließen. Zur Beschlußfassung ist die Anwesenheit aller Mitglieder erforderlich, die bei der Verhandlung anwesend waren. Auf die Beratung und Abstimmung des Senates finden die Bestimmungen der §§ 10 bis 13 der Jurisdiktionsnorm, RGBl. Nr. 111/1895, in der jeweils geltenden Fassung, sinngemäß Anwendung. Über die nichtöffentliche Sitzung ist ein abgesondertes Protokoll zu führen, in dem das Ergebnis der Beratung und Abstimmung ersichtlich zu machen ist; § 389 Abs. 3 letzter Satz gilt für dieses Protokoll entsprechend.

Urteile, Inhalt.

§ 391. (1) Das Schiedsgericht hat über den erhobenen Anspruch mit Urteil zu entscheiden. Über Klagen in Verfahrenskostensachen nach § 359 Abs. 2 und 4 entscheidet der Vorsitzende des Schiedsgerichtes ohne mündliche Verhandlung durch Beschluß.

(2) Hält das Schiedsgericht den Anspruch für begründet, so hat es im Urteil tunlichst den Betrag der Leistung und, wenn es sich um eine fortlaufende Leistung handelt, auch deren Beginn festzustellen. Wird der Anspruch nur dem Grunde nach anerkannt, so hat das Schiedsgericht eine vorläufige Zahlung anzuordnen und deren Betrag festzusetzen; die vorläufigen Zahlungen sind nach endgültiger Festsetzung der Leistung auf diese anzurechnen.

(3) In Leistungssachen nach § 354 Z. 1 kann auch zu Leistungen verurteilt werden, die erst nach Erlassung des Urteiles fällig werden.

(4) Im Urteil ist die Frist festzusetzen, binnen der die auferlegte und schon fällige Leistung (vorläufige Zahlung) erfüllt werden muß. Diese Frist ist nach den Umständen des Falles und nach Billigkeit, höchstens jedoch im Ausmaß von vier Wochen zu bestimmen.

Urteil, Verkündung und schriftliche Ausfertigung.

§ 392. (1) Das Urteil des Schiedsgerichtes ist, wenn möglich, gleich nach Schluß der Verhandlung zu verkünden. Die Verkündung ist von der Anwesenheit der Parteien unabhängig.

(2) Das Urteil ist binnen zwei Wochen nach Verkündung oder, wenn es nicht verkündet wurde, binnen zwei Wochen nach der Fällung schriftlich an die Parteien auszufertigen.

(3) Die schriftlichen Ausfertigungen des Urteiles müssen die Namen aller Mitglieder des Senates enthalten, die bei der Schöpfung des Urteiles mitgewirkt haben. Spruch und Begründung sind äußerlich zu sondern. Die Begründung hat eine gedrängte Darstellung des Sachverhaltes zu enthalten.

(4) Die Urschrift des Urteiles ist vom Vorsitzenden und vom Schriftführer, sofern ein solcher der Verhandlung zugezogen war, zu unterschreiben und beim Akte des Schiedsgerichtes aufzubewahren.

Beschlüsse.

§ 393. Alle Entscheidungen des Schiedsgerichtes, die nicht über den erhobenen Anspruch ergehen, erfolgen durch Beschluß.

Rechtsmittelbelehrung.

§ 394. Den schriftlichen Ausfertigungen der Entscheidungen ist eine schriftliche Rechtsmittelbelehrung anzuschließen.

Vollstreckung von Urteilen und Beschlüssen der Schiedsgerichte.

§ 395. (1) Zur Vollstreckung rechtskräftiger Urteile und Beschlüsse des Schiedsgerichtes und der vor dem Schiedsgericht abgeschlossenen Vergleiche sind die ordentlichen Gerichte berufen. Die Exekution ist bei dem hiefür nach den §§ 18 und 19 der Exekutionsordnung, RGBl. Nr. 79/1896, in der jeweils geltenden Fassung, zuständigen Gericht zu beantragen und nach deren Bestimmungen durchzuführen.

(2) Auf Antrag einer Partei hat der Vorsitzende des Schiedsgerichtes die Vollstreckbarkeit des Exekutionstitels zu bestätigen.

Anwendung der Zivilprozeßordnung und der Geschäftsordnung für die Gerichte I. und II. Instanz.

§ 396. (1) Soweit das Verfahren vor den Schiedsgerichten nicht durch Bestimmungen dieses Bundesgesetzes geregelt ist, sind ergänzend die im Verfahren vor den Bezirksgerichten geltenden Vorschriften der Zivilprozeßordnung, RGBl. Nr. 113/1895, in der jeweils geltenden Fassung, mit Ausnahme der Bestimmungen über das Ruhen des Verfahrens (§§ 168 bis 170), über die Möglichkeit der Abhaltung einer ersten Tag-satzung (§ 440 Abs. 1), über Urteile in Versäumnisfällen (§ 442) und über das Verfahren in Bagatellsachen anzuwenden.

(2) Soweit die Geschäftsführung der Schiedsgerichte nicht durch Bestimmungen dieses Bundesgesetzes geregelt ist, sind hierauf die Vorschriften der Geschäftsordnung für die Gerichte I. und II. Instanz (Geo.), BGBl. Nr. 264/1951, in der jeweils geltenden Fassung, sinngemäß anzuwenden.

Kanzleigeschäfte der Schiedsgerichte.

§ 397. (1) Das für Zivilrechtssachen zuständige Landesgericht, in dessen Sprengel das Schiedsgericht seinen Sitz hat, hat dessen Kanzleigeschäfte zu besorgen. Die Kanzleigeschäfte der Schiedsgerichte in Bregenz und in Eisenstadt werden von den dortigen Bezirksgerichten besorgt.

(2) Dem Gericht, das die Kanzleigeschäfte besorgt, obliegt insbesondere die Übernahme der für das Schiedsgericht bestimmten Eingaben, die Ausfertigung und Zustellung der vom Schiedsgericht schriftlich hinausgegebenen Verfügungen, Beschlüsse und Urteile. Das Gericht hat ferner für die Verhandlungen des Schiedsgerichtes nach Tunlichkeit einen Schriftführer beizustellen.

Aufsicht über die Schiedsgerichte.

§ 398. Die Aufsicht über das Schiedsgericht steht dem Präsidenten des Oberlandesgerichtes zu, in dessen Sprengel es seinen Sitz hat. Er kann in die Geschäftsführung des Schiedsgerichtes selbst oder durch einen Vertreter Einsicht nehmen. Wahrgenommene Unregelmäßigkeiten hat er, soweit dies im eigenen Wirkungskreise möglich ist, selbst abzustellen, sonst geeignete Anträge an das Bundesministerium für Justiz zu stellen.

Kosten der Schiedsgerichte.

§ 399. (1) Alle den Schiedsgerichten aus ihrer Tätigkeit erwachsenden Kosten sind von den Trägern der Sozialversicherung zu tragen, soweit sie nicht nach § 407 einem anderen auferlegt werden. Hiezu gehört auch die von den Schiedsgerichten für die Besorgung der Kanzleigeschäfte (§ 397) zu leistende Vergütung. Diese ist vom Bundesministerium für Justiz nach Anhörung des Hauptverbandes festzusetzen; sie kann in einem Pauschbetrag bestimmt werden.

(2) Zur vorläufigen Bestreitung der Kosten der Schiedsgerichte haben die Träger der Sozialversicherung den Schiedsgerichten einen entsprechenden Erlag zu erteilen. Die tatsächlich erwachsenen Kosten haben die ständigen Vorsitzenden der Schiedsgerichte auf die beteiligten Versicherungsträger nach dem Verhältnis der Zahl der Streitigkeiten, an denen diese beteiligt waren, vierteljährlich aufzuteilen. Die hienach zu leistenden Beträge sind von den Versicherungsträgern binnen vier Wochen nach Bekanntgabe zu leisten.

4. UNTERABSCHNITT.**Leistungsstreitverfahren zweiter Instanz.****Berufung.**

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

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

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

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

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

(3) Die Berufung aus den im Abs. 1 Z. 2 und 3 angeführten Gründen ist jedoch nur zulässig

1. gegen das Urteil über einen Leistungsanspruch aus der Unfallversicherung, soweit in dem Verfahren vor dem Schiedsgericht strittig war

a) der ursächliche Zusammenhang des Schadens mit einem Arbeitsunfall oder einer Berufskrankheit,

b) die Einschätzung der Minderung der Erwerbsfähigkeit für eine Dauerrente, bei Neufeststellung der Dauerrente jedoch nur, wenn dem Urteile des Schiedsgerichtes oder der auf Grund der letzten ärztlichen Untersuchung durch den Versicherungsträger getroffenen rechtskräftigen Feststellung der Dauerrente eine Minderung der Erwerbsfähigkeit um mindestens 50 v. H. zugrunde gelegt war oder wenn zwischen den beiden Entscheidungen mindestens fünf Jahre gelegen sind,

c) das Vorliegen einer Ausnahme von der zweijährigen Ausschußfrist für die Antragstellung;

2. gegen das Urteil über einen Leistungsanspruch aus der Pensionsversicherung, aus der zusätzlichen Pensionsversicherung von Bediensteten der Österreichischen Bundesbahnen sowie von Bediensteten von Privatbahnunternehmungen (§§ 478 und 479), soweit in dem Verfahren vor dem Schiedsgericht strittig war

a) das Vorliegen einer geminderten Arbeitsfähigkeit, die Erfüllung der Wartezeit, die Anrechenbarkeit von Versicherungszeiten oder die Bemessungsgrundlage,

b) der Bestand des Anspruches auf Bergmannstreuegeld;

3. gegen das Urteil in einer Leistungssache nach § 354 Z. 3, wenn der Streitwert 10.000 S übersteigt.

Rekurs.

§ 401. Beschlüsse des Schiedsgerichtes, durch welche die Einleitung oder Fortsetzung des gesetzlichen Verfahrens über die Klage verweigert wurde, können mit Rekurs angefochten werden. Gegen andere Beschlüsse ist ein Rechtsmittel unzulässig.

Verfahren.

§ 402. (1) Über Berufungen gegen Urteile und über Rekurse gegen Beschlüsse der Schiedsgerichte entscheidet das Oberlandesgericht Wien.

(2) Die Berufung ist beim Schiedsgericht, dessen Urteil angefochten wird, in zweifacher Ausfertigung binnen vier Wochen nach Zustellung des angefochtenen Urteiles einzubringen. Die Frist zur Erstattung der Berufungsmittel beträgt ebenfalls vier Wochen.

(3) Der Rekurs ist beim Schiedsgericht, dessen Beschluß angefochten wird, in einer Ausfertigung binnen vier Wochen nach Zustellung des angefochtenen Beschlusses einzubringen.

(4) Verspätet erhobene Berufungen sowie unzulässige oder verspätet erhobene Rekurse sind vom Schiedsgericht zurückzuweisen.

(5) Das Oberlandesgericht Wien entscheidet über die im § 400 bezeichneten Berufungen und über die im § 401 bezeichneten Rekurse in nicht-öffentlicher Sitzung und ohne vorhergehende mündliche Verhandlung. Es kann jedoch auch eine mündliche Berufungsverhandlung auf An-

trag oder von Amts wegen anordnen, wenn dies im einzelnen Falle zur Entscheidung über die eingelegte Berufung erforderlich erscheint.

(6) Gegen die Entscheidungen des Oberlandesgerichtes Wien ist ein weiteres Rechtsmittel ausgeschlossen.

§ 403. (1) Auf das Verfahren über die im § 400 bezeichneten Berufungen finden, soweit nicht in diesem Bundesgesetz abweichende Bestimmungen getroffen sind, die Vorschriften des Ersten Abschnittes des Vierten Teiles und des Fünften Teiles der Zivilprozeßordnung, RGBl. Nr. 113/1895, in der jeweils geltenden Fassung sinngemäß Anwendung.

(2) Auf das Verfahren über die im § 401 bezeichneten Rekurse finden, soweit nicht in diesem Bundesgesetz abweichende Bestimmungen getroffen sind, die Vorschriften des Dritten Abschnittes des Vierten Teiles der Zivilprozeßordnung sinngemäß Anwendung.

Gutachten des Oberlandesgerichtes Wien.

§ 404. (1) Das Oberlandesgericht Wien hat auf Antrag des Bundesministeriums für Justiz über Rechtsfragen von grundsätzlicher Bedeutung, die in rechtskräftigen Urteilen in Leistungssachen nach § 354 Z. 1 und 2 verschieden entschieden worden sind, ein Gutachten zu beschließen.

(2) Das Oberlandesgericht Wien beschließt das Gutachten in nichtöffentlicher Sitzung in einem Senat von fünf Richtern. Der Senat setzt sich zusammen aus dem Präsidenten oder Vizepräsidenten des Oberlandesgerichtes Wien als Vorsitzenden und vier Richtern, die Mitglieder von Senaten sein müssen, denen die Entscheidung über Berufungen gemäß § 400 und Rekurse gemäß § 401 übertragen ist.

(3) Das Oberlandesgericht Wien hat je eine Ausfertigung der von ihm beschlossenen Gutachten den Bundesministerien für Justiz und für soziale Verwaltung zuzustellen. Das Bundesministerium für Justiz hat diese Gutachten im Amtsblatt der österreichischen Justizverwaltung zu veröffentlichen.

§ 405. Soweit nicht in diesem Bundesgesetz abweichende Bestimmungen getroffen sind, hat das Oberlandesgericht Wien bei Ausübung der ihm in diesem Unterabschnitt übertragenen Aufgaben die für Oberlandesgerichte geltenden Vorschriften der Jurisdiktionsnorm, RGBl. Nr. 111/1895, in der jeweils geltenden Fassung, anzuwenden.

5. UNTERABSCHNITT.

Gemeinsame Bestimmungen für das Leistungsstreitverfahren erster und zweiter Instanz.

Kosten der Partei.

§ 406. (1) Im Verfahren in Leistungssachen nach § 354 Z. 1 und 2 und in Verfahrenskosten-sachen nach § 359 Abs. 2 und 4 gelten hinsichtlich der Prozeßkosten folgende Vorschriften:

- a) Die beklagte Partei hat die Kosten, die ihr durch das Verfahren erwachsen sind, ohne Rücksicht auf dessen Ausgang zu tragen. Das gleiche gilt für den Ersatz der Gebühren der Zeugen, Sachverständigen und Beisitzer;
- b) ist der Kläger auf Anordnung des Schiedsgerichtes der Sozialversicherung oder des Oberlandesgerichtes Wien zur mündlichen Verhandlung oder auf Anordnung des Schiedsgerichtes beim ärztlichen Sachverständigen erschienen, so werden ihm auf Verlangen die notwendigen Barauslagen und der Entgang an Arbeitsverdienst vergütet; sie können vergütet werden, wenn er ohne Anordnung zur mündlichen Verhandlung erschienen ist und das Schiedsgericht der Sozialversicherung oder das Oberlandesgericht Wien ausdrücklich feststellt, daß sein Erscheinen erforderlich war. Diese Kosten hat die beklagte Partei unabhängig vom Ausgang des Verfahrens zu tragen;
- c) im übrigen hat das Schiedsgericht der Sozialversicherung oder das Oberlandesgericht Wien in seinem Beschluß, der die Streitsache für die Instanz vollständig erledigt, oder im Urteil nach Billigkeit zu bestimmen, ob und welche Kosten die unterliegende beklagte Partei dem Kläger zu ersetzen hat.

(2) Im Verfahren in Leistungssachen nach § 354 Z. 3 sind hinsichtlich der Prozeßkosten die Vorschriften der Zivilprozeßordnung, RGBl. Nr. 113/1895, in der jeweils geltenden Fassung, anzuwenden.

§ 407. (1) Hat eine Partei oder deren Vertreter durch Mutwillen, Verschleppung oder Irreführung Verfahrenskosten veranlaßt, so kann sie das Schiedsgericht der Sozialversicherung (das Oberlandesgericht Wien) dieser Partei oder diesem Vertreter ohne Rücksicht darauf, daß sie nach sonstigen Vorschriften dieses Bundesgesetzes von einer anderen Partei zu tragen wären, ganz oder teilweise auferlegen.

(2) Einem Zeugen oder Sachverständigen, der ohne genügenden Grund einer Ladung keine Folge leistet oder die Abgabe des Gutachtens verweigert, hat das Schiedsgericht der Sozialversicherung (das Oberlandesgericht Wien) den Ersatz der durch diese Säumnis oder Weigerung verursachten Verfahrenskosten aufzuerlegen.

6. UNTERABSCHNITT.

Gemeinsame Bestimmungen für das Verfahren vor den Versicherungsträgern und für das Leistungsstreitverfahren erster und zweiter Instanz.

Fortsetzung des Verfahrens durch die Angehörigen.

§ 408. (1) Ist beim Tode des Anspruchswerbers oder Anspruchsberechtigten das Verfahren zur

Feststellung eines Leistungsanspruches durch den Versicherungsträger noch nicht abgeschlossen, so sind zur Fortsetzung des Verfahrens nacheinander der Ehegatte, die leiblichen Kinder, der Vater, die Mutter, die Geschwister berechtigt, alle diese Personen jedoch nur, wenn sie mit dem Anspruchsberechtigten zur Zeit seines Todes in häuslicher Gemeinschaft gelebt haben.

(2) Die Bestimmungen des Abs. 1 sind im Leistungsstreitverfahren erster und zweiter Instanz sinngemäß anzuwenden.

ABSCHNITT III.

Verfahren in Verwaltungssachen.

1. UNTERABSCHNITT.

Verfahren vor den Versicherungsträgern.

Zuständigkeit der Versicherungsträger in Verwaltungssachen.

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

Bescheide der Versicherungsträger in Verwaltungssachen.

§ 410. Der Versicherungsträger hat in Verwaltungssachen, zu deren Behandlung er nach § 409 berufen ist, einen Bescheid zu erlassen, wenn er die sich aus diesem Bundesgesetz in solchen Angelegenheiten ergebenden Rechte und Pflichten von Versicherten und von deren Dienstgebern oder die gesetzliche Haftung Dritter für Sozialversicherungsbeiträge feststellt und nicht das Bescheidrecht der Versicherungsträger in diesem Bundesgesetz ausgeschlossen ist. Hienach hat der Versicherungsträger in Verwaltungssachen insbesondere Bescheide zu erlassen:

1. wenn er die Anmeldung zur Versicherung wegen Nichtbestandes der Versicherungspflicht oder der Versicherungsberechtigung oder die Abmeldung wegen Weiterbestandes der Versicherungspflicht ablehnt oder den Versicherungspflichtigen (Versicherungsberechtigten) mit einem anderen Tag in die Versicherung aufnimmt oder aus ihr ausscheidet, als in der Meldung angegeben ist,

2. wenn er einen nicht oder nicht ordnungsgemäß Angemeldeten in die Versicherung aufnimmt oder einen nicht oder nicht ordnungsgemäß Abgemeldeten aus der Versicherung ausscheidet,

3. wenn er die Entgegennahme von Beiträgen ablehnt,

4. wenn er die Haftung für Beitragsschulden gemäß § 67 ausspricht,

5. wenn er einen Beitragszuschlag gemäß § 113 vorschreibt,

6. wenn er einen gemäß § 98 Abs. 2 gestellten Antrag auf Zustimmung zur Übertragung eines Leistungsanspruches ganz oder teilweise ablehnt,

7. wenn der Versicherte oder der Dienstgeber die Bescheiderteilung zur Feststellung der sich für ihn aus diesem Gesetz ergebenden Rechte und Pflichten verlangt.

Wirkung der Bescheide der Krankenversicherungsträger in anderen Versicherungen.

§ 411. Hat der Träger der Krankenversicherung einen Bescheid in einer Angelegenheit erlassen, welche die Unfall-, Pensions- oder Arbeitslosenversicherung betrifft, so hat der Träger der beteiligten Versicherung beziehungsweise das Landesarbeitsamt im Verfahren vor den Verwaltungsbehörden über diese Bescheide Parteilstellung.

Einspruch gegen Bescheide der Versicherungsträger.

§ 412. (1) Bescheide der Versicherungsträger in Verwaltungssachen können binnen einem Monat nach der Zustellung durch Einspruch an den zuständigen Landeshauptmann angefochten werden. Der Einspruch hat den Bescheid zu bezeichnen, gegen den er sich richtet, und einen begründeten Entscheidungsantrag zu enthalten. Der Einspruch ist beim Versicherungsträger, der den Bescheid erlassen hat, einzubringen. Der Versicherungsträger hat den Bescheid ungesäumt, längstens jedoch binnen zwei Wochen, unter Anschluß der Akten und seiner Stellungnahme dem Landeshauptmann vorzulegen.

(2) Der Einspruch hat keine aufschiebende Wirkung; der Landeshauptmann kann dem Einspruch auf Antrag aufschiebende Wirkung zuerkennen, wenn durch die vorzeitige Vollstreckung ein nicht wiedergutzumachender Schaden einträte und nicht öffentliche Interessen die sofortige Vollstreckung gebieten.

2. UNTERABSCHNITT.

Verfahren vor den Verwaltungsbehörden.

Sachliche Zuständigkeit des Landeshauptmannes.

§ 413. (1) Der Landeshauptmann entscheidet

1. über die bei ihm nach § 412 eingebrachten Einsprüche,

2. unter Ausschluß eines Bescheidrechtes der beteiligten Versicherungsträger über die Versicherungszugehörigkeit oder Versicherungszuständigkeit, in der Pensionsversicherung auch über die Leistungszugehörigkeit oder Leistungszuständigkeit auf Antrag eines beteiligten Versicherungsträgers, einer anderen Partei oder eines Schiedsgerichtes, wenn Zweifel oder Streit darüber bestehen, welcher Versicherung eine Person ver-

sicherungs- oder leistungszugehörig ist oder welcher Versicherungsträger für sie versicherungs- oder leistungszuständig ist.

(2) In dem Verfahren nach Abs. 1 Z. 1 hat der Versicherungsträger, gegen dessen Bescheid sich der Einspruch richtet, Parteistellung.

(3) Die rechtskräftige Entscheidung nach Abs. 1 Z. 2 über die Versicherungszuständigkeit wirkt in der Krankenversicherung nur für künftig fällige Beitragsleistungen und künftig eintretende Versicherungsfälle.

(4) Im Verfahren über Leistungssachen darf über die in Abs. 1 Z. 2 bezeichneten Fragen als Vorfrage nicht entschieden werden. Der Versicherungsträger, das Schiedsgericht oder das Oberlandesgericht Wien hat vielmehr die Einleitung des Verfahrens beim Landeshauptmann zu beantragen und das eigene Verfahren bis zur Rechtskraft der Entscheidung nach Abs. 1 Z. 2 auszusetzen (zu unterbrechen).

(5) In den Fällen des Abs. 1 Z. 2 hat erforderlichenfalls der Landeshauptmann die vorläufige Durchführung der Versicherung einschließlich der Erbringung in Betracht kommender Leistungen bis zur Rechtskraft der Entscheidung nach Abs. 1 Z. 2 einem Versicherungsträger nach freiem Ermessen zu übertragen. Der mit der vorläufigen Durchführung der Versicherung betraute Versicherungsträger hat darauf Bedacht zu nehmen, daß das Ausmaß der vorläufigen Leistung die voraussichtliche endgültige Leistung nicht übersteigt. Die vorläufigen Beiträge und Leistungen sind auf die endgültigen Beiträge und Leistungen anzurechnen. Die beteiligten Versicherungsträger haben binnen drei Monaten nach Rechtskraft der Entscheidung über den Zuständigkeits- oder Zugehörigkeitsstreit miteinander abzurechnen.

(6) Die Bestimmungen des Abs. 1 Z. 2 und der Abs. 3 bis 5 gelten entsprechend auch im Verhältnis zu den Sondersicherungen (§ 2 Abs. 2).

Örtliche Zuständigkeit des Landeshauptmannes.

§ 414. Die örtliche Zuständigkeit des Landeshauptmannes richtet sich nach dem für die Versicherung maßgebenden Beschäftigungsort, bei dem Fehlen eines solchen nach dem im Inland gelegenen Wohnsitz (Sitz) der einschreitenden Partei, wenn auch dieser mangelt, nach dem Sitz der belangten Partei; ist belangte Partei ein Versicherungsträger, bei dem Landesstellen (Landesgeschäftsstellen) eingerichtet sind, so ist der Standort der Landesstelle (Landesgeschäftsstelle) maßgebend.

Rechtszug an das Bundesministerium für soziale Verwaltung.

§ 415. Die Berufung an das Bundesministerium für soziale Verwaltung gegen den Bescheid des Landeshauptmannes steht in den Fällen des § 413 Abs. 1 Z. 2 allgemein, in den Fällen des § 413 Abs. 1 Z. 1 jedoch nur zu, wenn über die Ver-

sicherungspflicht oder die Berechtigung zur Weiter- oder Selbstversicherung entschieden worden ist.

Sonstige Entscheidungsbefugnisse des Bundesministeriums für soziale Verwaltung.

§ 416. Streitigkeiten zwischen Versicherungsträgern in Verwaltungssachen, die nicht die Versicherungs(Leistungs)zugehörigkeit oder Versicherungs(Leistungs)zuständigkeit betreffen, und Streitigkeiten zwischen dem Hauptverband und den Versicherungsträgern entscheidet unter Ausschluß eines Bescheidrechtes der beteiligten Versicherungsträger das Bundesministerium für soziale Verwaltung.

Nichtigserklärung von Bescheiden.

§ 417. (1) Bescheide der Versicherungsträger in Verwaltungssachen und der Landeshauptmänner, die den gesetzlichen Bestimmungen über die Versicherungspflicht, über die Berechtigung zur Weiter- und Selbstversicherung, über die Versicherungs(Leistungs)zugehörigkeit oder die Versicherungs(Leistungs)zuständigkeit widersprechen, können im Sinne des § 68 Abs. 4 lit. d AVG. 1950, BGBl. Nr. 172, als nichtig erklärt werden.

(2) Zur Wahrnehmung der Nichtigkeit der Bescheide der Versicherungsträger ist die unmittelbare Aufsichtsbehörde berufen.

(3) Die zur Wahrnehmung der Nichtigkeit berufene Behörde kann im Falle der Nichtigkeit in der Sache selbst entscheiden.

(4) Im Falle der Nichtigserklärung findet keine Nachzahlung und kein Rückersatz von Versicherungsbeiträgen oder Versicherungsleistungen statt. Zeiten, für die bis zur Zustellung des Bescheides über die Nichtigserklärung Beiträge zur Pensionsversicherung geleistet worden sind, gelten als Beitragszeiten dieser Versicherung.

ACHTER TEIL.

Aufbau der Verwaltung.

ABSCHNITT I.

Haupt-, Landes- und Außenstellen.

§ 418. (1) Die Verwaltung der Versicherungsträger ist durch Hauptstellen, durch Landesstellen nach Maßgabe der Abs. 3 bis 6 und, soweit durch die Satzung dies vorgesehen ist, durch Außenstellen zu führen.

(2) Die Hauptstelle ist am Sitze des Versicherungsträgers zu errichten. Die Hauptstelle hat die Verwaltung des Versicherungsträgers zu führen, soweit nicht einzelne Aufgaben durch Gesetz oder Satzung den Landes- oder Außenstellen zugewiesen sind.

(3) Die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt und die Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter haben Landesstellen in Wien für die Stadt Wien und für die Länder Niederösterreich

und Burgenland, in Linz für das Land Oberösterreich, in Salzburg für die Länder Salzburg, Tirol und Vorarlberg sowie in Graz für die Länder Steiermark und Kärnten zu errichten.

(4) Die Land- und Forstwirtschaftliche Sozialversicherungsanstalt hat Landesstellen in Wien für die Länder Wien und für die Länder Niederösterreich und Burgenland, in Linz für das Land Oberösterreich, in Salzburg für die Länder Salzburg, Tirol und Vorarlberg, in Graz für das Land Steiermark und in Klagenfurt für das Land Kärnten zu errichten. Die Landesstellen der Land- und Forstwirtschaftlichen Sozialversicherungsanstalt können mit den örtlich in Betracht kommenden Landwirtschaftskrankenkassen zu einer Bürogemeinschaft vereinigt werden; hiezu bedarf es übereinstimmender Beschlüsse der betreffenden Versicherungsträger.

(5) Die Landesstellen haben folgende Aufgaben zu besorgen:

1. Entgegennahme von Leistungsanträgen;
2. Feststellung der Leistungen des Heilverfahrens und Durchführung des Heilverfahrens; Mitwirkung an der Feststellung aller übrigen Leistungen und Vorlage der Leistungsanträge an den zur Entscheidung zuständigen Verwaltungskörper;
3. Standesführung und Kontrolle der im Sprengel der Landesstelle wohnenden Rentempfänger;
4. Bestellung von Bevollmächtigten zur Vertretung der Anstalt bei den für ihren Sprengel in Betracht kommenden Schiedsgerichten der Sozialversicherung und Landeshauptmännern sowie bei anderen Behörden für die in Betracht kommenden Länder;
5. Mitwirkung bei der Durchführung der Unfallverhütungsvorschriften, bei der Überwachung derselben durch Besichtigung der Betriebe und bei der Vorsorge für erste Hilfeleistung bei Arbeitsunfällen;
6. Mitwirkung bei der Durchführung der Berufsfürsorge im Rahmen der Unfallversicherung;
7. vorläufige Veranlagung der Vermögensbestände aus den Beitragseingängen;
8. Mitwirkung bei der Durchführung der Personalangelegenheiten der Bediensteten der Landesstelle.

Die Satzung kann der Landesstelle auch andere Aufgaben zuweisen.

(6) Solange der Versicherte in Beschäftigung steht, richtet sich die örtliche Zuständigkeit der Landesstellen nach dem Beschäftigungsort, sonst nach dem Wohnort des Versicherten.

(7) Die Versicherungsträger können, soweit eine im Verhältnis zu den Versicherten und den Dienstgebern örtlich nahe Verwaltung zweckmäßig ist, Außenstellen einrichten. Den Aufgabenkreis und die Sprengel dieser Außenstellen hat die Satzung festzusetzen.

ABSCHNITT II.

Verwaltungskörper der Versicherungsträger.

Arten der Verwaltungskörper.

§ 419. (1) Die Verwaltungskörper der Versicherungsträger sind:

1. die Hauptversammlung;
2. der Vorstand;
3. der Überwachungsausschuß;

überdies bei den im § 428 Abs. 1 Z. 1 bis 6 genannten Versicherungsanstalten Rentenausschüsse und, soweit bei diesen Anstalten Landesstellen errichtet sind, am Sitze dieser Landesstellen Landesstellenausschüsse.

(2) Rentenausschüsse sind bei den im § 428 Abs. 1 Z. 1, 3 und 4 genannten Anstalten am Sitze der Hauptstelle und jeder Landesstelle mit dem örtlichen Bereich der Landesstelle zu errichten, bei den Anstalten gemäß § 428 Abs. 1 Z. 2, 5 und 6 am Sitze dieser Anstalten für das gesamte Gebiet der Republik Österreich. Solange der Versicherte in Beschäftigung steht, richtet sich die örtliche Zuständigkeit der Rentenausschüsse nach dem Beschäftigungsort, sonst nach dem Wohnort des Versicherten.

Versicherungsvertreter.

§ 420. (1) Die Verwaltungskörper bestehen, soweit in diesem Bundesgesetz nichts anderes vorgesehen ist, aus Vertretern der Dienstnehmer und der Dienstgeber (Versicherungsvertreter). Bei Versicherungsträgern, bei denen selbständig Erwerbstätige in der Unfallversicherung gemäß § 8 Abs. 1 Z. 3 lit. a und b pflichtversichert sind, werden diese, auch wenn sie pflichtversicherte Dienstnehmer nicht beschäftigen, den Dienstgebern als Versicherungsvertreter gleichgestellt.

(2) Versicherungsvertreter können nur österreichische Staatsbürger sein, die nicht vom Wahlrecht in die gesetzgebenden Organe ausgeschlossen sind, am Tage der Berufung das 24. Lebensjahr vollendet und ihren Wohnort, Beschäftigungsort oder Betriebsitz im Sprengel des Versicherungsträgers haben. Sie müssen entweder seit mindestens sechs Monaten in Österreich als Dienstnehmer oder Unternehmer tätig sein oder

- a) Bevollmächtigte von Dienstgebern oder
- b) Vorstandsmitglieder oder Bedienstete öffentlich-rechtlicher Interessenvertretungen oder von Organisationen der Dienstnehmer und Dienstgeber oder
- c) Bedienstete von Gebietskörperschaften

sein.

(3) Die Versicherungsvertreter müssen, soweit es sich nicht um Vorstandsmitglieder und Bedienstete öffentlich-rechtlicher Interessenvertretungen oder von Organisationen der Dienstnehmer und Dienstgeber oder von Gebietskörperschaften handelt, im Zeitpunkt ihrer Entsendung dem betreffenden Versicherungsträger beziehungsweise der betreffenden Landesstelle als pflichtversicher-

ter Dienstnehmer oder Dienstgeber von solchen oder als freiwillig Versicherter angehören.

(4) Kein Mitglied eines Verwaltungskörpers darf in diesem mehr als eine Stimme führen.

(5) Die Mitglieder der Verwaltungskörper versehen ihr Amt als Ehrenamt; ihre Tätigkeit in Ausübung dieses Amtes begründet kein Dienstverhältnis zum Versicherungsträger. Den Mitgliedern der Verwaltungskörper können jedoch Entschädigungen gewährt werden, deren Höhe der Vorstand festzusetzen hat. Das Bundesministerium für soziale Verwaltung hat hiefür nach Anhörung des Hauptverbandes Grundsätze aufzustellen und für verbindlich zu erklären, wobei für Reisekostenentschädigungen und Sitzungsgelder einheitliche Höchstsätze und für Funktionsgebühren Höchstsätze unter Berücksichtigung des örtlichen Wirkungsbereiches und der Zahl der Versicherten festzusetzen sind.

(6) Personen, über deren Vermögen der Konkurs oder das Ausgleichsverfahren eröffnet ist, sind vom Amt eines Versicherungsvertreters auszuschließen.

(7) Bedienstete der Versicherungsträger und des Hauptverbandes sowie Personen, die mit diesen Stellen in regelmäßigen geschäftlichen Beziehungen stehen, können nicht Versicherungsvertreter sein.

Bestellung der Versicherungsvertreter.

§ 421. (1) Die Versicherungsvertreter sind unbeschadet der Bestimmungen des Abs. 6 und des § 430 von den örtlich und sachlich zuständigen öffentlich-rechtlichen Interessenvertretungen der Dienstnehmer und der Dienstgeber in die Verwaltungskörper der Versicherungsträger zu entsenden. Bestehen solche Interessenvertretungen nicht, so sind die Versicherungsvertreter aus der Gruppe der Dienstnehmer vom Österreichischen Gewerkschaftsbund, und zwar von der in Betracht kommenden Gewerkschaft, aus der Gruppe der Dienstgeber vom Landeshauptmann, wenn sich aber der Sprengel des Versicherungsträgers auf mehr als ein Land erstreckt, vom Bundesministerium für soziale Verwaltung, bei der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt vom gleichen Bundesministerium auf Vorschlag der Bundeskammer der gewerblichen Wirtschaft, zu entsenden.

(2) Bei Versicherungsträgern, deren Sprengel sich nicht über mehr als ein Land erstreckt, hat, wenn mehrere entsendeberechtigte Stellen in der Gruppe der Dienstgeber oder der Dienstnehmer in Betracht kommen, der zuständige Landeshauptmann die auf die einzelnen Stellen entfallende Zahl von Versicherungsvertretern unter Bedachtnahme auf die durchschnittliche Zahl der Versicherten in den einzelnen Stellen zugehörigen Gruppen von Dienstnehmern oder

Dienstgebern festzusetzen. Die Aufteilung gilt jeweils für die betreffende Amtsdauer.

(3) Der Landeshauptmann hat die in Betracht kommenden öffentlich-rechtlichen Interessenvertretungen und Gewerkschaften aufzufordern, die Vertreter innerhalb einer angemessenen Frist, die mindestens einen Monat zu betragen hat, zu entsenden. Werden die Vertreter innerhalb dieser Frist nicht entsendet, so hat sie der Landeshauptmann zu bestellen, ohne an einen Vorschlag gebunden zu sein.

(4) Bei Versicherungsträgern, deren Sprengel sich über mehr als ein Land erstreckt, gelten die Bestimmungen der Abs. 2 und 3 mit der Maßgabe, daß die Befugnisse des Landeshauptmannes dem Bundesministerium für soziale Verwaltung zustehen.

(5) Vor Aufteilung der Zahl der Versicherungsvertreter im Sinne des Abs. 2 ist den in Betracht kommenden öffentlich-rechtlichen Interessenvertretungen und Gewerkschaften, vor Verfügungen im Sinne des Abs. 4 auch den beteiligten Landeshauptmännern Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

(6) Bei den Betriebskrankenkassen sind die Versicherungsvertreter aus der Gruppe der Dienstgeber vom Betriebsunternehmer (Dienstgeber) zu ernennen.

(7) Für jedes Mitglied eines Verwaltungskörpers ist gleichzeitig mit dessen Bestellung und auf dieselbe Art ein Stellvertreter zu bestellen. Dieser hat das Mitglied zu vertreten, wenn es zeitweilig an der Ausübung seiner Funktion verhindert ist. Für die Mitglieder der Rentenausschüsse können nach Bedarf auch mehrere Stellvertreter bestellt werden.

(8) Scheidet ein Mitglied oder ein Stellvertreter dauernd aus, so hat die Stelle, die den Ausgeschiedenen bestellt hat, für den Rest der Amtsdauer ein neues Mitglied (einen neuen Stellvertreter) zu bestellen.

Ablehnung des Amtes.

§ 422. Das Amt eines Versicherungsvertreters darf nur aus wichtigen Gründen abgelehnt werden. Nach mindestens zweijähriger Amtsführung kann eine Wiederbestellung für die nächste Amtsdauer abgelehnt werden.

Enthebung von Versicherungsvertretern.

§ 423. (1) Ein Versicherungsvertreter ist seines Amtes zu entheben:

1. wenn Tatsachen bekannt werden, die seine Bestellung ausschließen würden;
2. wenn sich der Versicherungsvertreter seinen Pflichten entzieht;
3. unbeschadet der Bestimmung des § 420 Abs. 2 zweiter Satz, wenn ein Versicherungsvertreter seit mehr als drei Monaten aufgehört hat, der Gruppe der Dienstgeber oder Dienstnehmer anzugehören, für die er bestellt wurde;

4. wenn ein wichtiger Grund zur Enthebung vorliegt und der Versicherungsvertreter seine Enthebung unter Berufung darauf beantragt. Vor der Enthebung des Versicherungsvertreters gemäß Z. 4 ist die zur Entsendung berufene Stelle anzuhören.

(2) Die Enthebung der Obmänner und der Vorsitzenden des Überwachungsausschusses und der Landesstellenausschüsse sowie deren Stellvertreter steht der Aufsichtsbehörde, die der sonstigen Mitglieder des Überwachungsausschusses dem Vorsitzenden dieses Ausschusses, die der sonstigen Versicherungsvertreter dem Obmann zu.

(3) Die Aufsichtsbehörde kann Versicherungsvertreter auf begründeten Antrag der zur Entsendung berufenen Stelle ihres Amtes entheben.

(4) Vor der Enthebung eines Versicherungsvertreters nach Abs. 1 Z. 1 bis 3, Abs. 2 und 3 ist diesem Gelegenheit zur Äußerung zu geben und gleichzeitig die zur Entsendung berufene öffentlich-rechtliche Interessenvertretung zu verständigen. Dem vom Obmann oder vom Vorsitzenden des Überwachungsausschusses Entobenen steht das Recht der Beschwerde zu. Sie ist binnen zwei Wochen nach Zustellung des Beschlusses über die Enthebung bei der Aufsichtsbehörde einzubringen. Diese entscheidet endgültig.

(5) Dem Antrag einer zur Entsendung berufenen öffentlich-rechtlichen Interessenvertretung auf Enthebung der von ihr entsendeten Versicherungsvertreter ist zu entsprechen, wenn er aus dem Grunde der Neuwahl in die betreffende Interessenvertretung innerhalb von sechs Monaten nach der Neuwahl gestellt wird. In diesem Fall entfällt die Anhörung der zu enthebenden Versicherungsvertreter. Die Bestimmungen des ersten und zweiten Satzes gelten sinngemäß für den Antrag der Bundeskammer der gewerblichen Wirtschaft auf Enthebung der auf ihren Vorschlag vom Bundesministerium für soziale Verwaltung entsendeten Versicherungsvertreter bei der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt.

(6) Ist das Mitglied eines Verwaltungskörpers gleichzeitig auch Mitglied eines anderen Verwaltungskörpers bei ein und demselben Versicherungsträger (§ 427 Abs. 2), so erstreckt sich die Enthebung auch auf das Amt im anderen Verwaltungskörper.

Haftung der Versicherungsvertreter.

§ 424. Die Mitglieder der Verwaltungskörper haften unbeschadet der Bestimmungen des Amtshaftungsgesetzes für jeden Schaden, der dem Versicherungsträger aus der Vernachlässigung ihrer Pflichten erwächst. Die Versicherungsträger können auf Ansprüche aus der Haftung nur mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde verzichten. Macht ein Versicherungsträger trotz mangelnder Genehmigung der Aufsichtsbehörde die Haftung

nicht geltend, so kann diese die Haftung an Stelle und auf Kosten des Versicherungsträgers geltend machen.

A m t s d a u e r.

§ 425. Die Amtsdauer der Verwaltungskörper währt jeweils fünf Jahre. Nach Ablauf der Amtsdauer hat der alte Verwaltungskörper die Geschäfte solange weiterzuführen, bis der neue Verwaltungskörper zusammentritt. Die Zeit der Weiterführung der Geschäfte durch den alten Verwaltungskörper zählt auf die fünfjährige Amtsdauer des neuen Verwaltungskörpers.

Z u s a m m e n s e t z u n g d e r V e r w a l t u n g s k ö r p e r.

§ 426. (1) Die Hauptversammlung, der Vorstand und die Landesstellenausschüsse der Versicherungsträger werden wie folgt zusammengesetzt:

1. bei der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt je zur Hälfte aus Vertretern der Dienstnehmer und der Dienstgeber;

2. bei der Pensionsversicherungsanstalt der Angestellten, bei der Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter, bei der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen und bei der Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues zu zwei Dritteln aus Vertretern der Dienstnehmer und zu einem Drittel aus Vertretern der Dienstgeber;

3. bei der Land- und Forstwirtschaftlichen Sozialversicherungsanstalt zu drei Fünfteln aus Vertretern der Dienstnehmer und zu zwei Fünfteln aus Vertretern der Dienstgeber;

4. bei den Trägern der Krankenversicherung zu vier Fünfteln aus Vertretern der Dienstnehmer und zu einem Fünftel aus Vertretern der Dienstgeber.

(2) Der Überwachungsausschuß der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt wird im gleichen Verhältnis, der Überwachungsausschuß der übrigen im Abs. 1 genannten Versicherungsträger im umgekehrten Verhältnis wie die im Abs. 1 bezeichneten Verwaltungskörper aus Vertretern der Dienstnehmer und der Dienstgeber zusammengesetzt.

(3) Die Rentenausschüsse bestehen aus je einem Vertreter der Dienstnehmer und der Dienstgeber, die weder dem Vorstand noch den Landesstellenausschüssen angehören dürfen, und einem vom Obmann bestimmten Bediensteten der Anstalt.

H a u p t v e r s a m m l u n g.

§ 427. (1) Die Zahl der Versicherungsvertreter in der Hauptversammlung beträgt:

bei Versicherungsträgern mit einem Versichertenstand bis zu 20.000	30;
bei Versicherungsträgern mit einem Versichertenstand bis zu 50.000	60;
bei Versicherungsträgern mit einem Versichertenstand bis zu 150.000	90;

bei Versicherungsträgern mit einem Versichertenstand bis zu 300.000 120;
 bei Versicherungsträgern mit einem Versichertenstand bis zu 500.000 150;
 bei Versicherungsträgern mit einem Versichertenstand über 500.000 180.

(2) Die Mitglieder des Vorstandes, des Überwachungsausschusses und der Landesstellenausschüsse sowie die Versicherungsvertreter in den Rentenausschüssen gehören gleichzeitig der Hauptversammlung an. Ihre Zahl ist auf die Zahl der Versicherungsvertreter in der Hauptversammlung in der Gruppe anzurechnen, der sie im Vorstand beziehungsweise im Überwachungsausschuß, Rentenausschuß oder Landesstellenausschuß angehören.

Vorstand.

§ 428. (1) Die Zahl der Versicherungsvertreter im Vorstand beträgt:

1. bei der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt 24;
2. bei der Pensionsversicherungsanstalt der Angestellten 18;
3. bei der Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter 24;
4. bei der Land- und Forstwirtschaftlichen Sozialversicherungsanstalt 20;
5. bei der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen 18;
6. bei der Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues 12;
7. bei den Gebietskrankenkassen für die Länder
 - a) Wien, Niederösterreich, Oberösterreich und Steiermark 30,
 - b) Salzburg, Tirol und Kärnten 20,
 - c) Vorarlberg 15,
 - d) Burgenland 10;
8. bei den übrigen Krankenkassen mit einem Versichertenstand
 - a) bis zu 50.000 10,
 - b) bis zu 100.000 15,
 - c) über 100.000 20.

(2) Gehört der Obmann einer Versicherungsanstalt weder der Gruppe der Dienstgeber noch der der Versicherten an, erhöht sich die Zahl der Vorstandsmitglieder um eins.

Überwachungsausschuß.

§ 429. Die Zahl der Versicherungsvertreter im Überwachungsausschuß beträgt:

1. bei den im § 428 Abs. 1 Z. 1, 5 und 6 genannten Anstalten 6;
2. bei der Pensionsversicherungsanstalt der Angestellten 9;
3. bei der Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter 12;
4. bei den Gebietskrankenkassen für die Länder
 - a) Wien, Niederösterreich, Oberösterreich und Steiermark 15,

- b) Salzburg, Tirol und Kärnten 10,
- c) Vorarlberg und Burgenland 5;
5. bei den übrigen Versicherungsträgern 5.

Landesstellenausschüsse.

§ 430. (1) Die Zahl der Mitglieder der Landesstellenausschüsse der im § 428 Abs. 1 Z. 1, 3 und 4 genannten Versicherungsanstalten wird durch die Satzung festgesetzt.

(2) Die Vorsitzenden der Landesstellenausschüsse sind gleichzeitig Mitglieder des Vorstandes. Sie zählen auf die Gruppe der Dienstnehmer oder Dienstgeber, je nachdem, welcher dieser beiden Gruppen sie im Landesstellenausschuß angehören.

Vorsitz in den Verwaltungskörpern.

§ 431. (1) Den Vorsitz im Vorstand hat der vom Vorstand auf dessen Amtsdauer gewählte Obmann zu führen. Der Obmann und seine Stellvertreter sind bei den Trägern der Krankenversicherung aus der Mitte des Vorstandes zu wählen. Bei den im § 428 Abs. 1 Z. 2 bis 6 genannten Versicherungsanstalten muß der Obmann der Anstalt weder als Versicherter noch als Dienstgeber angehören. Bei der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt muß der Obmann der Anstalt als Dienstgeber angehören.

(2) Gleichzeitig mit dem Obmann sind zwei Stellvertreter zu wählen, und zwar, soweit der Vorstand aus Vertretern der Dienstnehmer und der Dienstgeber besteht, in getrennten Wahlgängen dieser beiden Gruppen. Gehört der Obmann einer der beiden Gruppen an, ist der erste Obmannstellvertreter der anderen Gruppe, wenn aber der Obmann keiner der beiden Gruppen angehört, jener der Dienstnehmer zu entnehmen. Gehört der Obmann der Gruppe der Dienstgeber an, sind beide Stellvertreter jedenfalls der Gruppe der Dienstnehmer zu entnehmen. Jede der beiden Gruppen kann auf die ihr zustehende Stelle zugunsten der anderen Gruppe verzichten.

(3) Den Vorsitzenden des Überwachungsausschusses hat der Ausschuß aus seiner Mitte zu wählen. Gleichzeitig ist ein Stellvertreter des Vorsitzenden zu wählen. Abs. 2 vorletzter und letzter Satz sind entsprechend anzuwenden.

(4) Die Landesstellenausschüsse haben aus ihrer Mitte die Vorsitzenden zu wählen. Gleichzeitig sind zwei Stellvertreter des Vorsitzenden zu wählen. Abs. 2 vorletzter und letzter Satz sind entsprechend anzuwenden.

(5) Den Vorsitz im Rentenausschuß haben abwechselnd der Vertreter der Dienstgeber und der Dienstnehmer zu führen.

Angelobung der Versicherungsvertreter.

§ 432. (1) Die Obmänner der Versicherungsträger, deren Sprengel sich über mehrere Länder erstreckt, und ihre Stellvertreter sind vom Bun-

desministerium für soziale Verwaltung, die der übrigen Versicherungsträger vom zuständigen Landeshauptmann bei Antritt ihres Amtes in Eid und Pflicht zu nehmen. Das gleiche gilt für die Vorsitzenden des Überwachungsausschusses und der Landesstellenausschüsse sowie für ihre Stellvertreter.

(2) Die übrigen Versicherungsvertreter hat der Obmann beziehungsweise der vorläufige Verwalter (§ 451) beim Antritt ihres Amtes auf Gehorsam gegen die Gesetze der Republik Österreich, Amtsverschwiegenheit sowie gewissenhafte und unparteiische Ausübung ihres Amtes zu verpflichten.

ABSCHNITT III.

Verwaltungskörper des Hauptverbandes.

Arten und Zusammensetzung der Verwaltungskörper.

§ 433. (1) Die Verwaltungskörper des Hauptverbandes sind die Hauptversammlung, der Vorstand, der Überwachungsausschuß und die Sektionsausschüsse. Sektionsausschüsse sind für folgende Gruppen von Versicherungsträgern zu errichten:

1. für die Träger der Krankenversicherung einschließlich der Krankenversicherungsanstalt der Bundesangestellten, mit Ausnahme der Landwirtschaftskrankenkassen und der Meisterkrankenkassen;

2. für die Landwirtschaftskrankenkassen;

3. für die Träger der Unfallversicherung;

4. für die Träger der Pensionsversicherung.

Außer den oben bezeichneten Sektionsausschüssen kann die Satzung noch andere ständige Ausschüsse für Gruppen von Versicherungsträgern mit gemeinsamen Interessen vorsehen und deren Wirkungsbereich bestimmen.

(2) Die Hauptversammlung besteht zu zwei Dritteln aus Vertretern der Dienstnehmer und zu einem Drittel aus Vertretern der Dienstgeber, und zwar aus Vertretern der im § 428 Abs. 1 Z. 1 bis 6 genannten Versicherungsanstalten, der Versicherungsanstalt des österreichischen Notariates, des Verbandes der Meisterkrankenkassen, der Krankenversicherungsanstalt der Bundesangestellten sowie der Gebiets-, Betriebs- und Landwirtschaftskrankenkassen. Die Zahl der Mitglieder der Hauptversammlung wird durch die Satzung festgesetzt.

(3) Der Vorstand besteht aus dem Präsidenten sowie den beiden Vizepräsidenten des Hauptverbandes, den Vorsitzenden der vier Sektionsausschüsse, dem Vorsitzenden des Überwachungsausschusses und aus fünf weiteren Mitgliedern der Hauptversammlung, von denen zwei Mitglieder der Gruppe der Dienstnehmer und drei Mitglieder der Gruppe der Dienstgeber anzugehören haben. Gehört der Präsident weder als Dienstgeber noch als Versicherter einem der dem Hauptverband angeschlossenen Versicherungs-

träger an, so gehören dem Vorstand an Stelle von fünf, sechs weitere Mitglieder der Hauptversammlung an, und zwar je drei aus der Gruppe der Dienstnehmer und der Dienstgeber.

(4) Der Überwachungsausschuß besteht aus vier Dienstnehmervertretern und aus sieben Dienstgebervertretern. Ihm müssen Vertreter der im § 428 Abs. 1 Z. 1 bis 4 genannten Versicherungsanstalten sowie der an Versicherten zahlen größten Gebiets- und Landwirtschaftskrankenkassen angehören.

(5) Die Sektionsausschüsse bestehen aus Vertretern der Dienstnehmer und der Dienstgeber, und zwar

a) der Sektionsausschuß für die im Abs. 1 Z. 1 genannten Träger der Krankenversicherung und der Sektionsausschuß für die Landwirtschaftskrankenkasse (Abs. 1 Z. 2) in dem im § 426 Abs. 1 Z. 4 bezeichneten Verhältnis;

b) der Sektionsausschuß für die Träger der Unfallversicherung (Abs. 1 Z. 3) und der Sektionsausschuß für die Träger der Pensionsversicherung (Abs. 1 Z. 4) in dem im § 426 Abs. 1 Z. 2 bezeichneten Verhältnis.

Die Zahl der Mitglieder der Sektionsausschüsse ist durch die Satzung des Hauptverbandes festzulegen.

(6) Die Vertreter in der Hauptversammlung und in den Sektionsausschüssen sind von den Vorständen, die Vertreter im Überwachungsausschuß von den Überwachungsausschüssen der in Betracht kommenden Versicherungsträger (des Verbandes der Meisterkrankenkassen) aus ihrer Mitte oder aus der Mitte der Hauptversammlung des betreffenden Versicherungsträgers, die Vertreter im Vorstand von der Hauptversammlung des Hauptverbandes aus ihrer Mitte zu wählen. Das Bundesministerium für soziale Verwaltung hat die auf die einzelnen entsendeberechtigten Verwaltungskörper entfallenden Zahlen der Dienstnehmer- und Dienstgebervertreter und unter Bedachtnahme auf die durchschnittliche Zahl der Versicherten in den einzelnen Berufsgruppen (§ 421 Abs. 1) die Gruppen zu bestimmen, aus denen die Vertreter zu wählen sind. In der Hauptversammlung soll auf jedes Land mindestens ein Vertreter entfallen. Die Vertreter des Verbandes der Meisterkrankenkassen zählen auf die Gruppe der Dienstgeber.

(7) Soweit sich aus dem Gesetz nichts anderes ergibt, gelten die für die Verwaltungskörper der Versicherungsträger vorgesehenen Bestimmungen der §§ 420 Abs. 2, 4 bis 7, 421 Abs. 7 und 8 und 422 bis 425 auch für die Verwaltungskörper und Versicherungsvertreter des Hauptverbandes.

Vorsitz im Hauptverband; Angelobung.

§ 434. (1) Den Vorsitz in der Hauptversammlung sowie im Vorstand des Hauptverbandes hat

der Präsident nebst zwei Stellvertretern zu führen. Der Präsident und seine Stellvertreter sind vom Bundesministerium für soziale Verwaltung für die Amtsdauer der genannten Verwaltungskörper nach Anhörung der für das gesamte Gebiet der Republik Österreich eingerichteten öffentlich-rechtlichen Interessenvertretungen der Dienstnehmer und Dienstgeber zu ernennen. Der Präsident muß weder als Dienstgeber noch als Versicherter einem der dem Hauptverband angeschlossenen Versicherungsträger angehören. Sein erster Stellvertreter ist der Gruppe der Dienstnehmer, sein zweiter der Gruppe der Dienstgeber zu entnehmen. Soweit sich aus diesem Bundesgesetz nichts anderes ergibt, gelten die für die Obmänner vorgesehenen Bestimmungen auch für den Präsidenten und die Vizepräsidenten des Hauptverbandes.

(2) Den Vorsitzenden des Überwachungsausschusses, ferner die Vorsitzenden der Sektionsausschüsse hat der betreffende Ausschuss aus seiner Mitte zu wählen. Gleichzeitig ist ein Stellvertreter des Vorsitzenden, in den Sektionsausschüssen auch ein zweiter Stellvertreter zu wählen. § 431 Abs. 2 vorletzter und letzter Satz sind entsprechend anzuwenden.

(3) Der Präsident und die Vizepräsidenten, ferner die Vorsitzenden des Überwachungsausschusses und der Sektionsausschüsse sind vom Bundesministerium für soziale Verwaltung bei Antritt ihres Amtes in Eid und Pflicht zu nehmen. Die übrigen Versicherungsvertreter in den Verwaltungskörpern hat der Präsident beim Antritt ihres Amtes auf Gehorsam gegen die Gesetze der Republik Österreich, Amtsverschwiegenheit sowie gewissenhafte und unparteiische Ausübung ihres Amtes zu verpflichten.

ABSCHNITT IV.

Aufgaben der Verwaltungskörper.

Aufgaben der Hauptversammlung.

§ 435. (1) Die Hauptversammlung hat jährlich mindestens einmal zusammenzutreten. Sie ist vom Vorstand einzuberufen. Ihr ist jedenfalls vorbehalten:

1. die Beschlussfassung über den Jahresvorschlag (Haushaltsplan);
2. die Beschlussfassung über den aus dem Rechnungsabschluß und den statistischen Nachweisungen bestehenden Jahresbericht des Vorstandes und über die Entlastung des Vorstandes;
3. die Beschlussfassung über allfällige Zuweisungen an den Unterstützungsfonds;
4. die Beschlussfassung über die Satzung und deren Änderung;
5. die Entscheidung über die Verfolgung von Ansprüchen, die dem Versicherungsträger gegen Mitglieder der Verwaltungskörper aus deren Amtsführung erwachsen, und die Bestellung der zur Verfolgung dieser Ansprüche Beauftragten.

(2) Der Hauptversammlung einer Betriebskrankenkasse obliegt auch die Stellung eines Antrages auf Auflösung der Krankenkasse an das Bundesministerium für soziale Verwaltung (§ 23 Abs. 3 vorletzter Satz).

(3) Über die im Abs. 1 Z. 2 und 4 und im Abs. 2 genannten Gegenstände kann nur mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der abgegebenen Stimmen gültig Beschluß gefaßt werden. Die Aufsichtsbehörde kann eine vorläufige Verfügung treffen, wenn innerhalb einer von ihr festgesetzten Frist ein gültiger Beschluß der Hauptversammlung über die Satzung und deren Änderung nicht zustande kommt. Die vorläufige Verfügung der Aufsichtsbehörde tritt außer Kraft, sobald ein gesetzmäßiger gültiger Beschluß der Hauptversammlung über die Satzung beziehungsweise deren Änderung gefaßt und der Aufsichtsbehörde zur Kenntnis gebracht worden ist. Bei Ablehnung der Entlastung hat die Aufsichtsbehörde zu entscheiden.

Aufgaben des Vorstandes und seiner Ausschüsse.

§ 436. (1) Dem Vorstand obliegt die Geschäftsführung, soweit diese nicht durch Gesetz oder Satzung anderen Verwaltungskörpern oder Einrichtungen zugewiesen ist. Er kann unbeschadet seiner eigenen Verantwortlichkeit und der Bestimmung des Abs. 2 einzelne seiner Obliegenheiten engeren Ausschüssen oder dem Obmann (Obmannstellvertreter), beim Hauptverband dem Präsidenten (Stellvertreter), ebenso die Besorgung bestimmter laufender Angelegenheiten dem Büro des Versicherungsträgers (Hauptverbandes) übertragen.

(2) Der Vorstand, die Sektionsausschüsse und die Landesstellenausschüsse haben den Versicherungsträger (Hauptverband) im Rahmen ihrer Geschäftsführungsbefugnisse gerichtlich und außergerichtlich zu vertreten; insoweit haben sie die Stellung eines gesetzlichen Vertreters.

(3) Die Satzung hat zu bestimmen, inwieweit die Vorsitzenden und andere Mitglieder der geschäftsführenden Verwaltungskörper den Versicherungsträger (Hauptverband) vertreten können.

(4) Zum Nachweis der Vertretungsbefugnis genügt eine Bescheinigung der Aufsichtsbehörde.

Aufgaben des Überwachungsausschusses.

§ 437. (1) Der Überwachungsausschuss ist berufen, die gesamte Gebarung des Versicherungsträgers (Hauptverbandes) ständig zu überwachen, zu diesem Zweck insbesondere die Buch- und Kassenführung und den Rechnungsabschluß zu überprüfen, über seine Wahrnehmungen Bericht zu erstatten und die entsprechenden Anträge zu stellen.

(2) Der Vorstand und der leitende Angestellte des Versicherungsträgers (Hauptverbandes) sind

verpflichtet, dem Überwachungsausschuß alle Aufklärungen zu geben und alle Belege und Behelfe vorzulegen, die er zur Ausübung seiner Tätigkeit benötigt. Dem Überwachungsausschuß ist vor der Beschlußfassung über den Jahresvoranschlag Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

(3) Der Überwachungsausschuß ist berechtigt, an den Sitzungen des Vorstandes durch drei Vertreter mit beratender Stimme teilzunehmen. Er ist deshalb von jeder Vorstandssitzung ebenso in Kenntnis zu setzen wie die Mitglieder des Vorstandes; in gleicher Weise ist er auch mit den den Vorstandsmitgliedern etwa zur Verfügung gestellten Behelfen (Tagesordnung, Ausweisen, Berichten und anderen Behelfen) zu beteiligen. Das gleiche Recht steht dem Vorstand hinsichtlich der Sitzungen des Überwachungsausschusses zu.

(4) Auf Begehren des Vorstandes hat der Überwachungsausschuß seine Anträge samt deren Begründung dem Vorstand auch schriftlich ausfertigt zu übergeben. Der Überwachungsausschuß ist berechtigt, seine Ausführungen binnen drei Tagen nach der durch den Vorstand erfolgten Beschlußfassung zu ergänzen. Handelt es sich um Beschlüsse des Vorstandes, die zu ihrem Vollzug der Genehmigung der Aufsichtsbehörde bedürfen, so hat er dem Ansuchen um Erteilung dieser Genehmigung die Ausführungen des Überwachungsausschusses beizuschließen.

(5) Der Überwachungsausschuß kann mit Zweidrittelmehrheit die Einberufung einer außerordentlichen Hauptversammlung beschließen. Der Obmann (Präsident) ist verpflichtet, einen solchen Beschluß des Überwachungsausschusses ohne Verzug zu vollziehen.

(6) Beschließt die Hauptversammlung ungeachtet eines Antrages des Überwachungsausschusses auf Verfolgung von Ansprüchen gegen Mitglieder des Vorstandes von einer Verfolgung abzusehen, so hat der Überwachungsausschuß hievon die Aufsichtsbehörde in Kenntnis zu setzen. Diese kann in einem solchen Falle auf Antrag des Überwachungsausschusses dessen Vorsitzenden beauftragen, die Verfolgung namens des Versicherungsträgers einzuleiten.

Gemeinsame Aufgaben des Vorstandes und des Überwachungsausschusses; Aufgaben des erweiterten Vorstandes.

§ 438. (1) In nachstehenden Angelegenheiten hat der Vorstand im Einverständnis mit dem Überwachungsausschuß vorzugehen:

1. bei der dauernden Veranlagung von Vermögensbeständen, insbesondere bei der Erwerbung, Belastung oder Veräußerung von Liegenschaften;

2. bei der Errichtung oder Erweiterung von Gebäuden, die Zwecken der Verwaltung, der Krankenbehandlung beziehungsweise der Unfall-

heilbehandlung oder des Heilverfahrens oder der erweiterten oder vorbeugenden Heilfürsorge dienen sollen, und bei der Errichtung oder Erweiterung von derartigen Zwecken dienenden Einrichtungen in eigenen oder fremden Gebäuden;

3. bei der Bestellung, Kündigung und Entlassung des leitenden Angestellten und des leitenden Arztes sowie deren ständigen Stellvertreter;

4. bei der Regelung der dienst-, besoldungs- und pensionsrechtlichen Verhältnisse der Bediensteten und bei der Systemisierung von Dienststellen;

5. beim Abschluß von Verträgen mit den im Sechsten Teil bezeichneten Vertragspartnern, wenn diese Verträge eine wesentliche dauernde Belastung des Versicherungsträgers herbeiführen.

(2) Beim Hauptverband hat der Vorstand in den im Abs. 1 bezeichneten Angelegenheiten sowie bei der Beschlußfassung über die Aufstellung von Richtlinien nach § 31 Abs. 3 Z. 3 im Einverständnis mit dem Überwachungsausschuß vorzugehen.

(3) Kommt ein Einverständnis in den in den Abs. 1 und 2 bezeichneten Angelegenheiten nicht zustande, so ist hierüber in gemeinsamer Sitzung des Vorstandes und des Überwachungsausschusses, bei der der Obmann den Vorsitz führt (erweiterter Vorstand), Beschluß zu fassen. Für die Gültigkeit eines solchen Beschlusses ist die Mehrheit von zwei Dritteln der abgegebenen Stimmen erforderlich.

(4) Kommt ein gültiger Beschluß des erweiterten Vorstandes nach Abs. 3 nicht zustande, so hat der Obmann des Versicherungsträgers den Sachverhalt unter Anschluß der erforderlichen Unterlagen dem Hauptverband mitzuteilen. Der Hauptverband hat das Einvernehmen mit dem Versicherungsträger herzustellen, um eine gültige Beschlußfassung im Bereiche des Versicherungsträgers herbeizuführen. Kommt eine solche auch auf diese Weise nicht zustande, so kann der Obmann die Angelegenheit dem Bundesministerium für soziale Verwaltung zur Entscheidung vorlegen. Ein vom Bundesministerium für soziale Verwaltung genehmigter Beschluß des Vorstandes ist zu vollziehen, auch wenn der Überwachungsausschuß nicht zugestimmt hat oder wenn ein gültiger Beschluß des erweiterten Vorstandes nicht zustande gekommen ist.

(5) Das Bundesministerium für soziale Verwaltung kann in den im Abs. 1 Z. 3 bis 5 bezeichneten Angelegenheiten eine vorläufige Verfügung treffen, wenn innerhalb einer von ihm festgesetzten Frist gültige einverständliche Beschlüsse des Vorstandes und des Überwachungsausschusses oder ein gültiger Beschluß des erweiterten Vorstandes nicht zustandekommen. § 435 Abs. 3 vorletzter Satz ist entsprechend anzuwenden.

Aufgaben der Landesstellenausschüsse.

§ 439. (1) Den Landesstellenausschüssen obliegt die Geschäftsführung hinsichtlich der den Landesstellen zugewiesenen Aufgaben (§ 418 Abs. 5).

(2) Die Landesstellenausschüsse sind bei ihrer Geschäftsführung an die Weisungen des Vorstandes gebunden. Dieser kann auch Beschlüsse der genannten Ausschüsse aufheben oder abändern.

(3) Das Nähere über den Aufgabenbereich und die Beschlußfassung der Landesstellenausschüsse sowie über die Ausfertigung ihrer Beschlüsse hat die Satzung der Anstalt zu bestimmen.

Aufgaben der Sektionsausschüsse.

§ 440. Den Sektionsausschüssen beim Hauptverband obliegt die Geschäftsführung in Angelegenheiten, die ausschließlich die Versicherung (Versicherungen) betreffen, für die der in Betracht kommende Sektionsausschuß (§ 433 Abs. 1) errichtet ist. In den gemeinsamen Angelegenheiten, in denen die Geschäftsführung dem Vorstand obliegt, und in allen Angelegenheiten, in denen der Vorstand im Einverständnis mit dem Überwachungsausschuß vorzugehen hat, haben die Sektionsausschüsse die Angelegenheit, an der sie nach ihrem Wirkungsbereich mitbeteiligt sind, vorzubereiten und Anträge zu stellen, wenn dies mindestens ein Drittel der Mitglieder des Vorstandes verlangt. Eine solche Vorberatung und Antragstellung aller Sektionsausschüsse hat jedenfalls hinsichtlich der in den Wirkungsbereich der einzelnen Sektionen fallenden Teile des Jahresberichtes und des Jahresvoranschlags (Haushaltsplanes) zu erfolgen. Das Nähere über den Aufgabenbereich und die Beschlußfassung der Sektionsausschüsse hat die Satzung des Hauptverbandes zu bestimmen.

Aufgaben der Rentenausschüsse.

§ 441. (1) Den Rentenausschüssen (§ 419 Abs. 2) obliegt die Feststellung der Leistungen der Unfall- und der Pensionsversicherung, jedoch bleibt in der Unfallversicherung die Bewilligung einer Abfindung der Rente durch Gewährung eines dem Werte der abzufindenden Jahresrente entsprechenden Kapitals dem Vorstand vorbehalten.

(2) Jeder Rentenausschuß kann mit Zustimmung des Obmannes der Versicherungsanstalt beschließen, daß genau zu bezeichnende Gruppen von Entscheidungsfällen, sofern nicht der Obmann im Einzelfall auf der Entscheidung des Rentenausschusses besteht, ohne seine Mitwirkung von der Anstalt mit Bürobescheid entschieden werden.

(3) Zur Gültigkeit von Beschlüssen der Rentenausschüsse ist Einstimmigkeit erforderlich.

(4) Kommt ein einstimmiger Beschluß des Rentenausschusses nicht zustande, so steht die Entscheidung dem Vorstand der Versicherungsanstalt zu, an den der Verhandlungsakt unter Darlegung

der abweichenden Meinungen und ihrer Gründe abzutreten ist.

(5) In der Pensionsversicherung kann der Rentenausschuß den Antrag auf Einleitung eines Heilverfahrens, soweit ein solches gesetzlich vorgesehen ist, stellen. Über den Antrag entscheidet, soweit ein Landesstellenausschuß errichtet ist, der örtlich zuständige Landesstellenausschuß, sonst der Vorstand der Versicherungsanstalt.

(6) Das Nähere über den Aufgabenbereich und über die Beschlußfassung der Rentenausschüsse sowie über die Ausfertigung ihrer Beschlüsse hat die Satzung der Anstalt zu bestimmen.

Sitzungen.

§ 442. (1) Die Sitzungen der Verwaltungskörper sind nichtöffentlich.

(2) Der ordnungsmäßig einberufene Verwaltungskörper, ausgenommen der Rentenausschuß, ist bei Anwesenheit eines Vorsitzenden und von mindestens der Hälfte der Versicherungsvertreter beschlußfähig; die Beschlußfähigkeit des Rentenausschusses ist nur bei Anwesenheit aller Mitglieder gegeben. Gehört der Vorsitzende dem Verwaltungskörper als Versicherungsvertreter an, so zählt er hiebei auf die erforderliche Mindestzahl von anwesenden Versicherungsvertretern.

(3) In den Sitzungen der Verwaltungskörper hat auch der Vorsitzende Stimmrecht, bei Stimmgleichheit gibt seine Stimme den Ausschlag, sofern dieses Bundesgesetz nichts anderes bestimmt.

(4) Verstoßen Beschlüsse eines Verwaltungskörpers gegen Gesetz oder Satzung, so hat der Vorsitzende deren Durchführung vorläufig aufzuschieben und die Entscheidung der Aufsichtsbehörde einzuholen.

ABSCHNITT V.

Vermögensverwaltung.

Jahresvoranschlag.

§ 443. (1) Die Versicherungsträger und der Hauptverband haben für jedes Geschäftsjahr einen Voranschlag aufzustellen.

(2) Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr.

Rechnungsabschluß und Nachweisungen.

§ 444. (1) Die Versicherungsträger und der Hauptverband haben für jedes Geschäftsjahr einen Rechnungsabschluß, der jedenfalls aus einer Erfolgsrechnung und einer Schlußbilanz zum Ende des Jahres bestehen muß, einen Geschäftsbericht und statistische Nachweisungen zu verfassen und dem Bundesministerium für soziale Verwaltung vorzulegen.

(2) In der Unfall- und Pensionsversicherung bei der Land- und Forstwirtschaftlichen Sozialversicherungsanstalt hat die Anstalt für jede dieser Versicherungen die Erfolgsrechnung und die

statistischen Nachweisungen getrennt zu erstellen. Gemeinsame Einnahmen und Ausgaben sind auf die genannten Versicherungen auf Grund eines Vorschlages der Versicherungsanstalt, der der Zustimmung des Bundesministeriums für soziale Verwaltung bedarf, aufzuteilen.

(3) Abs. 2 gilt entsprechend für die Unfall-, Pensions- und Krankenversicherung bei der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen und für die knappschaftliche Pensions- und Krankenversicherung bei der Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues.

(4) Die Gebietskrankenkassen, die Landwirtschaftskrankenkassen und die Betriebskrankenkassen haben die Erfolgsrechnung und die statistischen Nachweisungen getrennt nach Versicherten, die der Pensionsversicherung der Arbeiter zugehören und Versicherten, die der Pensionsversicherung der Angestellten zugehören, zu erstellen. Gemeinsame Einnahmen und Ausgaben sind auf die genannten Versichertengruppen auf Grund eines Vorschlages des Hauptverbandes, der der Zustimmung des Bundesministeriums für soziale Verwaltung bedarf, aufzuteilen.

(5) Das Bundesministerium für soziale Verwaltung kann nach Anhörung des Hauptverbandes Weisungen für die Rechnungsführung, Rechnungslegung sowie für die Erstellung des Jahresvoranschlages und des Jahresberichtes erlassen.

(6) Die Träger der Sozialversicherung haben die von der Hauptversammlung beschlossene Erfolgsrechnung binnen drei Monaten nach der Beschlußfassung im „Amtsblatt zur Wiener Zeitung“, wenn es sich aber um die Erfolgsrechnung eines Versicherungsträgers handelt, dessen Wirkungsbereich sich nicht über mehr als ein Land erstreckt, in der amtlichen Landeszeitung zu veröffentlichen.

Sondervorschriften für Betriebskrankenkassen.

§ 445. Für Betriebskrankenkassen gelten folgende Sondervorschriften:

1. Der Betriebsunternehmer ist verpflichtet, die zur ordnungsmäßigen Verwaltung der Kasse erforderlichen Kosten zu bestreiten und die hierzu erforderlichen Arbeitskräfte unter eigener Verantwortung beizustellen.

2. Reichen die Bestände der Betriebskrankenkasse nicht aus, um die laufenden Ausgaben der Krankenkasse zu decken, so hat der Betriebsunternehmer die erforderlichen Vorschüsse zu leisten.

3. Reichen die Beitragseinnahmen selbst unter Heranziehung der Rücklagen zur Deckung der gesetzlichen Regelleistungen nicht aus, so hat der Betriebsunternehmer die zur Deckung erforderlichen Zuschüsse zu leisten.

4. Ergibt bei Auflösung der Betriebskrankenkasse die Schlußbilanz einen Fehlbetrag, so hat diesen der Betriebsunternehmer zu decken.

Vermögensanlage.

§ 446. (1) Die zur Anlage verfügbaren Mittel der Versicherungsträger (des Hauptverbandes) sind fruchtbringend anzulegen. Sie dürfen unbeschadet der Bestimmungen des § 447 nur angelegt werden:

1. in mündelsicheren, inländischen Wertpapieren;

2. in Darlehensforderungen, die auf inländischen Liegenschaften mündelsicher sichergestellt werden; grundbücherlich sichergestellte Darlehen auf Gebäude, die ausschließlich oder zum größten Teil industriellen oder gewerblichen Zwecken dienen, zum Beispiel Fabriken und Mühlen, sowie auf unbewegliches Vermögen, das der Exekution entzogen ist oder auf dem ein Belastungs- oder Veräußerungsverbot lastet, auf Schauspielhäuser, Tanzsäle, Lichtspielhäuser und ähnlichen Zwecken dienende Baulichkeiten, Bergwerke und Steinbrüche, Lehm-, Ton- oder Kiesgruben und Torfstiche sind ausgeschlossen, Weinberge, Waldungen und andere Liegenschaften, deren Ertrag auf Anpflanzungen beruht, dürfen nur insoweit beliehen werden, als der Grundwert ohne Rücksicht auf die Bestockung Mündelsicherheit gewährt. Die betreffenden Liegenschaften müssen einen der Verzinsung des Darlehens und den übernommenen Rückzahlungsverpflichtungen entsprechenden Ertrag abwerfen und samt ihrem Zugehör während der ganzen Dauer des Darlehens im vollen Wert des Darlehens samt Nebengebührenkaution gegen Elementarschäden versichert sein;

3. in inländischen Liegenschaften (Grundstücken, Gebäuden) mit Ausnahme von Liegenschaften, die ausschließlich oder zum größten Teil industriellen, gewerblichen oder land- und forstwirtschaftlichen Zwecken dienen;

4. in Einlagen bei Kreditunternehmungen von anerkanntem Ruf.

(2) Die Träger der Unfall- und Pensionsversicherung haben die zur Anlage nach Abs. 1 bestimmten Mittel auf die einzelnen Länder entsprechend verteilt anzulegen.

Genehmigungsbedürftige Veränderungen von Vermögensbeständen.

§ 447. (1) Die Erwerbung, Belastung oder Veräußerung von Liegenschaften, ferner die Errichtung oder Erweiterung von Gebäuden ist nur mit Genehmigung des Bundesministeriums für soziale Verwaltung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Finanzen zulässig, wenn hiefür ein Betrag aufgewendet werden soll, der fünf von Tausend der Gesamteinnahmen des Versicherungsträgers im letzten vorangegangenen Kalenderjahr übersteigt. Das gleiche gilt für den gänzlichen oder teilweisen Wiederaufbau von Gebäuden, die durch Kriegs- oder sonstige Ereignisse zerstört oder beschädigt

worden sind, wenn der hierfür aufzuwendende Betrag die angegebene Grenze übersteigt.

(2) Im übrigen kann eine von den Vorschriften des § 446 abweichende Veranlagungsart nur für jeden einzelnen Fall besonders vom Bundesministerium für soziale Verwaltung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Finanzen gestattet werden.

ABSCHNITT VI.

Aufsicht des Bundes.

Aufsichtsbehörden.

§ 448. (1) Die Versicherungsträger und der Hauptverband samt ihren Anstalten und Einrichtungen unterliegen der Aufsicht des Bundes. Die Aufsicht ist vom Bundesministerium für soziale Verwaltung als oberster Aufsichtsbehörde auszuüben.

(2) Die unmittelbare Handhabung der Aufsicht über die einzelnen Versicherungsträger obliegt, wenn sich der Sprengel des Versicherungsträgers nicht über mehr als ein Land erstreckt, bei Trägern der Krankenversicherung nur, wenn sie nicht mehr als 300.000 Versicherte aufweisen, dem nach dem Sprengel des Versicherungsträgers zuständigen Landeshauptmann. Gegenüber den sonstigen Versicherungsträgern und gegenüber dem Hauptverband ist das Bundesministerium für soziale Verwaltung zur unmittelbaren Ausübung der Aufsicht berufen.

(3) Das Bundesministerium für soziale Verwaltung kann bestimmte Bedienstete der obersten oder unmittelbaren Aufsichtsbehörde mit der Aufsicht über einzelne Versicherungsträger (den Hauptverband) betrauen. Das Bundesministerium für Finanzen kann zu den Sitzungen der Verwaltungskörper der im § 428 Abs. 1 Z. 2 bis 6 genannten Versicherungsanstalten und des Hauptverbandes einen Vertreter mit beratender Stimme entsenden.

(4) Der Vertreter der Aufsichtsbehörde kann gegen Beschlüsse eines Verwaltungskörpers, die gegen Gesetz oder Satzung verstoßen, der Vertreter des Bundesministeriums für Finanzen gegen Beschlüsse, die die finanziellen Interessen des Bundes berühren, Einspruch mit aufschiebender Wirkung erheben. Der Vorsitzende hat die Durchführung des Beschlusses, gegen den Einspruch erhoben worden ist, vorläufig aufzuschieben und die Entscheidung der Aufsichtsbehörde, bei einem Einspruch des Vertreters des Bundesministeriums für Finanzen die Entscheidung des Bundesministeriums für soziale Verwaltung, die dieses im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Finanzen zu treffen hat, einzuholen.

(5) Wo in sozialversicherungsrechtlichen Vorschriften von der „Aufsichtsbehörde“ die Rede ist, ist hierunter die unmittelbare Aufsichtsbehörde zu verstehen. Das Bundesministerium

für soziale Verwaltung ist jedoch als oberste Aufsichtsbehörde jederzeit berechtigt, eine Aufgabe, die der unmittelbaren Aufsichtsbehörde zukommt, an sich zu ziehen.

Aufgaben der Aufsicht.

§ 449. (1) Die Aufsichtsbehörden haben die Gebarung der Versicherungsträger (des Hauptverbandes) dahin zu überwachen, daß Gesetz und Satzung beachtet werden. Sie können ihre Aufsicht auf Fragen der Zweckmäßigkeit erstrecken; sie sollen sich in diesem Falle auf wichtige Fragen beschränken und in das Eigenleben und die Selbstverantwortung der Versicherungsträger (des Hauptverbandes) nicht unnötig eingreifen. Die Aufsichtsbehörden können in Ausübung des Aufsichtsrechtes Beschlüsse der Verwaltungskörper aufheben.

(2) Der Aufsichtsbehörde sind auf Verlangen alle Bücher, Rechnungen, Belege, Urkunden, Wertpapiere, Schriften und sonstige Bestände vorzulegen und alle zur Ausübung des Aufsichtsrechtes geforderten Mitteilungen zu machen; alle Verlautbarungen sind der Aufsichtsbehörde unverzüglich zur Kenntnis zu bringen. Die oberste Aufsichtsbehörde kann die Satzungen und Krankenordnungen jederzeit überprüfen und Änderungen solcher Bestimmungen verlangen, die mit dem Gesetz in Widerspruch stehen oder dem Zwecke der Versicherung zuwiderlaufen. Wird diesem Verlangen nicht binnen drei Monaten entsprochen, so kann sie die erforderlichen Verfügungen von Amts wegen treffen.

(3) Die Aufsichtsbehörde kann verlangen, daß die Verwaltungskörper mit einer bestimmten Tagesordnung zu Sitzungen einberufen werden. Wird dem nicht entsprochen, so kann sie die Sitzungen selbst anberaumen und die Verhandlungen leiten. Sie kann zu allen Sitzungen Vertreter entsenden, denen beratende Stimme zukommt. Die Aufsichtsbehörde, der mit der Aufsicht betraute Bedienstete der Aufsichtsbehörde und bei den im § 428 Abs. 1 Z. 2 bis 6 genannten Versicherungsanstalten und beim Hauptverband auch der Vertreter des Bundesministeriums für Finanzen sind von jeder Sitzung der Verwaltungskörper ebenso in Kenntnis zu setzen wie die Mitglieder dieser Verwaltungskörper; es sind ihnen auch die diesen zur Verfügung gestellten Behelfe (Tagesordnung, Ausweise, Berichte und andere Behelfe) zu übermitteln.

(4) Die oberste Aufsichtsbehörde ist berechtigt, die Versicherungsträger (den Hauptverband) amtlichen Untersuchungen zu unterziehen, wobei sie sich der Mitwirkung des zuständigen Verbandes sowie geeigneter Sachverständiger bedienen kann.

Entscheidungsbefugnis.

§ 450. (1) Die oberste Aufsichtsbehörde hat unbeschadet der Rechte Dritter bei Streit über Rechte und Pflichten der Verwaltungskörper und

deren Mitglieder sowie über die Auslegung der Satzung zu entscheiden.

(2) Die Aufsichtsbehörde ist berechtigt, wenn ein Träger der Krankenversicherung seiner Verpflichtung zur Abfuhr der anderen Stellen gehörenden Beiträge oder zur Weiterleitung der für fremde Rechnung eingehobenen Beiträge, Umlagen u. dgl. nicht nachkommt, die zur Sicherstellung der pünktlichen Abfuhr erforderlichen Veranlassungen namens des säumigen Trägers der Krankenversicherung selbst zu treffen.

Vorläufiger Verwalter.

§ 451. (1) Die oberste Aufsichtsbehörde ist berechtigt, die Verwaltungskörper, wenn sie ungeachtet zweimaliger schriftlicher Verwarnung gesetzliche oder satzungsmäßige Bestimmungen außer acht lassen, aufzulösen und die vorläufige Geschäftsführung und Vertretung vorübergehend einem vorläufigen Verwalter zu übertragen. Diesem ist ein Beirat zur Seite zu stellen, der im gleichen Verhältnis wie der aufgelöste Verwaltungskörper aus Vertretern der Dienstgeber und der Dienstnehmer bestehen soll und dessen Aufgaben und Befugnisse von der Aufsichtsbehörde bestimmt werden; die Vorschriften der §§ 420 Abs. 2 bis 7 und 432 Abs. 2 sind auf die Mitglieder des Beirates entsprechend anzuwenden. Der vorläufige Verwalter hat binnen acht Wochen vom Zeitpunkt seiner Bestellung an die nötigen Verfügungen wegen Neubestellung des Verwaltungskörpers nach den Vorschriften des § 421 zu treffen. Ihm obliegt die erstmalige Einberufung der Verwaltungskörper.

(2) Die Bestimmungen des Abs. 1 über die Auflösung eines Verwaltungskörpers und die Übertragung der vorläufigen Geschäftsführung und Vertretung auf einen vorläufigen Verwalter sind entsprechend anzuwenden, solange und soweit ein Verwaltungskörper die ihm obliegenden Geschäfte nicht ausführt.

(3) Verfügungen des vorläufigen Verwalters, die über den Rahmen laufender Geschäftsführung hinausgehen, wie insbesondere derartige Verfügungen über die dauernde Anlage von Vermögensbeständen im Werte von mehr als 200.000 S, über den Abschluß von Verträgen, die den Versicherungsträger für länger als sechs Monate verpflichten, und über den Abschluß, die Änderung oder Auflösung von Dienstverträgen mit einer Kündigungsfrist von mehr als drei Monaten oder von unkündbaren Dienstverträgen bedürfen der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde.

Kosten der Aufsicht.

§ 452. Die Kosten der von der Aufsichtsbehörde angeordneten Maßnahmen belasten den Versicherungsträger (Hauptverband). Zur Deckung der durch die Aufsicht erwachsenden sonstigen Kosten haben die Versicherungsträger (der Hauptverband) durch Entrichtung einer Auf-

sichtsgebühr beizutragen. Deren Höhe hat das Bundesministerium für soziale Verwaltung nach Anhörung des betreffenden Versicherungsträgers (des Hauptverbandes) zu bestimmen.

ABSCHNITT VII.

Satzung und Krankenordnung.

Gemeinsame Bestimmungen.

§ 453. (1) Die Satzung hat auf Grund der Vorschriften dieses Bundesgesetzes die Tätigkeit der Versicherungsträger (des Hauptverbandes) zu regeln und insbesondere Bestimmungen über Nachstehendes zu enthalten:

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

(2) Die Satzung ist binnen drei Monaten nach der Beschlußfassung im „Amtsblatt zur Wiener Zeitung“, wenn es sich aber um die Satzung eines Versicherungsträgers handelt, dessen Wirkungsbereich sich über nicht mehr als ein Bundesland erstreckt, in der amtlichen Landeszeitung zu veröffentlichen.

Satzung des Hauptverbandes.

§ 454. Die Satzung des Hauptverbandes hat außer den im § 453 Abs. 1 genannten Bestimmungen auch Bestimmungen über die Aufbringung der Mittel für die Verbandszwecke zu enthalten.

Genehmigungspflicht.

§ 455. (1) Die Satzung und jede ihrer Änderungen bedürfen der Genehmigung durch das Bundesministerium für soziale Verwaltung.

(2) Der Hauptverband kann Mustersatzungen aufstellen, die der Genehmigung durch das Bundesministerium für soziale Verwaltung bedürfen.

Krankenordnung der Träger der Krankenversicherung.

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

(2) Die Krankenordnung und jede ihrer Änderungen bedürfen der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde.

(3) Der Hauptverband kann eine Musterkrankenordnung aufstellen, die der Genehmigung des Bundesministeriums für soziale Verwaltung bedarf.

ABSCHNITT VIII.

Versicherungsunterlagen für die Pensionsversicherung.

Führung der Versicherungsunterlagen.

§ 457. (1) Die Träger der Krankenversicherung haben, soweit nichts anderes vorgesehen ist, für jeden Versicherten, für den sie Beiträge zu einer Pensionsversicherung einheben, die Versicherungsunterlagen, die zur Feststellung der Leistungen einer Pensionsversicherung erforderlich sind, genau aufzuzeichnen, diese Aufzeichnungen durch eine im Verordnungsweg zu bestimmende Frist aufzubewahren und dem zuständigen Träger der Pensionsversicherung auf Verlangen bekanntzugeben.

(2) Die Aufzeichnungen der Träger der Krankenversicherung haben alle aus der Geschäftsführung des Trägers der Krankenversicherung ermittelbaren Tatsachen zu enthalten, die zur Feststellung eines Leistungsanspruches aus der Pensionsversicherung notwendig sind.

(3) Soweit die Beiträge zur Pensionsversicherung der Arbeiter und Angestellten unmittelbar an den Träger der Pensionsversicherung zu entrichten sind, hat dieser die Aufzeichnungen nach den Abs. 1 und 2 selbst zu führen.

Mitwirkung der Behörden der Arbeitslosenversicherung und der Kriegsofferversorgung.

§ 458. Die Behörden der Arbeitslosenversicherung sowie der Kriegsofferversorgung sind verpflichtet, den Trägern der Krankenversicherung auf Anfrage alle Tatsachen aus ihrem Geschäftsbereich bekanntzugeben, die für die Rentenansprüche aus der Pensionsversicherung von Bedeutung sind. Die Träger der Krankenversicherung sind verpflichtet, diese mitgeteilten Tatsachen in ihre Aufzeichnungen gemäß § 457 Abs. 1 einzubeziehen.

Nähere Vorschriften über die Führung der Versicherungsunterlagen.

§ 459. Das Bundesministerium für soziale Verwaltung hat nach Anhörung des Hauptverbandes nähere Vorschriften über den Umfang, den Inhalt und die Form der von den Versicherungsträgern nach § 457 zu führenden Aufzeichnungen sowie über die Mitwirkung der Behörden der Arbeitslosenversicherung und der Kriegsofferversorgung nach § 458 zu erlassen.

ABSCHNITT IX.

Bedienstete.

§ 460. (1) Die dienst-, besoldungs- und pensionsrechtlichen Verhältnisse für die Bediensteten der Versicherungsträger (des Hauptver-

bandes) sind durch privatrechtliche Verträge zu regeln. Die Sozialversicherungsträger (der Hauptverband) haben unter Rücksichtnahme auf ihre wirtschaftliche Lage die Zahl der Dienstposten für Bedienstete auf das unumgängliche Maß einzuschränken und darnach für ihren Bereich einen Dienstpostenplan zu erstellen.

(2) Die Bediensteten der Versicherungsträger (des Hauptverbandes) unterstehen dienstlich dem Vorstand. Der Obmann (Präsident) ist berechtigt, nach Maßgabe der dienstrechtlichen Bestimmungen eine einstweilige Enthebung vom Dienste zu verfügen.

(3) Der leitende Angestellte und der leitende Arzt der im § 428 Abs. 1 Z. 1 bis 6 genannten Versicherungsanstalten (des Hauptverbandes) dürfen erst nach vorher eingeholter Zustimmung des Bundesministeriums für soziale Verwaltung bestellt und entlassen werden. Das gleiche gilt für die leitenden Angestellten und leitenden Ärzte der Landesstellen der im § 428 Abs. 1 Z. 1, 3 und 4 genannten Versicherungsanstalten.

(4) Der Bedienstete hat beim Dienstantritt dem Obmann (Präsidenten) durch Handschlag zu geloben, die Gesetze der Republik Österreich unverbrüchlich zu beachten, sich mit ganzer Kraft dem Dienst zu widmen, seine Dienstobliegenheiten gewissenhaft, unparteiisch und uneigennützig zu erfüllen, jederzeit auf die Wahrung der öffentlichen Interessen bedacht zu sein, die dienstlichen Anordnungen seiner Vorgesetzten zu befolgen, das Dienstgeheimnis treu zu bewahren und bei seinem Verhalten in und außer Dienst sich seiner Stellung angemessen zu betragen. Die Angelobung der Bediensteten der Landesstellen kann vom Obmann dem Vorsitzenden des betreffenden Landesstellenausschusses übertragen werden. Über die Pflichtenangelobung ist eine Niederschrift aufzunehmen, die der Bedienstete zu unterzeichnen hat.

NEUNTER TEIL.

Sonderbestimmungen.

ABSCHNITT I.

Versicherung der unständig beschäftigten Arbeiter in der Land- und Forstwirtschaft.

Umfang der Versicherung.

§ 461. (1) Unständig beschäftigte Arbeiter in der Land- und Forstwirtschaft (§ 27) sind in der Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung nach Maßgabe der Bestimmungen dieses Abschnittes versichert (vollversichert).

(2) Die Versicherung der unständig beschäftigten Arbeiter nach Abs. 1 wird, soweit in diesem Abschnitt nichts anderes bestimmt wird, in der Kranken- und Unfallversicherung nach den sonstigen Vorschriften über diese Versicherungen, in der Pensionsversicherung nach den

sonstigen Vorschriften über die Pensionsversicherung der Arbeiter durchgeführt.

(3) Die Aufwendungen in der Unfallversicherung der bei der Land- und Forstwirtschaftlichen Sozialversicherungsanstalt versicherten unständig beschäftigten Arbeiter sind bei der Festsetzung der Beiträge gemäß § 72 mitzuberücksichtigen. Beiträge nach den §§ 51, 52 und 54 sind für solche unständig beschäftigte Arbeiter nicht zu leisten.

Begriff des unständig beschäftigten Arbeiters.

§ 462. (1) Als unständig beschäftigter Arbeiter gilt, wer als Arbeiter in wechselnder Folge in mehreren Beschäftigungsverhältnissen, sei es bei mehreren Dienstgebern oder bei ein und demselben Dienstgeber, mindestens an zehn Arbeitstagen im Kalendermonat gegen Entgelt kurzfristig beschäftigt ist.

(2) Kurzfristig ist das einzelne Beschäftigungsverhältnis, wenn es höchstens zwei unmittelbar aufeinanderfolgende Arbeitstage dauert.

(3) Arbeitstag im Sinne des Abs. 1 und 2 ist jeder Kalendertag, an dem der unständig beschäftigte Arbeiter in einem Beschäftigungsverhältnis mindestens vier Stunden tätig ist.

(4) Bei Anwendung der Abs. 1 bis 3 sind auch geringfügige Beschäftigungen im Sinne des § 5 Abs. 2 zu berücksichtigen, soweit sie nicht neben einer anderen, die Pflichtversicherung begründenden Beschäftigung oder einer selbständigen Erwerbstätigkeit ausgeübt werden, aus der der Beschäftigte seinen Lebensunterhalt vorwiegend bestreitet.

Weiterversicherung.

§ 463. Das Recht auf Weiterversicherung in der Krankenversicherung ist innerhalb von fünf Wochen nach dem letzten Arbeitstag der unständigen Beschäftigung (§ 462) geltend zu machen.

Meldungen.

§ 464. (1) Jeder gemäß § 462 Abs. 2 kurzfristig beschäftigte Arbeiter hat sich binnen drei Tagen nach Beginn einer solchen Beschäftigung bei der für ihn örtlich zuständigen Landwirtschaftskrankenkasse (Meldestelle) anzumelden.

(2) Die zuständige Landwirtschaftskrankenkasse (Meldestelle) hat dem so Beschäftigten auf dessen Meldung oder von Amts wegen einen Ausweis auszustellen.

(3) Der Dienstgeber hat in den ihm vom kurzfristig beschäftigten Arbeiter vorzulegenden Ausweis das genaue Datum der Arbeitstage (§ 462 Abs. 3) bei jeder Lohnzahlung einzutragen. Legt der kurzfristig beschäftigte Arbeiter trotz Aufforderung des Dienstgebers keinen Ausweis vor, so hat der Dienstgeber dies der zuständigen Landwirtschaftskrankenkasse (Meldestelle) zu melden. Mit der Eintragung in den Ausweis be-

ziehungsweise mit der Meldung im Sinne des zweiten Satzes hat der Dienstgeber die ihm obliegende Meldepflicht erfüllt. Verweigert der Dienstgeber die Eintragung in den Ausweis, so hat der kurzfristig beschäftigte Arbeiter dies der zuständigen Landwirtschaftskrankenkasse (Meldestelle) anzuzeigen. Arbeitstage kurzfristig beschäftigter Arbeiter, die in den Ausweis nicht eingetragen sind und von der zuständigen Landwirtschaftskrankenkasse nachträglich festgestellt werden, sind von dieser von Amts wegen in den Ausweis einzutragen.

(4) Der kurzfristig beschäftigte Arbeiter ist verpflichtet, den Ausweis, wenn er mit Eintragungen ausgefüllt oder so beschädigt ist, daß weitere lesbare Eintragungen nicht mehr möglich sind, bei der zuständigen Landwirtschaftskrankenkasse (Meldestelle) zum Umtausch einzureichen. Er hat der zuständigen Landwirtschaftskrankenkasse oder deren Beauftragten auf Verlangen bei gleichzeitiger Vorlage des Ausweises Auskunft über alle Beschäftigungen zu geben, die in den Ausweis einzutragen sind. Der Verlust des Ausweises ist der zuständigen Landwirtschaftskrankenkasse (Meldestelle) unverzüglich anzuzeigen.

(5) Auf Zuwiderhandlungen der kurzfristig beschäftigten Arbeiter und ihrer Dienstgeber gegen die Vorschriften der Abs. 1 bis 4 sind die für die Unterlassung der Meldungen geltenden Strafbestimmungen der §§ 111 bis 113 entsprechend anzuwenden.

Ausweis.

§ 465. Das Nähere über Form, Inhalt, Einziehung und Umtausch des Ausweises ist in den Satzungen der zuständigen Landwirtschaftskrankenkasse zu regeln. Das Bundesministerium für soziale Verwaltung kann nach Anhörung des Hauptverbandes bindende Richtlinien hierüber erlassen.

Versicherungsbeiträge.

§ 466. (1) Für jeden Arbeitstag, der gemäß § 464 in den Ausweis einzutragen ist, sind vom Dienstgeber Beiträge zu entrichten.

(2) Der Beitragsberechnung wird ein Tagesarbeitsverdienst zugrunde gelegt, der entweder einheitlich für alle bei einer Landwirtschaftskrankenkasse kurzfristig beschäftigten Arbeiter oder nach Geschlecht, Altersstufen oder anderen wesentlichen Merkmalen verschieden in den Satzungen der Landwirtschaftskrankenkassen festzusetzen ist. Dieser Tagesarbeitsverdienst hat annähernd dem durchschnittlichen Tagesarbeitsverdienst der sonst vollversicherten ungelerten Arbeiter in der Land- und Forstwirtschaft der betreffenden Gruppe bei der in Betracht kommenden Landwirtschaftskrankenkasse zu entsprechen.

(3) Der Dienstgeber ist unbeschadet der Vorschriften des § 53 berechtigt, die Hälfte des Beitrages bei jeder Lohnzahlung vom Barlohn des kurzfristig beschäftigten Arbeiters abzuziehen. Ist der Abzug bei einer Lohnzahlung unterblieben, so darf er bei einer späteren Lohnzahlung nicht mehr nachgeholt werden.

(4) Für Arbeitstage kurzfristig beschäftigter Arbeiter, die der Dienstgeber in den ihm vorgelegten Ausweis nicht eingetragen und die die Landwirtschaftskrankenkasse nachträglich festgestellt hat, ist ein Zuschlag zum Beitrag einzuhellen, der 20 v. H. der nachzuzahlenden Beiträge, mindestens einen Schilling für jeden nicht eingetragenen Arbeitstag beträgt. Dieser Zuschlag ist vom Dienstgeber allein zu tragen.

(5) Wird nachträglich rechtskräftig festgestellt, daß eine Versicherungspflicht als unständig beschäftigter Arbeiter im Sinne des § 462 in einem Kalendermonat nicht bestanden hat, so ist dem unständig beschäftigten Arbeiter der nach Abs. 3 in Abzug gebrachte Anteil am Beitrag auf dessen Antrag rückzuerstatten. Der Antrag ist innerhalb eines Monats nach Eintritt der Rechtskraft der nachträglichen Feststellung bei der zuständigen Landwirtschaftskrankenkasse einzubringen. Die Rückerstattung ist ausgeschlossen, wenn dem kurzfristig beschäftigten Arbeiter in einer Versicherung bereits eine Leistung auf Grund der zu Unrecht entrichteten Beiträge bewilligt worden ist.

(6) Werden Beiträge nach Abs. 5 nicht rückerstattet, so sind sie als Beiträge für die Weiterversicherung zu verwenden, sofern die Voraussetzungen für die Weiterversicherung gegeben sind.

Abweichende Regelung der Meldungen und Versicherungsbeiträge.

§ 467. (1) Auf Antrag des kurzfristig beschäftigten Arbeiters sind die Beiträge fortlaufend für den gesamten Kalendermonat zu berechnen, wenn der Beschäftigte bereits durch mindestens 60 Monate nach gesetzlicher Vorschrift krankenversichert war. In solchen Fällen hat der kurzfristig beschäftigte Arbeiter die Beiträge selbst einzuzahlen; es unterbleibt auch die Eintragung in den Ausweis nach § 464 durch die Dienstgeber. Letztere sind jedoch verpflichtet, dem kurzfristig beschäftigten Arbeiter den auf den Dienstgeber entfallenden Beitragsanteil für jeden Arbeitstag auszuführen. Der kurzfristig beschäftigte Arbeiter gilt in einem solchen Fall in dem betreffenden Kalendermonat als fortlaufend versichert, wenn er die fällig werdenden Beiträge voll einahlt.

(2) Die Begünstigung nach Abs. 1 erlischt, wenn der kurzfristig beschäftigte Arbeiter nacheinander für zwei Beitragsperioden die Beiträge innerhalb der Zahlungsfrist nicht gezahlt hat.

Leistungen aus der Krankenversicherung.

§ 468. (1) Der Anspruch auf die gesetzlichen Mindestleistungen der Krankenversicherung entsteht für die nach diesem Abschnitt pflichtversicherten unständig beschäftigten Arbeiter erst nach einer Wartezeit von sechs Wochen innerhalb des Zeitraumes von 26 Wochen, der Anspruch auf die satzungsmäßigen Mehrleistungen der Krankenversicherung nach einer Wartezeit von 26 Wochen innerhalb des Zeitraumes von 52 Wochen unmittelbar vor der Erfüllung der Voraussetzungen für den Anspruch oder nach einer durch die Satzung festzusetzenden längeren Wartezeit innerhalb dieses Zeitraumes. Auf diese Wartezeiten sind alle Zeiten des Bestandes eines Versicherungsverhältnisses nach § 462 sowie alle Zeiten einer sonstigen gesetzlichen Krankenversicherung anzurechnen, sofern sie in die bezeichneten Zeiträume fallen. Die für die Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft geltende längere Wartezeit bleibt hievon unberührt.

(2) Kranken- und Hausgeld werden, wenn die Wartezeit nach Abs. 1 erfüllt ist, nur gewährt, wenn der unständig Beschäftigte innerhalb der letzten zwei Kalendermonate vor dem Beginn der mit Arbeitsunfähigkeit verbundenen Erkrankung mindestens 20 anrechenbare Arbeitstage oder innerhalb der letzten 52 Wochen vor diesem Zeitpunkt eine Versicherungszeit von mindestens 26 Wochen aufweist.

(3) Die Bestimmungen des Abs. 1 gelten entsprechend auch für die Gewährung der Krankenhauspflege.

(4) Erkrankt der Versicherte infolge eines Arbeitsunfalles, so ist die Erfüllung der Wartezeit nach Abs. 1 und 2 nicht erforderlich.

(5) Die baren Leistungen der Krankenversicherung werden nach dem Tageswert einer Lohnstufe bemessen, die in den Satzungen der Landwirtschaftskrankenkassen entweder einheitlich für alle beim Träger der Krankenversicherung versicherten unständig Beschäftigten oder verschieden für einzelne Gruppen unständig Beschäftigter festzusetzen ist (Mitgliederklassen für unständig Beschäftigte). Bei der Bestimmung der Mitgliederklassen ist die Beitragsgrundlage für unständig Beschäftigte (§ 466 Abs. 2) und der erfahrungsmäßige Gesamtdurchschnitt der Arbeitstage aller bei der betreffenden Landwirtschaftskrankenkasse versicherten unständig Beschäftigten der in Betracht kommenden Beschäftigtengruppe in einem Kalendermonat zugrunde zu legen.

Leistungen aus der Unfallversicherung.

§ 469. Bei der Ermittlung der Bemessungsgrundlage nach der Beitragsgrundlage in der

Unfallversicherung sind für pflichtversicherte unständig Beschäftigte die Beitragsgrundlagen gemäß § 466 zu berücksichtigen. Im übrigen sind die Bestimmungen der §§ 178 bis 180 und 182 entsprechend anzuwenden.

Leistungen aus der Pensionsversicherung.

§ 470. (1) Jeder Kalendermonat, für den im Ausweis mindestens 15 Arbeitstage (§ 462 Abs. 3) eingetragen sind, zählt als Beitragsmonat der Pflichtversicherung. Ist in einem Kalendermonat zwar die nach § 462 Abs. 1 erforderliche Mindestzahl von Arbeitstagen erreicht, sind aber weniger als 15 Arbeitstage im Ausweis eingetragen, so werden diese Arbeitstage den Arbeitstagen in einem nachfolgenden Kalendermonat, in dem ebenfalls die erforderliche Mindestzahl erreicht, aber weniger als 15 Arbeitstage eingetragen sind, zugeschlagen. Dieser zählt sodann als Beitragsmonat.

(2) Kalendermonate, für welche die Beiträge nach § 467 Abs. 1 berechnet werden, zählen jedenfalls als Beitragsmonate der Pflichtversicherung.

(3) Beitragsgrundlage für den Beitragsmonat ist die Summe der Tagesarbeitsverdienste, von der für den Beitragsmonat der Beitrag berechnet wurde.

Meldestellen.

§ 471. (1) Die Gemeinden haben als Meldestellen an der Durchführung der Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung der unständig beschäftigten Arbeiter mitzuwirken, insbesondere die Meldungen der unständig beschäftigten Arbeiter entgegenzunehmen und an die zuständigen Landwirtschaftskrankenkassen weiterzuleiten, die Ausweise für unständig beschäftigte Arbeiter auszustellen, umzutauschen und der zuständigen Landwirtschaftskrankenkasse vorzulegen sowie die Richtigkeit der Eintragungen in den Ausweisen nachzuprüfen. Auf Verlangen der zuständigen Landwirtschaftskrankenkassen haben sie Verzeichnisse über die jeweils in ihrem Amtsbereich unständig beschäftigten Arbeiter zu führen und diese Verzeichnisse der zuständigen Landwirtschaftskrankenkasse auf deren Verlangen zu übermitteln.

(2) In Gemeinden mit mehr als 10.000 Einwohnern haben die Landwirtschaftskrankenkassen, sofern es die örtlichen Verhältnisse erfordern, zur Durchführung der im Abs. 1 bezeichneten Aufgaben eigene Meldestellen zu errichten. In sonstigen Gemeinden können sie solche eigene Meldestellen errichten. Die Gemeinden haben diese Meldestellen bei der Erfüllung ihrer Aufgaben zu unterstützen.

ABSCHNITT II.

Versicherung der Bediensteten der dem öffentlichen Verkehr dienenden Eisenbahnen.

1. UNTERABSCHNITT.

Krankenversicherung.

Krankenversicherung der Beamten der österreichischen Bundesbahnen.

§ 472. (1) Die Beamten der Österreichischen Bundesbahnen und die Empfänger von Ruhe(Versorgungs)genüssen, auf welche die Kundmachung des Bundesministeriums für Verkehr vom 14. November 1947, BGBl. Nr. 263 (Besoldungsordnung für die Beamten der Österreichischen Bundesbahnen), beziehungsweise die Verordnung des Bundesministeriums für Verkehr vom 4. November 1949, BGBl. Nr. 267 (Bundesbahn-Pensionsüberleitungsverordnung), Anwendung findet, sowie Personen, die außerordentliche, nicht auf Rechtsansprüchen beruhende Versorgungsgenüsse oder Unterhaltsbeiträge von den Österreichischen Bundesbahnen erhalten, sind nach den jeweils geltenden gesetzlichen Vorschriften über die Krankenversicherung der Bundesangestellten versichert. Das gleiche gilt für die Angestellten und sonstigen Bediensteten der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen, sofern sie im Erkrankungsfalle Anspruch auf Fortzahlung ihrer Dienstbezüge durch mindestens sechs Monate haben, sowie für Personen, die aus einem solchen Dienstverhältnis Ruhe- oder Versorgungsgenüsse erhalten.

(2) Nach den im Abs. 1 bezeichneten Vorschriften sind auch Sondervertragsangestellte im Sinne des § 1 Abs. 2 lit. b der Besoldungsordnung für die Beamten der Österreichischen Bundesbahnen, BGBl. Nr. 263/1947, die im Erkrankungsfalle Anspruch auf Weiterzahlung ihrer Dienstbezüge durch mindestens sechs Monate haben und denen aus ihrem Dienstverhältnis die Anwartschaft auf Ruhe(Versorgungs)genüsse zusteht, sowie Personen, die aus einem solchen Dienstverhältnis Ruhe- oder Versorgungsgenüsse erhalten, versichert.

(3) Die Krankenversicherung nach Abs. 1 und 2 umfaßt gemäß den gesetzlichen Vorschriften über die Krankenversicherung der Bundesangestellten auch die Mitversicherung der Angehörigen des Versicherten. Die Satzung des Versicherungsträgers kann die Mitversicherung auf sonstige Angehörige (§ 123 Abs. 5 und 6) erstrecken, die mit dem Versicherten in häuslicher Gemeinschaft leben, von ihm ganz oder überwiegend erhalten werden und sich im Inland aufhalten, wenn dies vom Standpunkt der finanziellen Leistungsfähigkeit des Versicherungsträgers tragbar erscheint.

(4) Hinsichtlich der Versicherungsbeiträge sind in der Krankenversicherung nach den Abs. 1 und 2 die Bestimmungen des § 488 mit der Maßgabe anzuwenden, daß an Stelle der im § 488 Abs. 2 letzter Satz bezogenen Bestimmungen des Ge-

haltsüberleitungsgesetzes die Bestimmungen des § 24 b der Besoldungsordnung für die Beamten der Österreichischen Bundesbahnen, BGBl. Nr. 263/1947, in der Fassung der Kundmachung, BGBl. Nr. 253/1949, heranzuziehen sind und daß die Höhe des Beitrages durch die Satzung der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen höchstens mit 4/8 v. H. der Bemessungsgrundlage festzusetzen ist.

Träger der Krankenversicherung.

§ 473. (1) Träger der Krankenversicherung für die im § 472 bezeichneten Personen ist die im § 23 Abs. 1 Z. 4 genannte Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen.

(2) Im Geschäftsbericht sind die Erfolgsrechnung und die statistischen Nachweisungen für die im Abs. 1 bezeichnete Krankenversicherung und für die Krankenversicherung der übrigen bei der Anstalt Versicherten getrennt aufzustellen. Die Schlußbilanz ist gemeinsam für beide Krankenversicherungen zu erstellen.

(3) Die Satzung und die Krankenordnung der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen haben je einen besonderen Teil für die Krankenversicherung gemäß § 472 zu enthalten. In diesem Teile der Satzung ist auch die Höhe des Beitrages festzusetzen. Bei der Entsendung der Versicherungsvertreter in die Verwaltungskörper der Versicherungsanstalt ist darauf Bedacht zu nehmen, daß die nach § 472 versicherten Dienstnehmer durch eine ihrer Zahl entsprechende Anzahl von Versicherungsvertretern vertreten sind.

Leistungen in der allgemeinen Krankenversicherung der Eisenbahnbediensteten.

§ 474. (1) Auf die bei der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen Versicherten, die nicht zu den im § 472 bezeichneten Personen gehören, sind die Bestimmungen des § 5 Abs. 1, der §§ 6 bis 11 und des § 14 des Bundesangestellten-Krankenversicherungsgesetzes 1937, soweit sie nicht die Beziehungen der Versicherungsanstalt zu den Krankenanstalten regeln, unter Bedachtnahme auf die später verfügten Änderungen und Ergänzungen dieses Bundesgesetzes an Stelle der einschlägigen Bestimmungen des vorliegenden Bundesgesetzes entsprechend anzuwenden. Hinsichtlich der Eintreibung von Behandlungsbeiträgen gilt § 34 Abs. 4 des bezogenen Gesetzes. Die Bestimmungen des § 51 Abs. 2 sind auf die im ersten Satz genannten Versicherten mit der Maßgabe anzuwenden, daß der allgemeine Beitrag für die Krankenversicherung hinsichtlich der der Pensionsversicherung der Angestellten zugehörigen Personen mit dem gleichen Beitragssatz zu bemessen ist wie für die der Pensionsversicherung der Arbeiter zugehörigen Personen. Durch die Satzung der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen kann für solche der Pensions-

versicherung der Angestellten zugehörigen Personen, soweit sie im Erkrankungsfall Anspruch auf Weiterzahlung ihrer Dienstbezüge durch mindestens sechs Wochen haben, ein gegenüber diesem Beitragssatz entsprechend niedrigerer Beitragssatz festgesetzt werden.

(2) Durch die Satzung der Versicherungsanstalt kann für die im Abs. 1 bezeichneten Versicherten auch bestimmt werden, daß die laufenden Geldleistungen aus der Krankenversicherung sowie das Kranken-, Familien- und Taggeld aus der Unfallversicherung für alle diese Versicherten oder für einzelne Versichertengruppen in kürzeren oder längeren Zeitabschnitten als wöchentlich, längstens aber monatlich, im nachhinein ausgezahlt werden.

Regelung aus Anlaß der Aufnahme in ein öffentlich-rechtliches Dienstverhältnis oder beim Ausscheiden aus einem solchen.

§ 475. Die Bestimmungen des § 10 Abs. 1 zweiter Satz und des § 11 Abs. 5 über den Wirkungsbeginn des Ausscheidens aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis beziehungsweise der Aufnahme in ein solches in der Pflichtversicherung sind in der nach den Vorschriften über die Krankenversicherung der Bundesangestellten geregelten Krankenversicherung bei der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen entsprechend anzuwenden.

2. UNTERABSCHNITT.

Unfallversicherung.

Unfallversicherung von Bundesbediensteten, die durch die Eisenbahnen kostenlos befördert werden müssen.

§ 476. Die dem öffentlichen Verkehr dienenden Eisenbahnen (Straßenbahnen) können Bundesbedienstete, die nach den Konzessionsbedingungen oder nach sonstigen Vorschriften durch die Eisenbahnen (Straßenbahnen) kostenlos oder auf Grund bestehender Verwaltungsübereinkommen gegen Leistung einer Pauschalentschädigung befördert werden müssen, bei der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen gegen die Folgen von Arbeitsunfällen versichern, die sich bei ihren Betrieben ereignen. Eisenbahn- (Straßenbahn)unternehmungen, die von dieser Berechtigung Gebrauch machen, haften bei Arbeitsunfällen dieser Bundesbediensteten im gleichen Ausmaße wie bei Arbeitsunfällen ihrer Dienstnehmer. Das Nähere regelt die Satzung der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen.

Erhöhung der Renten bei Entfall des Schadenersatzanspruches gegen das Eisenbahnunternehmen.

§ 477. Die Satzung der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen kann die dem Verletzten gebührende Versehrtenrente um die

Hälfte, die Hinterbliebenenrenten um zwei Drittel erhöhen, wenn dem Anspruchsberechtigten neben der Rente aus der Unfallversicherung ein gesetzlich begründeter Schadenersatzanspruch nach den gesetzlichen Bestimmungen über die erhöhte Haftpflicht der Eisenbahnen bei Dienst- und Arbeitsunfällen gegen ein dem öffentlichen Verkehr dienendes Eisenbahnunternehmen zustünde; im Falle einer solchen Erhöhung entfällt der Schadenersatzanspruch gegen das Unternehmen.

3. UNTERABSCHNITT.

Pensionsversicherung.

Zusätzliche Pensionsversicherung bei der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen.

§ 478. (1) Die Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen ist berechtigt, für in der Pensionsversicherung pflichtversicherte Bedienstete der Österreichischen Bundesbahnen und der Versicherungsanstalt selbst eine zusätzliche Pensionsversicherung durchzuführen.

(2) Die Durchführung der zusätzlichen Pensionsversicherung wird durch ein besonderes Bundesgesetz geregelt. Bis zum Inkrafttreten des besonderen Bundesgesetzes ist die zusätzliche Pensionsversicherung unter Bedachtnahme auf die finanzielle Leistungsfähigkeit des Versicherungsträgers und auf die wirtschaftlichen Bedürfnisse der Versicherten durch die Satzung des Versicherungsträgers zu regeln.

Zusätzliche Pensionsversicherung von Bediensteten von Privatbahnunternehmungen.

§ 479. Das Pensionsinstitut der österreichischen Privatbahnen und das Pensionsinstitut der Elektrizitäts- und Straßenbahngesellschaft in Linz bleiben als Träger der zusätzlichen Pensionsversicherung von in der Pensionsversicherung pflichtversicherten Bediensteten der diesen Instituten angeschlossenen Betriebe weiter bestehen. Die genannten Pensionsinstitute sind Zuschußkassen des öffentlichen Rechtes und unterstehen der Aufsicht des Bundesministeriums für soziale Verwaltung. § 478 Abs. 2 gilt entsprechend.

ABSCHNITT III.

Sonderversicherungen.

1. UNTERABSCHNITT.

Gemeinsame Sonderbestimmungen über die Krankenversicherung der Bundesangestellten, die Meisterkrankenversicherung und die Notarversicherung.

Anwendung von Bestimmungen des Ersten bis Achten Teiles.

§ 480. (1) Die nachstehend bezeichneten Bestimmungen des Ersten bis Achten Teiles dieses Bundesgesetzes sind bis auf weiteres auch in der Krankenversicherung der Bundesangestellten, auch soweit die Versicherungsanstalt der öster-

reichischen Eisenbahnen als Träger der Krankenversicherung im Sinne des § 473 in Betracht kommt, in der Meisterkrankenversicherung und in der Notarversicherung entsprechend anzuwenden:

1. § 23 Abs. 6 über die Errichtung, den Erwerb und den Betrieb von eigenen Einrichtungen der Krankenbehandlung;
 2. § 32 über die rechtliche Stellung der Versicherungsträger und des Hauptverbandes;
 3. § 81 über die Verwendung der Mittel;
 4. § 84 über den Unterstützungsfonds;
 5. die §§ 99, 102, 103, 106 und 107 über Leistungsansprüche;
 6. die §§ 109 und 110 über die Befreiung von Abgaben;
 7. § 119 über die Gewährung der Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten;
 8. § 132 über die Gewährung von Barleistungen an Stelle von Sachleistungen;
 9. die Bestimmungen des Sechsten Teiles über die Beziehungen zu den Vertragspartnern, wobei in der Meisterkrankenversicherung der Abschluß von Gesamtverträgen oder von Ergänzungsvereinbarungen zu solchen auch dem Verband der Meisterkrankenstellen übertragen werden kann;
 10. die Bestimmungen des Siebenten Teiles über das Verfahren mit der Maßgabe, daß bei den Schiedsgerichten je eine Abteilung für die Angelegenheiten der Krankenversicherung der Bundesangestellten, der Meisterkrankenversicherung und der Notarversicherung zu bilden ist und daß in der Abteilung für Meisterkrankenversicherung beide Beisitzer dem Kreise der Versicherten angehören;
 11. die §§ 443, 444, 446 und 447 über die Vermögensverwaltung, wobei § 444 Abs. 2 entsprechend für die Unfall- und Pensionsversicherung bei der Versicherungsanstalt des österreichischen Notariates gilt;
 12. die §§ 448 bis 452 über die Aufsicht des Bundes;
 13. § 460 über Bedienstete, wobei der Abs. 3 des § 460 auch für den leitenden Angestellten und den leitenden Arzt der Krankenversicherungsanstalt der Bundesangestellten, für die leitenden Angestellten und leitenden Ärzte der Landesgeschäftsstellen dieser Anstalt, für den leitenden Angestellten und den leitenden Arzt des Verbandes der Meisterkrankenstellen und für den leitenden Angestellten und den leitenden Arzt der Versicherungsanstalt des österreichischen Notariates gilt.
- (2) Die Bestimmungen der §§ 315 bis 319 über die Ersatzansprüche im Verhältnis zwischen Kranken- und Unfallversicherung sind auf die Krankenversicherungsanstalt der Bundesangestellten, auf die Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen, auch soweit diese Träger der Krankenversicherung im Sinne des § 473 ist, und auf die Träger der Meisterkrankenversicherung entsprechend anzuwenden.

(3) Soweit das Bundesangestellten-Krankenversicherungsgesetz 1937, BGBl. Nr. 94, und das Notarversicherungsgesetz 1938 in der Fassung der Novellen BGBl. Nr. 174/1951 und BGBl. Nr. 159/1952 auf Bestimmungen des Bundesgesetzes, betreffend die gewerbliche Sozialversicherung, Bezug nehmen, sind die an deren Stelle getretenen Vorschriften des vorliegenden Bundesgesetzes entsprechend heranzuziehen.

Satzung und Krankenordnung.

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

2. UNTERABSCHNITT.

Sonderbestimmungen über die Krankenversicherung der Bundesangestellten.

Verwaltungskörper.

§ 482. In der Krankenversicherung der Bundesangestellten sind die Bestimmungen der §§ 419 bis 432 über die Verwaltungskörper der Versicherungsträger und der §§ 435 bis 442 über die Aufgaben der Verwaltungskörper mit folgender Maßgabe anzuwenden:

1. Verwaltungskörper der Krankenversicherungsanstalt der Bundesangestellten sind der Hauptvorstand, der Überwachungsausschuß und für das Gebiet einer jeden Landesgeschäftsstelle ein Landesvorstand;

2. die Zahl der Mitglieder des Hauptvorstandes beträgt 35, des Überwachungsausschusses zehn, der Landesvorstände bei einer Landesgeschäftsstelle mit einem durchschnittlichen Mitgliederstand bis zu 50.000 zehn, von mehr als 50.000 bis zu 100.000 fünfzehn, von mehr als 100.000 zwanzig;

3. bei der Bestellung der Dienstgebervertreter in den Verwaltungskörpern der Anstalt hat das Bundesministerium für soziale Verwaltung das Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Finanzen, der Landeshauptmann das Einvernehmen mit der Finanzlandesbehörde herzustellen. Kommt ein Einvernehmen zwischen dem Landeshauptmann und der Finanzlandesbehörde nicht zustande, so beruft auf Auftrag einer dieser beiden Stellen das Bundesministerium für soziale

Verwaltung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Finanzen die Dienstgebervertreter;

4. der Hauptvorstand und die Landesvorstände bestehen zu vier Fünfteln aus Vertretern der Dienstnehmer und zu einem Fünftel aus Vertretern der Dienstgeber, der Überwachungsausschuß zu einem Fünftel aus Vertretern der Dienstnehmer und zu vier Fünfteln aus Vertretern der Dienstgeber.

Erweiterung des Kreises der nach dem Bundesangestellten-Krankenversicherungsgesetz 1937 Pflichtversicherten.

§ 483. (1) Im Dienste der Oesterreichischen Nationalbank Beschäftigte, die auf Grund der Pensionsordnung der Oesterreichischen Nationalbank Anwartschaft auf Ruhe- und Hinterbliebenenversorgung (Pension) haben, sind auf Grund dieser Beschäftigung für den Fall der Krankheit ausschließlich nach den Bestimmungen des Bundesangestellten-Krankenversicherungsgesetzes 1937, BGBl. Nr. 94, bei der Krankenversicherungsanstalt der Bundesangestellten-versichert. Dies gilt auch für Bedienstete der Oesterreichischen Nationalbank, auf deren Ruhe- und Versorgungsgenüsse nach den hiefür maßgebenden dienstrechtlichen Bestimmungen Leistungen aus der Pensions- beziehungsweise Unfallversicherung anzurechnen sind.

(2) Die nicht ständigen Hochschulassistenten im Sinne des Hochschulassistentengesetzes 1948, BGBl. Nr. 32/1949, sind für die Dauer des aktiven Dienstverhältnisses und des Ruhestandsverhältnisses nach den Bestimmungen des im Abs. 1 bezogenen Gesetzes bei der Krankenversicherungsanstalt der Bundesangestellten versichert.

Empfänger außerordentlicher Ruhe- (Versorgungs)genüsse.

§ 484. Personen, die von einer öffentlich-rechtlichen Körperschaft, Anstalt, Stiftung oder einem öffentlichen Fonds, deren Bedienstete nach den Bestimmungen des Bundesangestellten-Krankenversicherungsgesetzes 1937, BGBl. Nr. 94, in der jeweils geltenden Fassung versichert sind, einen außerordentlichen, nicht auf Rechtsansprüchen beruhenden Ruhe(Versorgungs)genuß oder einen Unterhaltsbeitrag im Sinne des § 98 des Gesetzes vom 25. Jänner 1914, RGBl. Nr. 15 (Dienstpragmatik), oder anderer gleichartiger Vorschriften erhalten, sind nach den gleichen Bestimmungen versicherungspflichtig und für den Fall der Krankheit versichert.

Anstaltsangehörige.

§ 485. (1) Uneheliche Kinder männlicher Versicherter sind auch dann Anstaltsangehörige im Sinne der Vorschriften über die Krankenversicherung der Bundesangestellten, wenn die Voraussetzungen des § 3 Abs. 2 Z. 4 lit. b des Bundes-

angestellten-Krankenversicherungsgesetzes 1937, BGBl. Nr. 94, nicht gegeben sind.

(2) Die schuldlos geschiedene Ehegattin eines nach den Vorschriften über die Krankenversicherung der Bundesangestellten Pflichtversicherten ist berechtigt, dieser Krankenversicherung freiwillig beizutreten, solange sie ihren Wohnsitz im Inland hat und nicht nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz in der Krankenversicherung pflichtversichert ist. Als Bemessungsgrundlage gilt der Betrag von 750 S im Monat. Die Beiträge sind mit dem für Pflichtversicherte geltenden Hundertsatz der Bemessungsgrundlage zu bemessen und von der Versicherten selbst zu tragen. Die Bestimmungen des § 18 Abs. 2 bis 5 sind entsprechend anzuwenden.

Ruhen des Leistungsanspruches.

§ 486. Bei Personen, die nach den Bestimmungen des Ersten Teiles in der Krankenversicherung pflichtversichert sind, tritt ein Ruhen des Anspruches auf Leistungen nach den gesetzlichen Bestimmungen über die Krankenversicherung der Bundesangestellten nicht ein.

Einbeziehung von Angestellten anderer Körperschaften in die Krankenversicherung der Bundesangestellten.

§ 487. (1) § 1 a Abs. 1 Z. 1 lit. a des Bundesangestellten-Krankenversicherungsgesetzes 1937, BGBl. Nr. 94, hat zu lauten:

„a) der Länder, der Bundeshauptstadt Wien, der Städte mit eigenem Statut und aller übrigen Gemeinden,“

(2) In der Zeit vom 1. Oktober 1938 bis zum Wirksamkeitsbeginn dieses Bundesgesetzes von der Krankenversicherungsanstalt der Bundesangestellten (früher Beamten-Krankenfürsorgeanstalt) verfügte Erweiterungen des Kreises der versicherten Mitglieder und der Angehörigen der Krankenversicherungsanstalt der Bundesangestellten bleiben aufrecht.

Versicherungsbeiträge.

§ 488. (1) In der Krankenversicherung der Bundesangestellten ist die Höhe des Beitrages mit einem Hundertsatz der Bemessungsgrundlage, höchstens mit 4/4 v. H. dieser Grundlage, durch die Satzung der Krankenversicherungsanstalt der Bundesangestellten festzusetzen. Die Bestimmungen des § 49 Abs. 2 und des § 54 Abs. 1 über die Sonderzahlungen und Sonderbeiträge sind entsprechend anzuwenden. Die Beiträge sind so zu bemessen, daß die Einnahmen die Ausgaben der Anstalt decken. Übersteigen die Einnahmen der Anstalt die Ausgaben, so sind die Beiträge, wenn ein Betriebsfonds in der Höhe der dreifachen durchschnittlichen Monatsausgabe der letzten drei Betriebsjahre angesammelt und anzunehmen ist, daß die Einnahmen die Ausgaben auch weiterhin übersteigen werden, durch Ände-

rung der Satzung entsprechend zu ermäßigen. Die Beiträge sind vom Versicherten und vom Dienstgeber zu gleichen Teilen zu tragen. Der Dienstgeber hat überdies zur Bestreitung von Ausgaben der erweiterten Heilbehandlung einen Zuschlag zu den Beiträgen in der Höhe von 0,5 v. H. der Bemessungsgrundlage zu entrichten. Erreichen die im vorhinein festgesetzten stehenden Bezüge der Versicherten nicht den Betrag der Mindestbemessungsgrundlage von 750 S im Monat (Abs. 2), so hat der Dienstgeber den Beitrag, der auf den Unterschiedsbetrag zwischen den Bezügen der Versicherten und dem Betrag von 750 S entfällt, zur Gänze allein zu tragen.

(2) In der Krankenversicherung der Bundesangestellten bilden die im vorhinein festgesetzten stehenden Bezüge der Versicherten bis zu einem Höchstausmaß von 2400 S im Monate, mindestens aber 750 S im Monate, die Grundlage für die Bemessung der Beiträge und der Barleistungen (§§ 12 und 13 des Bundesangestellten-Krankenversicherungsgesetzes 1937). Als Monatsbezug gilt hierbei der Monatsdurchschnitt der innerhalb eines Kalenderjahres anfallenden im vorhinein festgesetzten stehenden Bezüge; die Sonderzahlungen sind bei der Ermittlung des Monatsbezuges für die Bemessung der Beiträge außer Ansatz zu lassen. Die Höhe der Bemessungsgrundlage ändert sich nicht, wenn ein Ruhe(Versorgungs)genuß nach den Bestimmungen der §§ 53 bis 55 des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 22/1947 (Gehaltsüberleitungsgesetz) teilweise oder zur Gänze ruht.

(3) Die Fälligkeit der Sonderbeiträge wird durch die Satzung geregelt.

Aufnahme in ein öffentlich-rechtliches Dienstverhältnis oder Ausscheiden aus einem solchen.

§ 489. Die Bestimmungen des § 10 Abs. 1 zweiter Satz und des § 11 Abs. 5 über den Wirksamkeitsbeginn des Ausscheidens aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis beziehungsweise der Aufnahme in ein solches hinsichtlich der Pflichtversicherung sind in der Krankenversicherung der Bundesangestellten entsprechend anzuwenden.

3. UNTERABSCHNITT.

Sonderbestimmungen über die Meisterkrankenversicherung.

Weitergeltung bisheriger Vorschriften über die Meisterkrankenversicherung.

§ 490. (1) Die im Zeitpunkt des Wirksamkeitsbeginnes dieses Bundesgesetzes bestehenden Meisterkrankenstellen werden mit ihrem bisherigen sachlichen und örtlichen Wirkungsbereich aufrecht erhalten. Für sie gelten die Vorschriften über die Meisterkrankenversicherung nach dem Stande vom 31. Dezember 1938 mit den Änderungen und Ergänzungen, die sich aus den Be-

stimmungen dieses Bundesgesetzes und aus den Bestimmungen über die Errichtung von Kammern der gewerblichen Wirtschaft (Handelskammergesetz in der jeweils geltenden Fassung) ergeben. In der Zeit vom 1. Jänner 1939 bis 9. April 1945 getroffene Verfügungen über die Angleichung des Kreises der Pflichtversicherten der Meisterkrankenkassen, insbesondere auch über die Ausdehnung oder Aufhebung eines Versicherungszwanges bleiben — unbeschadet der Bestimmungen des Abs. 2 — aufrecht.

(2) Nach dem Wirksamkeitsbeginn dieses Bundesgesetzes können gültige Beschlüsse über die Verpflichtung von Mitgliedern der Kammern der gewerblichen Wirtschaft zur Krankenversicherung im Sinne des § 115 b Gewerbeordnung beziehungsweise § 2 des Bundesgesetzes über vorläufige Maßnahmen in der Krankenversicherung von Genossenschaftsmitgliedern und Genossenschaftsangehörigen, BGBl. Nr. 547/1935, in der Fassung der Bundesgesetze BGBl. Nr. 466/1936 und 449/1937, von den Fachgruppen in den Bereichen der Sektionen Gewerbe, Handel, Verkehr und Fremdenverkehr (Innungen, Fachgruppen, Gremien etc.) gefaßt werden, wenn gleichzeitig der Beitritt zu der sachlich und örtlich in Betracht kommenden Meisterkrankenkasse beschlossen wird. Die Beschlußfassung wird durch die Geschäftsordnung der Fachgruppe geregelt.

(3) Die Bestimmungen des Abs. 2 gelten entsprechend für Beschlüsse, durch die innerhalb einer Fachgruppe die Pflichtversicherung auch auf Mitglieder der Fachgruppe ausgedehnt wird, die bisher der Pflichtversicherung nicht unterlagen.

Anwendung sonstiger Bestimmungen des Ersten, Zweiten, Fünften und Siebenten Teiles in der Meisterkrankenkassenversicherung.

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

1. von den Bestimmungen des Ersten Teiles die §§ 16, 21, 22, 39, 40, 43, 58 Abs. 3, 59, 64 bis 66, 68, 69, 78 Abs. 1 erster Satz, Abs. 3 und 4, 79, 111 bis 113; ferner die Bestimmung des § 98 mit der Maßgabe, daß die Übertragung, Pfändung und Verpfändung von Ansprüchen auf Geldleistungen in der Meisterkrankenkassenversicherung auch wegen rückständiger Beträge, die nicht seit länger als drei Monaten fällig sind, zulässig ist;

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

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

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

Befreiung von der Krankenversicherung.

§ 492. (1) Nach diesem Bundesgesetz in der Krankenversicherung auf Grund einer Erwerbstätigkeit pflichtversicherte Personen sind von einer nach den Bestimmungen über die Meisterkrankenkassenversicherung eintretenden Pflichtversicherung befreit, sofern sie einen diesbezüglichen Antrag an den Träger der Meisterkrankenkassenversicherung stellen. Die Befreiung wirkt von dem Monatsersten an, der auf den Antrag folgt. Mit dem Wirksamkeitsbeginn der Befreiung erlischt auch eine allenfalls bestehende Familien- oder Angehörigenversicherung beim Träger der Meisterkrankenkassenversicherung.

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

(3) In der Krankenversicherung pflichtversicherte Bezieher einer Rente aus der Pensionsversicherung sind von der Weiterversicherung in der Krankenversicherung nach § 17 des Handelskammer - Altersunterstützungsgesetzes, BGBl. Nr. 115/1953, befreit.

Verband der Meisterkrankenkassen.

§ 493. (1) Die Meisterkrankenkassen haben dem Verband der Meisterkrankenkassen anzugehören. Diesem obliegen die im § 5 a des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 547/1935 in der Fassung der Bundesgesetze BGBl. Nr. 466/1936 und 449/1937 bezeichneten Aufgaben, soweit nicht hiefür nach diesem Bundesgesetz der Hauptverband zuständig ist.

(2) Auf den Verband der Meisterkrankenkassen sind, abgesehen von den im § 480 bezeichneten Vorschriften, soweit sie für den Verband in Betracht kommen, auch die für die Meisterkrankenkassen geltenden Vorschriften, betreffend die Verwaltungskörper (§ 491 Z. 4), mit folgender Maßgabe entsprechend anzuwenden:

1. Verwaltungskörper des Verbandes der Meisterkrankenkassen sind der Vorstand und der Überwachungsausschuß;

2. die Zahl der Mitglieder des Vorstandes und des Überwachungsausschusses des Verbandes der Meisterkrankenkassen wird durch die Satzung festgesetzt;

3. die Verwaltungskörper des Verbandes der Meisterkrankenkassen bestehen aus Vertretern der angeschlossenen Krankenkassen; die Vertreter

im Vorstände werden von den Vorständen, die Vertreter im Überwachungsausschusse von den Überwachungsausschüssen der Krankenkassen aus ihrer Mitte gewählt;

4. das Bundesministerium für soziale Verwaltung bestimmt die in den Verwaltungskörpern des Verbandes auf die einzelnen Meisterkrankenkassen entfallende Zahl von Vertretern;

5. bezüglich der Angelobung des Obmannes des Verbandes der Meisterkrankenkassen sind die Bestimmungen des § 434 über die Angelobung des Präsidenten des Hauptverbandes anzuwenden.

(3) Hinsichtlich der Aufbringung der Mittel für die Verbandszwecke gilt § 454 entsprechend.

4. UNTERABSCHNITT.

Sonderbestimmungen über die Notarversicherung.

Verwaltungskörper.

§ 494. Für die Versicherungsanstalt des österreichischen Notariates gelten hinsichtlich der Verwaltungskörper und deren Aufgaben die einschlägigen Vorschriften des Notarversicherungsgesetzes 1938, BGBl. Nr. 2, in der Fassung der Novelle BGBl. Nr. 174/1951.

Übernahme der Ansprüche und Anwartschaften aus der Ruhestands- und Hinterbliebenenversorgung der Notarkasse in München.

§ 495. In der Pensionsversicherung bei der Versicherungsanstalt des österreichischen Notariates übernommene Anwartschaften der Ruhestands- und Hinterbliebenenversorgung der ehemaligen Notarkasse in München werden bei Eintritt des Versicherungsfalles in der Leistung nach den Bestimmungen des Notarversicherungsgesetzes 1938 in der jeweils geltenden Fassung über die Pensionsversicherung berücksichtigt. Hierbei gelten die bei der Notarkasse in der Zeit vom 1. Juli 1939 bis 9. April 1945 erworbenen Dienstzeiten (auch die Zeiten eines Anwärterdienstes) als anrechenbare Beitragszeiten. Soweit für die Bemessung der Leistungen die Monatseinkommen zugrunde zu legen sind, von denen der veränderliche Beitrag gemäß § 36 Abs. 2 des Notarversicherungsgesetzes 1938 zu bemessen gewesen wäre, tritt an deren Stelle der auf den Monat entfallende Teil der Jahreseinkünfte, von denen in dem betreffenden Jahre der veränderliche Teil der Abgabe zur Notarkasse bemessen worden ist.

Versicherungsbeiträge.

§ 496. Bemessungsgrundlage für den veränderlichen Beitrag der Notare (§ 36 Abs. 2 lit. b des Notarversicherungsgesetzes 1938 in der jeweils geltenden Fassung) sind die nach den Vorschriften über die Einkommensteuer versteuerbaren Einkünfte des Vormonates aus dem Notariate; im übrigen bleiben die Vorschriften über den veränderlichen Beitrag unverändert.

Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz und Pensionsversicherung nach dem Notarversicherungsgesetz.

§ 497. (1) Bei der Feststellung von Leistungsansprüchen oder eines Überweisungsbetrages (§ 308) aus der Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz sind die in der Pensionsversicherung nach dem Notarversicherungsgesetz 1938 in der jeweils geltenden Fassung erworbenen Beitragsmonate für die Anrechenbarkeit der Versicherungsmonate und für die Erfüllung der Wartezeit und der Dritteldeckung in gleicher Weise zu berücksichtigen wie Beitragsmonate der Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz.

(2) Bei der Feststellung von Leistungsansprüchen aus der Pensionsversicherung nach dem Notarversicherungsgesetz 1938 in der jeweils geltenden Fassung sind Beitragsmonate der Pensionsversicherung nach dem vorliegenden Bundesgesetz für die Wahrung der Anwartschaft und die Erfüllung der Wartezeit in gleicher Weise zu berücksichtigen wie Beitragsmonate der Pensionsversicherung nach dem Notarversicherungsgesetz, die durch Beitragsleistung erworben worden sind.

(3) Bei der Bemessung des Steigerungsbetrages zu einer Rente aus der Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz ist der Satz anzuwenden, der sich unter Bedachtnahme auf die in der Pensionsversicherung nach dem Notarversicherungsgesetz 1938 in der jeweils geltenden Fassung für die Bemessung der Leistung zu berücksichtigenden Versicherungszeiten ergibt.

(4) Beim Zusammentreffen eines Rentenanspruches aus der Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz mit einem Rentenanspruch aus der Pensionsversicherung nach dem Notarversicherungsgesetz 1938 in der jeweils geltenden Fassung ruht der Grundbetrag jedes der beiden zusammentreffenden Rentenansprüche mit dem Teil des kleineren der beiden Grundbeträge, der dem Verhältnis der bei der Bemessung des anderen Rentenanspruches berücksichtigten Versicherungszeiten zu den gesamten bei der Bemessung beider Rentenansprüche berücksichtigten Versicherungszeiten entspricht. Die §§ 95 und 96 sind hiebei, soweit ein Rentenanspruch aus der Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz in Betracht kommt, entsprechend anzuwenden.

(5) § 12 Abs. 1 und § 24 b Abs. 2 des Notarversicherungsgesetzes 1938 in der am 31. Dezember 1955 geltenden Fassung werden aufgehoben. Im § 24 Abs. 1 des gleichen Gesetzes sind die Worte „unbeschadet der Bestimmungen des § 70 des Bundesgesetzes, betreffend die gewerbliche Sozialversicherung“ zu streichen. § 24 c Abs. 5 letzter Satz des bezeichneten Gesetzes hat zu lauten: „§ 24 b Abs. 1 letzter Satz ist entsprechend anzuwenden.“

(6) Die Bestimmungen der Abs. 1 bis 4 gelten für Leistungsansprüche und Überweisungsbeträge

(§ 308) aus der Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz und für Leistungsansprüche aus der Pensionsversicherung nach dem Notarversicherungsgesetz 1938 in der jeweils geltenden Fassung, wenn der Stichtag (§ 223 Abs. 2 beziehungsweise § 308 Abs. 4) oder der Versicherungsfall im Sinne der Bestimmungen des Notarversicherungsgesetzes nach dem Inkrafttreten des vorliegenden Bundesgesetzes liegt.

§ 498. (1) § 1 Abs. 2 des Notarversicherungsgesetzes 1938 in der am 31. Dezember 1955 geltenden Fassung hat zu lauten:

„(2) Welche Personen für die Anwendung dieses Gesetzes als Notare oder Notariatskandidaten zu gelten haben, richtet sich nach der Notariatsordnung in der jeweils geltenden Fassung; jedoch gelten als Notariatskandidaten für die Anwendung dieses Gesetzes auch Personen, die bei einem Notar als Hilfsarbeiter im Dienste stehen, den Voraussetzungen des § 118 Absatz 2 erster Satz der Notariatsordnung entsprechen und zur Eintragung in die Liste der Notariatskandidaten bei der zuständigen Notariatskammer angemeldet sind, in der Zeit vom Dienstantritt bis zur Erledigung der Anmeldung. Verweigert die Notariatskammer die Eintragung und wird diese Entscheidung rechtskräftig, so hat die Versicherungsanstalt einen Überweisungsbetrag in der Höhe des auf die Pensionsversicherung entfallenden Beitrages, der bei Anwendung der bei der Pensionsversicherungsanstalt der Angestellten geltenden Vorschriften für den angegebenen Zeitraum fällig geworden wäre, an diese Anstalt zu leisten. Von diesem Betrage sind aus der Pensionsversicherung etwa erbrachte Barleistungen, soweit sie auch nach den bei der Pensionsversicherungsanstalt der Angestellten geltenden Vorschriften gebührt hätten, abzuziehen. Der Überweisungsbetrag ist vier Wochen nach Eintritt der Rechtskraft der Verweigerung der Eintragung fällig. Mit dem Eintritte dieser Rechtskraft gehen alle Ansprüche und Anwartschaften des Versicherten aus der Pensionsversicherung auf die Pensionsversicherungsanstalt der Angestellten über, wobei sich deren Ausmaß nach den Bestimmungen des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes richtet.“

Ausscheiden aus einem pensionsversicherungsfreien Dienstverhältnis bei nachfolgendem Übertritt in die Pensionsversicherung nach dem Notarversicherungsgesetz.

§ 499. (1) Scheidet nach dem 31. Dezember 1955 ein auf Grund eines Dienstverhältnisses der im § 308 Abs. 1 erwähnten Art beschäftigter Dienstnehmer aus diesem Dienstverhältnis aus, ohne daß ihm ein Anspruch auf einen laufenden Ruhe(Versorgungs)genuß erwachsen ist und wird er sodann nach den Bestimmungen des Notarversicherungsgesetzes 1938 in der jeweils gelten-

den Fassung pensionsversichert, ohne daß er zwischenweilig nach diesem Bundesgesetz pensionsversichert war, so sind die §§ 311 bis 313 dieses Bundesgesetzes mit der Maßgabe anzuwenden, daß der Überweisungsbetrag (§ 312) an die Versicherungsanstalt des österreichischen Notariates zu leisten ist und die in dem Überweisungsbetrag nach § 311 berücksichtigten Dienstzeiten als Beitragszeiten im Sinne des Notarversicherungsgesetzes gelten.

(2) Ist ein auf Grund eines Dienstverhältnisses der im § 308 Abs. 1 erwähnten Art beschäftigter Dienstnehmer aus diesem Dienstverhältnis vor dem 1. Jänner 1956 ausgeschieden, ohne daß ihm ein Anspruch auf einen laufenden Ruhe(Versorgungs)genuß erwachsen ist und sodann nach den Bestimmungen des Notarversicherungsgesetzes 1938 in der jeweils geltenden Fassung pensionsversichert worden, ohne daß er zwischenweilig nach anderer gesetzlicher Bestimmung renten- oder pensionsversichert war, so ist Abs. 1 entsprechend mit folgender Maßgabe anzuwenden:

1. Ist das Ausscheiden vor dem 1. August 1951 erfolgt, so ist der Berechnung des Überweisungsbetrages das Entgelt zugrunde zu legen, das der Dienstnehmer im letzten Monat vor dem Ausscheiden bezogen hätte, wenn er in der gleichen Dienststellung und mit der gleichen für die Vorrückung in höhere Bezüge anrechenbaren Dienstzeit erst im August 1951 ausgeschieden wäre.

2. Der Überweisungsbetrag ist höchstens von einem Entgelt von 1800 S, wenn aber das Ausscheiden nach dem 31. Juli 1954 erfolgte, höchstens von einem Entgelt von 2400 S zu berechnen.

ABSCHNITT IV.

Begünstigungen für Geschädigte aus politischen oder religiösen Gründen oder aus Gründen der Abstammung.

Begünstigter Personenkreis.

§ 500. (1) Personen, die in der Zeit vom 4. März 1933 bis 9. April 1945 aus politischen Gründen — außer wegen nationalsozialistischer Betätigung — oder religiösen Gründen oder aus Gründen der Abstammung in ihren sozialversicherungsrechtlichen Verhältnissen einen Nachteil erlitten haben, werden nach Maßgabe der Bestimmungen der §§ 501, 502 Abs. 1 bis 3 und 5, 505 und 506, Personen, die aus den angeführten Gründen ausgewandert sind, nach den §§ 502 Abs. 4 und 5, 503, 504 und 506 begünstigt.

(2) Die Bestimmungen dieses Abschnittes gelten entsprechend auch für die nach dem Notarversicherungsgesetz 1938, BGBl. Nr. 2, in der letztgeltenden Fassung Versicherten mit Ausnahme der Notare. Hiebei ist die Pensionsversicherung nach dem Notarversicherungsgesetz der früheren Angestelltenversicherung gleichzustellen. Für die Notare gelten die einschlägigen

Bestimmungen des Notarversicherungsgesetzes weiter.

Wiederaufleben von Rentenansprüchen.

§ 501. (1) Ansprüche aus der österreichischen Unfall- und Rentenversicherung (einschließlich der Altersfürsorge), die auf Grund von Ausbürgerungen nach § 10 Abs. 2 des Bundesgesetzes vom 30. Juli 1925, BGBl. Nr. 285, in der Fassung der Verordnung der Bundesregierung vom 16. August 1933, BGBl. Nr. 369, aberkannt worden sind, leben, wenn die Ausbürgerung gemäß § 4 Abs. 1 Staatsbürgerschafts-Überleitungsgesetz 1949, BGBl. Nr. 276, in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 12/1952, widerrufen worden ist, beim Zutreffen der gesetzlichen Voraussetzungen wieder auf. Ebenso leben Ansprüche auf Renten, die nach den jeweils in Geltung gestandenen gesetzlichen Vorschriften aus einem der im § 500 Abs. 1 genannten Gründe geruht haben oder aberkannt worden sind, wieder auf.

(2) Renten, auf die der Anspruch nach Abs. 1 wieder auflebt, sind für die Zeit ab 10. April 1945 nachzuzahlen, soweit sie nicht nach den bezogenen Vorschriften Angehörigen des Berechtigten überwiesen worden sind.

Begünstigte Erwerbung von Anwartschaften und Ansprüchen.

§ 502. (1) Zeiten einer aus den Gründen des § 500 Abs. 1 veranlaßten Untersuchungshaft, Verbüßung einer Freiheitsstrafe, Anhaltung oder Arbeitslosigkeit, ferner Zeiten der Ausbürgerung (§ 501 Abs. 1) gelten für Personen, die vorher versichert waren, als Pflichtbeitragszeiten mit der höchstzulässigen Beitragsgrundlage, und zwar in der Pensions(Renten)versicherung, der der Versicherte vor der Haft, Strafe, Anhaltung, Arbeitslosigkeit oder Ausbürgerung zuletzt angehörte. Als Zeiten der Arbeitslosigkeit gelten auch Zeiten einer nachweisbaren Arbeitslosigkeit im Ausland bis zum ersten Antritt einer Beschäftigung im Ausland, soweit sie nicht das Ausmaß von zwei Jahren übersteigen. Für solche als Pflichtbeitragszeiten geltende Zeiten sind in den Pensionsversicherungen, wenn die begünstigte Person ihre Anspruchsberechtigung nach § 4 Abs. 1 oder 5 des Opferfürsorgegesetzes nachweist, die Beiträge aus Bundesmitteln nachzuzahlen. Im übrigen sind diese Zeiten beitragsfrei zu berücksichtigen. Amtlich bestätigte Zeiten des Militärdienstes in der bewaffneten Macht einer der alliierten Armeen in der Zeit vom 26. August 1939 bis 9. April 1945 sind in sozialversicherungsrechtlicher Hinsicht geleistetem Wehrdienst gleichzustellen; § 228 Abs. 1 Z. 1 ist entsprechend anzuwenden.

(2) Personen, denen in ihren Anwartschaften oder Ansprüchen aus der Pensionsversicherung ein Nachteil dadurch erwächst, daß der früher der Angestelltenversicherung angehörende Versicherte aus einem der im § 500 Abs. 1 genannten

Gründe nur eine invalidenversicherungspflichtige Beschäftigung ausüben durfte, können für die Zeit einer solchen Beschäftigung, längstens aber für die Zeit bis 31. Dezember 1945, durch Nachzahlung von Beiträgen Steigerungsbeträge in der Pensionsversicherung der Angestellten erwerben. Für die Abstattung der nachzuzahlenden Beiträge sind Teilzahlungen zu bewilligen, wenn dem Antragsteller die Zahlung in einem Betrage nach seiner wirtschaftlichen Lage nicht zugemutet werden kann. Teilbeträge, die bei Eintritt des Versicherungsfalles noch nicht abgestattet sind, können nach diesem Zeitpunkt entrichtet werden; Steigerungsbeträge aus nachentrichteten Beiträgen werden nach Abstattung der Beiträge gewährt. Für Versicherte, die als Pflichtbeitragszeiten geltende Zeiten gemäß Abs. 1 nachweisen, entfällt die Pflicht zur Nachzahlung der Beiträge; die Bestimmungen des Abs. 1 dritter und vierter Satz sind entsprechend anzuwenden.

(3) Personen, denen in ihren Anwartschaften oder Ansprüchen aus der Pensionsversicherung der Angestellten dadurch ein Nachteil erwächst, daß sie aus einem der im § 500 Abs. 1 genannten Gründe eine angestelltenversicherungspflichtige Beschäftigung mit einer niedrigeren Beitragsgrundlage als in der letzten vorangegangenen angestelltenversicherungspflichtigen Beschäftigung ausgeübt haben, können für die Dauer der ersteren Beschäftigung, längstens jedoch für die Zeit bis 31. Dezember 1938, den Unterschied auf die Beiträge nachzahlen, die zur Angestelltenversicherung bei Fortdauer der vorangegangenen Beschäftigung nach den in dieser zuletzt erzielten Einkommen entfallen wären. Abs. 2 zweiter bis letzter Satz gelten entsprechend.

(4) Personen, die in der im § 500 Abs. 1 angeführten Zeit aus einem der dort angeführten Gründe ausgewandert sind, können für die Zeiten der Auswanderung, längstens aber für die Zeit bis 31. März 1952, wenn der Versicherungsfall in der Zeit vom 1. April 1952 bis 31. Dezember 1952 eingetreten ist, auch für diese Zeit durch Nachzahlung von Beiträgen Steigerungsbeträge in der Pensionsversicherung erwerben (§ 531). Für die Abstattung der nachzuzahlenden Beiträge gelten Abs. 2 zweiter bis letzter Satz entsprechend.

(5) Die Vorschriften der Abs. 1 bis 4 gelten auch, wenn der Versicherungsfall schon vor dem 1. Jänner 1956 eingetreten ist.

Auslandsaufenthalt.

§ 503. (1) Die Bestimmungen des § 89 über das Ruhen der Leistungsansprüche bei Auslandsaufenthalt sind auf Rentenansprüche mit Ausnahme des Knappschaftssoldes beim Auslandsaufenthalt begünstigter österreichischer Staatsbürger (§ 500 Abs. 1) ab 1. Mai 1945 von dem Zeitpunkt an nicht anzuwenden, in dem der Berechtigte — abgesehen von den Empfängern

einer Witwen- oder Waisenrente — das 65. Lebensjahr, bei Frauen das 60. Lebensjahr vollendet hat. Dies gilt jedoch ohne Rücksicht auf das Lebensalter für Rentenansprüche auf Grund des Versicherungsfalles der geminderten Arbeitsfähigkeit und für Versehrtenrenten aus der Unfallversicherung frühestens ab 1. Jänner 1955.

(2) Abs. 1 gilt bei Zutreffen der übrigen dort angeführten Voraussetzungen auch

1. beim Auslandsaufenthalt von nach § 500 Abs. 1 begünstigten ehemaligen österreichischen Staatsbürgern, die nach der Auswanderung die Staatsbürgerschaft eines fremden Staates erworben und hiedurch die österreichische Staatsbürgerschaft verloren haben;

2. beim Auslandsaufenthalt von nach § 500 Abs. 1 begünstigten Personen, die, ohne österreichische Staatsbürger gewesen zu sein, aus einem der in § 500 Abs. 1 bezeichneten Gründe ausgewandert sind und bis zum 31. Dezember 1938 mindestens 180 gemäß den §§ 250 und 251 des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes 1938, BGBl. Nr. 1, anrechenbare Beitragsmonate der österreichischen Angestellten(Pensions)versicherung erworben haben.

(3) Die nach den vorstehenden Absätzen zu gewährenden Leistungen können in den Aufenthaltsstaat des Berechtigten nur nach Maßgabe der Vorschriften der österreichischen Devisengesetzgebung überwiesen werden.

Erwerb einer fremden Staatsbürgerschaft.

§ 504. Österreichischen Staatsbürgern, die in der im § 500 Abs. 1 angeführten Zeit aus einem der dort angeführten Gründe ausgewandert sind und nach der Auswanderung die Staatsbürgerschaft eines fremden Staates erworben und hiedurch die österreichische Staatsbürgerschaft verloren haben, sind die im § 228 Abs. 1 Z. 1 angeführten Ersatzzeiten bei Zutreffen der sonstigen Voraussetzungen anzurechnen.

Weiterversicherung in der Krankenversicherung.

§ 505. Die Frist zur Stellung des Antrages auf Weiterversicherung in der Krankenversicherung endet, wenn der Begünstigte nach dem 31. Dezember 1955 in das Gebiet der Republik Österreich zurückkehrt, mit Ablauf von sechs Monaten nach der Rückkehr.

Verfahren.

§ 506. (1) Die Begünstigungen nach den §§ 501 bis 504 werden auf Antrag oder von Amts wegen festgestellt.

(2) Anträge auf Begünstigungen nach den §§ 501 und 502 sind nur mehr zulässig, wenn der Antragsteller nachweislich ohne eigenes Verschulden verhindert war, den Antrag vor dem Wirksamkeitsbeginn dieses Bundesgesetzes zu

stellen. In diesem Fall ist der Antrag bei sonstigem Verlust des Rechtes innerhalb von drei Monaten nach Wegfall des Hindernisgrundes zu stellen. Bei Anträgen auf die Begünstigung nach § 503 beginnt die Leistung mit dem Ablauf des Monats, in dem der Versicherungsfall eingetreten und die Wartezeit erfüllt ist, frühestens jedoch ab 1. Mai 1945 beziehungsweise 1. Jänner 1955, auch wenn erst durch eine Begünstigung nach den §§ 502 und 504 die Wartezeit erfüllt und die Anrechenbarkeit von Versicherungszeiten gegeben ist.

(3) Wer Begünstigungen nach den §§ 501, 502 Abs. 1 bis 3 und 5, und 505 beantragt, hat glaubhaft darzutun, daß ihm aus einem der im § 500 Abs. 1 bezeichneten Gründe in seinen sozialversicherungsrechtlichen Verhältnissen ein Nachteil im Sinne der §§ 501 bis 505 erwachsen ist. Zu diesem Zwecke hat er eine Bescheinigung der für seinen Wohnort zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde darüber beizubringen, daß der Nachteil durch einen der im § 500 Abs. 1 bezeichneten Gründe veranlaßt worden ist. Personen, die nach dem Opferfürsorgegesetz anspruchsberechtigt sind, erbringen den Nachweis durch Vorlage einer Amtsbescheinigung oder eines Opferausweises nach § 4 des Opferfürsorgegesetzes, BGBl. Nr. 183/1947, in der letztgeltenden Fassung. Die Bescheinigungen des Landeshauptmannes (Amtsbescheinigungen oder Opferausweise nach § 4 des Opferfürsorgegesetzes) sind für die Versicherungsträger bindend.

ZEHNTER TEIL.

Übergangs- und Schlußbestimmungen.

ABSCHNITT I.

Übergangsbestimmungen.

1. UNTERABSCHNITT.

Übergangsbestimmungen zum Ersten Teil (Allgemeine Bestimmungen) mit Ausnahme des Abschnittes VI.

Fortdauer einer nach früherer Vorschrift bestehenden Pflichtversicherung.

§ 507. Personen, die am 31. Dezember 1955 nach den in diesem Zeitpunkt geltenden Vorschriften pflichtversichert waren, nach den Vorschriften des Ersten Teiles aber nicht mehr pflichtversichert wären, bleiben pflichtversichert, solange die Beschäftigung, welche die Pflichtversicherung nach den bisherigen Vorschriften begründet hat, weiter ausgeübt wird. Im übrigen sind die Bestimmungen dieses Bundesgesetzes auf eine solche Pflichtversicherung anzuwenden, jedoch kann der Versicherte bis 30. Juni 1956 bei dem für die Einhebung der Beiträge in Betracht kommenden Versicherungsträger den Antrag stellen, aus der Pflichtversicherung ausgeschieden zu werden; einem solchen Antrag hat der Versicherungsträger mit Wirkung von dem auf den Antrag folgenden Monatsersten stattzugeben.

Aufkündigung von Versicherungsverträgen.

§ 508. Personen, die nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes als Pflichtversicherte in die Kranken- oder Unfallversicherung einbezogen werden und die am 1. Jänner 1956 bei einem Versicherungsunternehmen vertragsmäßig kranken- oder unter Einschluß der Arbeitsunfälle unfallversichert sind, können den Versicherungsvertrag bis 30. Juni 1956 zum Ablauf des auf die Aufkündigung folgenden Kalendermonates aufkündigen. Für einen Zeitraum nach dem Erlöschen des Versicherungsvertrages bereits entrichtete Versicherungsbeiträge (Prämien) sind vom Versicherungsunternehmen nicht zu erstatten.

Einbeziehung von bisher durch Gewährung der Krankenpflege betreuten Personen in die Krankenversicherung.

§ 509. Gruppen von Personen, für welche die Träger der Krankenversicherung auf Grund von Anordnungen, die nach bisherigen Rechtsvorschriften erlassen worden sind, die Krankenpflege zu übernehmen hatten, gelten mit dem 1. Jänner 1956 als gemäß § 9 in die Krankenversicherung einbezogen. Die Krankenversicherung dieser Personengruppen ist, solange keine Änderungen im Verordnungswege verfügt werden, nach den bisherigen Anordnungen weiter durchzuführen. Dies gilt auch hinsichtlich der im § 9 Abs. 1 des Krankenpflegegesetzes, BGBl. Nr. 93/1949, angeführten Lernschwestern (Krankenpflegegeschülerinnen).

Befreiung von der Meisterkrankenversicherung.

§ 510. (1) Nach diesem Bundesgesetz in der Krankenversicherung auf Grund einer Erwerbstätigkeit pflichtversicherte Personen sind — unbeschadet der Bestimmungen des § 5 Abs. 1 Z. 10 und des § 7 Z. 2 lit. b über die Stückmeister — von einer nach den Bestimmungen über die Meisterkrankenversicherung bestehenden Pflichtversicherung befreit, sofern sie einen diesbezüglichen Antrag an den Träger der Meisterkrankenversicherung stellen. Die Befreiung wirkt von dem Monatsersten an, der auf den Antrag folgt. Mit dem Wirksamkeitsbeginn der Befreiung erlischt auch eine allenfalls bestehende Familien- oder Angehörigenversicherung beim Träger der Meisterkrankenversicherung.

(2) In der Krankenversicherung pflichtversicherte Bezieher einer Rente aus der Pensionsversicherung sind von der Weiterversicherung in der Krankenversicherung nach § 17 des Handelskammer-Altersunterstützungsgesetzes, BGBl. Nr. 115/1953, befreit.

Einbeziehung bisher versicherungsfreier Dienstnehmer in die Pflichtversicherung.

§ 511. (1) Die Dienstgeber haben Dienstnehmer, die am 1. Jänner 1956 in einer nach den Be-

stimmungen dieses Bundesgesetzes versicherungspflichtigen Beschäftigung stehen und nicht bereits zur Versicherung angemeldet sind, bis 29. Februar 1956 beim zuständigen Versicherungsträger anzumelden. Im übrigen sind die Bestimmungen der §§ 33 bis 36, 41 bis 43, 111 bis 113 entsprechend anzuwenden.

(2) Dienstnehmer, deren Dienstgeber den Sitz in Österreich haben und die vor dem 1. Jänner 1956 ins Ausland entsendet worden sind, gelten als im Inland beschäftigt, sofern sie am 1. Jänner 1956 noch im Ausland beschäftigt sind und diese Beschäftigung die Dauer eines Jahres nicht übersteigt; das Bundesministerium für soziale Verwaltung kann auf einen bis 30. September 1956 zu stellenden Antrag des Dienstgebers die Frist entsprechend verlängern, wenn die Art der Beschäftigung es begründet.

Ausnahme der Bediensteten der Donau-Save-Adria-Eisenbahn-Gesellschaft von der Versicherungspflicht.

§ 512. Die ständigen Bediensteten des Zentraldienstes (Generaldirektion) der Donau-Save-Adria-Eisenbahn-Gesellschaft (vormals Südbahn-Gesellschaft) sind hinsichtlich ihrer Beschäftigung in diesem Dienste von der Pflichtversicherung nach diesem Bundesgesetz ausgenommen.

Bisherige Zusatzversicherungen in der Krankenversicherung.

§ 513. (1) Nach den bisherigen Bestimmungen bestehende Zusatzversicherungen von Rentnern in der Krankenversicherung bleiben aufrecht, soweit sie Leistungen zum Gegenstand haben, die über das in diesem Bundesgesetz für Rentner vorgesehene Ausmaß hinausgehen. Neue Zusatzversicherungen können nicht mehr begründet werden.

(2) Der monatliche Beitrag für die aufrechterhaltene Zusatzversicherung auf Sterbegeld und Familiensterbegeld beträgt 4 v. T. des zusätzlich versicherten Sterbegeldes. Der monatliche Beitrag für die aufrechterhaltene Zusatzversicherung auf andere Leistungen bleibt in dem Ausmaß unverändert, wie er nach bisheriger Vorschrift am 31. Dezember 1955 festgesetzt war.

(3) Die aufrechterhaltene Zusatzversicherung erlischt mit dem Ende der Krankenversicherung des Rentners. Sie erlischt ferner, wenn die Beiträge für zwei aufeinanderfolgende Monate rückständig sind und trotz Mahnung nicht bezahlt werden, mit dem Ende des zweiten Monats sowie mit dem Ablauf des Tages der Austrittserklärung des Rentners.

Sonderbestimmungen über die Versicherungszugehörigkeit auf Grund der bisherigen Versicherungspflicht in einer Rentenversicherung.

§ 514. (1) Personen, die nach den bisherigen gesetzlichen Bestimmungen der Invalidenversicherung unterlagen, nach den Bestimmungen dieses

Bundesgesetzes aber auf Grund desselben Beschäftigungsverhältnisses der Pensionsversicherung der Angestellten oder der knappschaftlichen Pensionsversicherung zugehören, sind bis 31. März 1956 bei dem in Betracht kommenden Träger der Krankenversicherung neu anzumelden. Im übrigen sind die Bestimmungen der §§ 33 bis 36, 41 bis 43, 111 bis 113 entsprechend anzuwenden.

(2) Personen, die nach den bisherigen gesetzlichen Bestimmungen der Angestelltenversicherung oder der knappschaftlichen Rentenversicherung unterlagen, nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes aber auf Grund desselben Beschäftigungsverhältnisses einer anderen Pensionsversicherung zugehören würden, bleiben in der Pensionsversicherung versichert, die der bisherigen Rentenversicherung entspricht, solange die in den bisherigen Bestimmungen für die betreffende Rentenversicherung vorgesehenen Voraussetzungen auf diese Beschäftigung zutreffen.

Fortdauer einer nach früherer Vorschrift bestehenden Weiterversicherung, Selbstversicherung oder Zusatzversicherung der Unternehmer.

§ 515. (1) Es gelten die nach den bisherigen Bestimmungen

1. in der Krankenversicherung Weiterversicherten als Weiterversicherte im Sinne des § 16;

2. in der Rentenversicherung Weiterversicherten sowie nach den bisherigen Bestimmungen auf Grund der Selbstversicherung in einer Rentenversicherung Versicherten als Weiterversicherte im Sinne des § 17;

3. in der Krankenversicherung auf Grund der Versicherungsberechtigung Versicherten als Selbstversicherte in sinngemäßer Anwendung der für die Selbstversicherung in der Krankenversicherung nach § 18 geltenden Vorschriften;

4. in der Unfallversicherung freiwillig Versicherten als in der Unfallversicherung Selbstversicherte im Sinne des § 19.

(2) Selbständig Erwerbstätige, deren Ehegatten und Kinder, die sich nach bisher geltender satzungsmäßiger Bestimmung eines Unfallversicherungsträgers über die für sie in der Pflichtversicherung in Betracht kommende Beitragsgrundlage hinaus höherversichert haben (Zusatzversicherung der Unternehmer), bleiben auf dieser Grundlage auch weiterhin höherversichert. Diese Zusatzversicherung kann schriftlich im Vorhinein zum 1. Jänner oder 1. Juli eines jeden Kalenderjahres gekündigt oder hinsichtlich der Höhe des Jahresarbeitsverdienstes geändert werden.

Verlängerte Frist für die Weiterversicherung in der Pensionsversicherung in der Übergangszeit.

§ 516. Die Weiterversicherung in der Pensionsversicherung ist bis 31. Dezember 1957 für Personen zulässig, die am 31. Dezember 1955 nach bisheriger Vorschrift das Recht zur Weiterver-

sicherung in einer oder mehreren Rentenversicherungen hatten.

Umbenennung bisheriger
Versicherungsträger.

§ 517. Die bisherige Allgemeine Invalidenversicherungsanstalt besteht als Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter, die bisherige Angestelltenversicherungsanstalt als Pensionsversicherungsanstalt der Angestellten und die bisherige Bergarbeiterversicherungsanstalt als Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues weiter.

Aufhebung der Eigenunfallversicherung der Gemeinde Wien.

§ 518. (1) Die nach diesem Bundesgesetz zur Durchführung der Unfallversicherung bestimmten Versicherungsträger übernehmen unter Bedachtnahme auf ihre sachliche Zuständigkeit ab 1. Jänner 1956 die Entschädigung aus Arbeitsunfällen (Berufskrankheiten), die bis zu diesem Zeitpunkt die Gemeinde Wien als Träger der Eigenunfallversicherung zu gewähren hatte.

(2) Die Gemeinde Wien als bisheriger Träger der Eigenunfallversicherung hat für den Übergang der Versicherungslast auf die Träger der Unfallversicherung gemäß Abs. 1 bis zum 30. Juni 1956 einen Überweisungsbetrag zu leisten, der im gleichen Verhältnis zur übergebenen Rentenlast steht wie die beim übernehmenden Versicherungsträger am 31. Dezember 1955 vorhandene Rücklage zur Rentenlast des Versicherungsträgers an diesem Tage.

Bisherige Zuständigkeit in der
Krankenversicherung der Rentner.

§ 519. In der Krankenversicherung der Bezieher einer Rente tritt eine Änderung in der sachlichen Zuständigkeit des bisherigen Trägers der Krankenversicherung nicht ein, wenn die Rente erstmals vor dem 1. Jänner 1956 festgestellt worden ist. Wäre bei Anwendung der Bestimmungen des § 26 über die sachliche Zuständigkeit die Zuständigkeit eines anderen Trägers der Krankenversicherung gegeben, so ist die Änderung auf Antrag des Beziehers der Rente mit Wirksamkeit von dem auf die Antragstellung folgenden Monatsersten durchzuführen.

Meldungen der bisherigen
Leistungsempfänger.

§ 520. Die Bestimmungen der §§ 40 und 43 über die Meldungen und die Auskunftspflicht der Leistungsempfänger sind auch auf Empfänger von Leistungen anzuwenden, die nach bisheriger Vorschrift festgestellt worden sind oder werden.

Beitragsgrundlage bei bisheriger
freiwilliger Rentenversicherung.

§ 521. Für Personen, die nach den bisherigen Bestimmungen in einer Rentenversicherung selbst- oder weiterversichert waren und gemäß § 515 Abs. 1 Z. 2 als Weiterversicherte gelten, ist die Beitragsgrundlage — unbeschadet des § 76 Abs. 2 — der Betrag, der der Höhe des im letzten Beitragszeitraum vor dem 1. Jänner 1956

entrichteten Beitrages unter Berücksichtigung der Beitragsätze nach § 77 entspricht.

2. UNTERABSCHNITT.

Übergangsbestimmungen zum Abschnitt VI des Ersten Teiles, zum Zweiten bis Vierten und Neunten Teil (Leistungen).

Anwendung des Leistungsrechtes.

§ 522. (1) Die Bestimmungen dieses Bundesgesetzes über die Leistungen gelten, soweit in den Abs. 2 bis 5 nichts anderes bestimmt ist, nur

- a) für Leistungen aus der Kranken- und Unfallversicherung, wenn der Versicherungsfall nach dem 31. Dezember 1955 eingetreten ist,
- b) für Leistungen aus der Pensionsversicherung, wenn der Stichtag (§ 223 Abs. 2) nach dem 31. Dezember 1955 liegt.

Wann der Versicherungsfall als eingetreten anzusehen ist, ist nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes zu beurteilen.

(2) Die Bestimmungen dieses Bundesgesetzes über die Leistungen aus der Pensionsversicherung gelten nicht für Renten aus dem Versicherungsfall des Todes, wenn der Stichtag (§ 223 Abs. 2) zwar nach dem 31. Dezember 1955 liegt, aber im Zeitpunkt des Todes ein Anspruch auf eine Rente aus dem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit oder des Alters mit Ausnahme des Knappschaftssoldes aus der Zeit vor dem 1. Jänner 1956 bestand oder ein solcher Anspruch auf Grund eines vor dem 1. Jänner 1956 eingeleiteten Verfahrens nachträglich für die Zeit bis zum Tode anerkannt wurde.

(3) Folgende Bestimmungen dieses Bundesgesetzes gelten ab 1. Jänner 1956 entsprechend auch für Leistungen, auf die im übrigen nach den Abs. 1 und 2 noch die bisherigen Vorschriften anzuwenden sind:

1. a) im Bereich der Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung die Bestimmungen dieses Bundesgesetzes über das Ruhen von Leistungen mit Ausnahme der §§ 90 bis 96,
- b) im Bereich der in Betracht kommenden Versicherung die §§ 97 bis 101, 102 Abs. 5, 103 bis 108, 110 Abs. 1 Z. 2 lit. a und Abs. 2, 112 Abs. 2;
2. im Bereich der Krankenversicherung die Bestimmungen dieses Bundesgesetzes über die Sachleistungen, ferner die §§ 126 bis 131;
3. im Bereich der Unfallversicherung die Bestimmungen der §§ 180, 183, 184, 189 bis 191, 193 bis 202, 206, 207 Abs. 4, 215 Abs. 4 und 5, 218 Abs. 1 zweiter Halbsatz;
4. im Bereich der Pensionsversicherung die Bestimmungen der §§ 86 Abs. 3, 252 Abs. 2, ferner der §§ 255, 260 zweiter Satz, 262 dritter Satz, 263, 265, 267 zweiter und dritter Satz, sowie die diesen Bestimmungen entsprechenden Bestimmungen im Abschnitt III und Abschnitt IV des Vierten Teiles, außerdem die §§ 292 bis 307.

(4) Bei der Anwendung der im Abs. 3 bezeichneten Bestimmungen greifen folgende Besonderheiten Platz:

1. bei der Anwendung der Bestimmungen der §§ 207 Abs. 4, 218 Abs. 1 zweiter Halbsatz, ferner der §§ 252 Abs. 2, 260 zweiter und 262 dritter Satz, sowie der entsprechenden Bestimmungen im Abschnitt III und Abschnitt IV des Vierten Teiles werden Kinderzuschüsse und Waisenrenten nach Völlendung des 18. Lebensjahres nur gewährt, wenn das Kind das 18. Lebensjahr nach dem 31. Dezember 1952 vollendet hat oder wenn die Waisenrente oder der Kinderzuschuß schon am 1. Jänner 1939 liefen und aus dem im § 252 Abs. 2 Z. 2 bezeichneten Grund am 1. Jänner 1956 noch gebühren;

2. die Bestimmungen der §§ 215 Abs. 4 und 5 und 265 sind nur anzuwenden, wenn die Wiederverheiratung nach dem 31. Dezember 1955 erfolgt;

3. die Bestimmungen des § 267 zweiter und dritter Satz sind mit der Maßgabe anzuwenden, daß eine Witwenrente nach § 258 Abs. 4, die neben einer Witwenrente nach § 258 Abs. 1 gewährt wird, in das Höchstausmaß nicht einzu beziehen ist;

4. die Bestimmungen der §§ 292 bis 299 sind mit folgender Maßgabe anzuwenden:

- a) Für am 1. Jänner 1956 laufende Renten ist die Ausgleichszulage erstmalig von Amts wegen festzustellen.
- b) Im § 295 sind die §§ 90 bis 96 durch die nach Abs. 5 an deren Stelle tretenden bisherigen Vorschriften mit den dort vorgesehenen Abänderungen zu ersetzen.
- c) Im § 299 Abs. 3 ist der § 93 durch die Bestimmungen des § 6 Abs. 2 lit. b und Abs. 4 des Rentenbemessungsgesetzes, BGBl. Nr. 151/1954, zu ersetzen.

(5) Für die im Abs. 3 Eingang bezeichneten Leistungen gelten an Stelle der nach Z. 1 lit. a des bezeichneten Absatzes nicht anzuwendenden Ruhensbestimmungen dieses Bundesgesetzes die bisherigen Vorschriften über das Zusammen treffen dieser Leistungen mit anderen Bezügen oder mit Erwerbseinkommen mit folgender Maßgabe:

1. In den Fällen des § 6 Abs. 1 des Rentenbemessungsgesetzes, BGBl. Nr. 151/1954, ruht der Betrag, um den das Entgelt aus dem Dienst- oder Lehrverhältnis, beim Hausbesorger das Reinigungsgeld den Betrag von 500 S monatlich übersteigt, jedoch nicht mehr als der Betrag, um den die Summe aus Rente und Entgelt 1300 S übersteigt und auch nicht mehr als 239 S monatlich bei einer Versichertenrente und 147 S monatlich bei einer Hinterbliebenenrente;

2. der § 6 Abs. 2 lit. a des gleichen Bundesgesetzes ist nicht mehr anzuwenden.

(6) In der Unfallversicherung ist, wenn der Versicherungsfall vor dem 1. Jänner 1956 einge-

treten ist, die Waisenrente für ein doppelt verwaistes Kind im einundeinhalbfachen Betrag der nach bisheriger Vorschrift gebührenden Waisenrente zu bemessen. Die erhöhte Waisenrente ist nur auf Antrag zu gewähren, und zwar ab 1. Jänner 1956, wenn die Voraussetzung für die erhöhte Rente vor dem 1. Jänner 1956 eingetreten ist und der Antrag bis 30. Juni 1956 gestellt wird, sonst mit dem Ersten des Kalendermonates, der auf die Erfüllung dieser Voraussetzung folgt.

(7) Landwirtschaftskrankenkassen, deren Satzung nach dem Stande vom 31. Dezember 1955 die Gewährung eines Teilkrankengeldes für Versicherte vorsieht, die während einer mit Arbeitsunfähigkeit verbundenen Krankheit Anspruch auf Fortbezug eines Teilentgeltes haben, können durch die Satzung bestimmen, daß ein Anspruch auf Teilkrankengeld besteht, solange der Versicherte auf Grund gesetzlicher oder vertraglicher Bestimmungen Anspruch auf Fortbezug von mindestens 50, aber weniger als 70 v. H. des vollen Entgeltes hat. Das Teilkrankengeld darf nicht mehr als die Hälfte des in Betracht kommenden Krankengeldes (§ 141) betragen.

Bemessungsgrundlage für Leistungen aus der Unfallversicherung.

§ 523. Sind in der Unfallversicherung zur Ermittlung der Bemessungsgrundlage Zeiten vor dem 1. Jänner 1956 heranzuziehen, so sind in diesen Fällen die Bestimmungen der §§ 178 bis 182 über die Bemessungsgrundlage auch auf die vor dem 1. Jänner 1956 zu berücksichtigenden Zeiträume anzuwenden.

Entschädigung nach mehreren Versicherungsfällen in der Unfallversicherung.

§ 524. Die Bestimmungen des § 210 über die Entschädigung nach mehreren Versicherungsfällen sind auch anzuwenden, wenn von den gemeinsam zu entschädigenden Versicherungsfällen einer oder mehrere vor dem 1. Jänner 1956 eingetreten sind und der letzte Versicherungsfall nach dem 31. Dezember 1955 eintritt.

Leistungen bei Berufskrankheiten.

§ 525. Leidet ein Versicherter beim Inkrafttreten dieses Bundesgesetzes an einer Krankheit, die erst auf Grund dieses Bundesgesetzes (Anlage 1) als Berufskrankheit anerkannt worden ist, so werden ihm die Leistungen der Unfallversicherung gewährt, wenn der Versicherungsfall nach dem 31. Dezember 1952 eingetreten ist und der Antrag innerhalb von sechs Monaten nach Kundmachung dieses Bundesgesetzes gestellt wird. Rechtskräftige Entscheidungen stehen nicht entgegen. Die Leistungen werden frühestens vom Inkrafttreten dieses Bundesgesetzes an gewährt.

Höchstbetrag der Bemessungsgrundlage aus der Pensionsversicherung.

§ 526. Ist eine Bemessungsgrundlage nach § 238 oder 239 für einen vor dem Jahre 1960 gelege-

nen Bemessungszeitpunkt festzustellen, so tritt bei Anwendung des § 238 Abs. 4 an Stelle des Betrages von 2400 S

wenn der Bemessungszeitpunkt liegt	der Betrag von
im Jahre 1956	2000 S
„ „ 1957	2100 S
„ „ 1958	2200 S
„ „ 1959	2300 S.

Pensionsversicherungsfreies Dienstverhältnis.

§ 527. (1) Wurde ein Dienstnehmer vor dem 1. April 1952 in ein im § 308 Abs. 1 bezeichnetes Dienstverhältnis übernommen, so verbleibt es für die Zeit vom 1. April 1952 bis 31. Dezember 1955 bei der Anwendung der §§ 2, 6 und 7 des Bundesgesetzes vom 8. Juli 1948, BGBl. Nr. 177. Diese Bestimmungen gelten für diese Fälle auch nach dem 31. Dezember 1955 mit folgender Maßgabe:

1. Der nach § 6 des angeführten Bundesgesetzes der den Ruhe(Versorgungs)genuß anweisenden Dienststelle zustehende Rentenanspruch gebührt gleichviel, ob er in der Zeit bis 31. Dezember 1955 oder nach diesem Zeitpunkt angefallen ist, in der Höhe, in der er am 31. Dezember 1955 gebührt hat oder gebührt hätte; ein Ruhen dieses Rentenanspruches nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes hat zu unterbleiben.

2. Sind zur Feststellung des Gesamtanspruches, der nach § 7 des angeführten Bundesgesetzes auf Grund der allgemeinen Sozialversicherungsvorschriften zu ermitteln ist, gemäß § 522 Abs. 1 und 2 bereits die Bestimmungen des vorliegenden Bundesgesetzes anzuwenden, so gilt die Zeit des Dienstverhältnisses nach § 308 Abs. 1 als Zeit im Sinne des § 233 Abs. 3. Der Grundbetrag und der auf die Zeit bis zum 31. Dezember 1955 entfallende Steigerungsbetrag dieses Leistungsanspruches dürfen den Grundbetrag einschließlich einer Zusatzrente und den Steigerungsbetrag, die sich bei Bemessung dieser Leistung zum 31. Dezember 1955 nach den damals in Geltung gestandenen Vorschriften ergeben hätten, nicht unterschreiten. Die Ruhensbestimmungen des vorliegenden Bundesgesetzes sind erst auf den nach § 7 des angeführten Bundesgesetzes aus dem Gesamtanspruch abgeleiteten Leistungsanspruch des Versicherten und seiner Hinterbliebenen anzuwenden.

(2) Abs. 1 gilt auch für die Angestellten des Dorotheums, die nach dem 9. April 1945 und vor dem 1. April 1952 in ein Dienstverhältnis der im § 5 Abs. 1 Z. 4 bezeichneten Art aufgenommen worden sind.

Zusammentreffen eines Ruhe(Versorgungs)genußanspruches aus einem pensionsversicherungsfreien Dienstverhältnis mit einem Rentenanspruch aus der Pensionsversicherung.

§ 528. Ist die Aufnahme in ein pensionsversicherungsfreies Dienstverhältnis vor dem 1. Jänner 1956 unter der Bedingung erfolgt,

daß der aus der Pensionsversicherung erwachsende Rentenanspruch auf den Ruhe(Versorgungs)genußanspruch angerechnet wird, so ist auf den Rentenanspruch, wenn er unter Anwendung des bisherigen Rechtes festgestellt ist, § 6 Abs. 2 lit. b und Abs. 4 des Rentenbemessungsgesetzes, BGBl. Nr. 151/1954, sonst § 93 des vorliegenden Bundesgesetzes beim Zusammentreffen mit dem Ruhe(Versorgungs)genußanspruch nicht anzuwenden.

Nachversicherung und Leistung von Überweisungsbeträgen für pensionsversicherungsfreie Dienstverhältnisse bei reichsdeutschen Dienststellen.

§ 529. (1) Die Durchführung einer Nachversicherung nach den bisher in Geltung gestandenen Vorschriften und, wenn das Ausscheiden aus dem im § 308 Abs. 1 bezeichneten Dienstverhältnis nach dem 31. März 1952 erfolgt, die Leistung eines Überweisungsbetrages nach § 311 ist, soweit für die Zeit der Besetzung des Gebietes der Republik Österreich in der Zeit vom 13. März 1938 bis 30. April 1945 reichsdeutsche Dienststellen (§ 1 des Behörden-ÜG., StGBI. Nr. 94/1945) als Dienstgeber in Betracht kommen, zwischenstaatlicher Regelung vorbehalten.

(2) Tritt jedoch bei einer Person, für die eine Nachversicherung oder die Leistung eines Überweisungsbetrages nach Abs. 1 vorbehalten ist, vor Inkrafttreten der zwischenstaatlichen Regelung der Versicherungsfall ein und wird der Antrag auf die Leistung aus diesem Versicherungsfall gestellt, so entrichtet der Bund vor-schußweise auf Rechnung des Zahlungspflichtigen die Beiträge oder den Überweisungsbetrag für die bei der reichsdeutschen Dienststelle verbrachten Dienstzeiten. Die Zahlung hat binnen vier Wochen nach Einlangen der Anzeige des Versicherungsträgers über die Antragstellung auf die Leistung und über die Höhe der zu entrichteten Beiträge (des zu leistenden Überweisungsbetrages) zu erfolgen.

(3) Bei der Nachentrichtung der Beiträge ist, wenn aus Anlaß des Eintrittes in das Dienstverhältnis, für das die Beiträge nachzuentrichten sind, an den Dienstgeber ein Überweisungsbetrag gezahlt wurde, dieser Überweisungsbetrag samt Zinsen, die nach dem jeweils geltenden Wechselfuß vom seinerzeitigen Zeitpunkt der Leistung des Überweisungsbetrages an zu berechnen sind, an den zuständigen Versicherungsträger zu erstatten. Die der Berechnung des Überweisungsbetrages zugrunde gelegten Beitrags- und Ersatzzeiten sind für den Anfall und das Ausmaß der Leistungen aus der Pensionsversicherung so zu berücksichtigen, wie wenn seinerzeit der Überweisungsbetrag nicht geleistet worden wäre.

(4) Die nach Abs. 2 nachzuentrichtenden Beiträge gelten für den Anfall und das Ausmaß

von Leistungen aus der Pensionsversicherung jedenfalls als wirksam entrichtet.

Anrechenbarkeit von Versicherungszeiten in der Pensionsversicherung.

§ 530. (1) In der Pensionsversicherung der Arbeiter ist für Männer der Geburtsjahrgänge 1890 und früher und für Frauen der Geburtsjahrgänge 1895 und früher abweichend von den Bestimmungen des § 233 Abs. 1 unter dem Anrechnungszeitraum der längste, unmittelbar vor dem Stichtage (§ 223 Abs. 2), jedoch nach dem 31. Dezember 1938 gelegene Zeitraum zu verstehen, der noch zu einem Drittel durch Versicherungszeiten gedeckt ist.

(2) In der Pensionsversicherung der Angestellten und der knappschaftlichen Pensionsversicherung sind Versicherungszeiten, auch wenn die Voraussetzungen für deren Anrechenbarkeit nach § 233 nicht gegeben sind, unter der Bedingung anrechenbar, daß am Stichtage der Zeitraum seit dem Beginn der ersten Versicherungszeit mindestens zu drei Vierteln mit Versicherungszeiten ausgefüllt ist. § 233 Abs. 3 ist entsprechend anzuwenden.

(3) Waren in der österreichischen Angestellten(Pensions)versicherung am 31. Dezember 1938 mindestens 180 Beitragsmonate erworben, so sind die bis dahin in dieser Versicherung erworbenen Beitragsmonate, auch wenn die Voraussetzungen für deren Anrechenbarkeit weder nach § 233 noch nach Abs. 2 gegeben sind, anrechenbar, sofern diese Zeiten bei Berücksichtigung der vor dem 1. Jänner 1939 gelegenen, nach § 233 Abs. 3 außer Betracht bleibenden Zeiten den Zeitraum zwischen dem Beginn der ersten Versicherungszeit und der Vollendung des 60., bei Frauen des 55. Lebensjahres mindestens zu drei Vierteln ausfüllen.

Außerordentliche Nachentrichtung von Beiträgen.

§ 531. Für das Ausmaß und die Fälligkeit von Beiträgen, die auf Grund des § 31 Abs. 1 des 1. Sozialversicherungs-Neuregelungsgesetzes in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 166/1954, nach § 114 Abs. 4 des Sozialversicherungs-Überleitungsgesetzes 1953 in der Fassung der 2. Novelle, BGBl. Nr. 97/1954, oder nach § 502 Abs. 4 nach dem 31. Dezember 1955 nachentrichtet werden, gelten die Bestimmungen des § 31 des 1. Sozialversicherungs-Neuregelungsgesetzes auch weiterhin.

3. UNTERABSCHNITT.

Übergangsbestimmungen zum Sechsten Teil.

Regelung der Beziehungen der Träger der Sozialversicherung und ihrer Verbände zu den im Sechsten Teil genannten Vertragspartnern.

§ 532. (1) Bis zum Inkrafttreten der auf Grund der Bestimmungen dieses Bundesgesetzes abgeschlossenen Verträge mit den Ärzten und anderen Vertragspartnern zur Erbringung der

Sachleistungen der Krankenversicherung sind für die Regelung dieser Beziehungen die im Zeitpunkt der Kundmachung dieses Bundesgesetzes geltenden Verträge maßgebend, soweit diese Verträge nicht den Bestimmungen des § 343 über die Auflösung des Vertragsverhältnisses widersprechen.

(2) Die Bestimmungen über die Entscheidung von Streitigkeiten aus Verträgen mit den Vertragspartnern sind auch bei Streitigkeiten aus Verträgen, die vor dem 1. Jänner 1956 abgeschlossen worden sind, entsprechend anzuwenden.

4. UNTERABSCHNITT.

Übergangsbestimmungen zum Siebenten Teil (Verfahren) und zum Achten Teil (Aufbau der Verwaltung).

Anwendung der Verfahrensbestimmungen.

§ 533. (1) Die Bestimmungen dieses Bundesgesetzes über das Verfahren sind auch auf Verfahren anzuwenden, die am 1. Jänner 1956 anhängig sind. Ist in einem so anhängigen Verfahren ein anderer Versicherungsträger oder eine andere Behörde zur weiteren Durchführung des Verfahrens zuständig, so ist die Sache an diesen (diese) abzugeben.

(2) Die im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Bundesgesetzes bei den Schiedsgerichten der Sozialversicherung anhängigen Verfahren sind nach den Bestimmungen des 3. und 4. Unterabschnittes des Abschnittes II des Siebenten Teiles dieses Bundesgesetzes unter Bedachtnahme auf die folgenden Abweichungen fortzusetzen:

- a) die beim Schiedsgericht der Sozialversicherung gegen einen Feststellungsbescheid des Versicherungsträgers erhobene Berufung gilt vom Zeitpunkt ihrer Einbringung als Klage im Sinne des § 383 Abs. 2. Mit dem gleichen Zeitpunkt treten die Wirkungen des § 384 ein;
- b) die Bestimmung des ersten Satzes des § 383 Abs. 2 ist nicht anzuwenden;
- c) ein vor einem Schiedsgericht der Sozialversicherung anhängiges Verfahren, in dem Ruhen des Verfahrens eingetreten ist, ist nur fortzusetzen, wenn eine der beiden Parteien innerhalb von drei Monaten nach dem Wirksamkeitsbeginn dieses Bundesgesetzes einen Antrag auf Fortsetzung dieses Verfahrens stellt.

(3) Sofern durch dieses Bundesgesetz Ansprüche auf Leistungen für Versicherungsfälle vor seinem Wirksamkeitsbeginn eingeräumt werden, steht die Rechtskraft bereits erlassener Bescheide der Anwendung dieser Bestimmungen nicht entgegen.

(4) Die am 31. Dezember 1955 im Amte befindlichen Beisitzer der Schiedsgerichte scheiden mit 31. Dezember 1956 aus ihrem Amte aus.

Amtsdauer der Verwaltungskörper.

§ 534. (1) Die Amtsdauer der am 31. Dezember 1955 im Amte befindlichen Verwaltungskörper

endet am 31. Dezember 1958. § 425 zweiter und dritter Satz gelten entsprechend.

(2) Die Bestimmungen des § 427 Abs. 2, wonach die Mitglieder der Landesstellenausschüsse und die Versicherungsvertreter in den Rentenausschüssen gleichzeitig der Hauptversammlung anzugehören haben, treten mit 1. Jänner 1959 in Kraft.

(3) Soweit nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes bei einem Versicherungsträger (Verband) eine Erhöhung der Zahl der Mitglieder der Verwaltungskörper eintritt, sind diese Verwaltungskörper in der Weise zu ergänzen, daß die erforderlichen Versicherungsvertreter von den örtlich und sachlich zuständigen öffentlich-rechtlichen Interessenvertretungen der Dienstnehmer und der Dienstgeber aus der Mitte der Hauptversammlung neu bestellt werden. Die Amtsdauer endet auch für diese Versicherungsvertreter mit 31. Dezember 1958.

(4) Unbeschadet der Bestimmungen des Abs. 3 werden beim Hauptverband die am 31. Dezember 1955

- a) dem Vorstand angehörenden Versicherungsvertreter Mitglieder der Hauptversammlung,
- b) dem vom Vorstand gemäß § 31 Sozialversicherungs-Überleitungsgesetz 1953 eingesetzten Präsidialausschuß angehörenden Versicherungsvertreter Mitglieder des Vorstandes.

Dienst-, besoldungs- und pensionsrechtliche Verhältnisse der Bediensteten der Sozialversicherungsträger (Verbände).

§ 535. (1) Soweit am 1. Jänner 1956 eine Neuregelung der dienst-, besoldungs- und pensionsrechtlichen Verhältnisse (§ 31 Abs. 3 Z. 3) für Bedienstete von Sozialversicherungsträgern (Verbänden) noch nicht getroffen ist, sind die bisherigen tarif- und dienstordnungsmäßigen Bestimmungen weiter anzuwenden.

(2) Die Bestimmungen des Beamten-Überleitungsgesetzes, StGBI. Nr. 134/1945, sind nach Maßgabe der Bestimmungen des § 46 Abs. 1 Z. 2, 3 und 5, Abs. 3 und Abs. 5 des Sozialversicherungs-Überleitungsgesetzes 1953, BGBl. Nr. 99, auf Bedienstete von Sozialversicherungsträgern (Verbänden) weiterhin anzuwenden, die in den im § 4 Abs. 1 des Beamten-Überleitungsgesetzes genannten Zeiträumen aus einem der dort bezeichneten Gründe aus dem Dienstverhältnis entlassen oder sonst aus dem Dienststand ausgeschieden worden sind, wenn ihr Dienstverhältnis am 1. Jänner 1956 noch nicht einer dienstrechtlichen Neuregelung im Sinne des § 9 Abs. 3 lit. c des Sozialversicherungs-Überleitungsgesetzes 1953 unterzogen worden ist. Dies gilt auch für Bedienstete von Sozialversicherungsträgern (Verbänden), die in Kriegsgefangenschaft geraten sind und erst nach dem 31. Dezember 1955 heimkehren.

(3) Die bis zum 31. Dezember 1955 vom Hauptverband erlassenen Richtlinien zur Regelung der dienst-, besoldungs- und pensionsrechtlichen Verhältnisse der Sozialversicherungsträger (Verbände) und die auf Grund dieser Richtlinien abgeschlossenen Kollektivverträge sind an die Bestimmungen dieses Bundesgesetzes anzupassen.

Vermögensanlagen.

§ 536. Aus der Zeit vor dem 1. Jänner 1956 stammende Vermögensanlagen, die nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes nicht oder nur mit Genehmigung zugelassen sind, nach bisheriger Vorschrift aber zulässig waren, sind dem Bundesministerium für soziale Verwaltung binnen acht Wochen nach Kundmachung dieses Bundesgesetzes zu melden. Solange dieses im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Finanzen nichts anderes bestimmt, können diese Anlagen beibehalten werden. Verfügungen über derartige Anlagen sind jedenfalls nur mit Genehmigung des Bundesministeriums für soziale Verwaltung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Finanzen zulässig.

ABSCHNITT II.

Schlußbestimmungen.

Rechtsunwirksame Vereinbarungen.

§ 537. Vereinbarungen, wonach die Anwendung der Bestimmungen dieses Bundesgesetzes zum Nachteil der Versicherten (ihrer Angehörigen) im voraus ausgeschlossen oder beschränkt wird, sind ohne rechtliche Wirkung.

Zusätzliche Aufgaben der Versicherungsträger (Verbände).

§ 538. Soweit den Trägern der Sozialversicherung (Verbänden) auf Grund anderer Bundesgesetze oder auf Grund von Vereinbarungen Aufgaben übertragen sind, bleiben diese Aufgaben, soweit in diesem Bundesgesetz nichts anderes ausdrücklich angeordnet wird, auch weiterhin bestehen.

Einstellung von Leistungen und Unwirksamklärung des Nachlasses von Verbindlichkeiten aus der Sozialversicherung auf Grund des Verbotsgesetzes 1947.

§ 539. (1) Sind nach § 23 des Verbotsgesetzes 1947, BGBl. Nr. 25, Leistungen aus der Sozialversicherung ganz oder teilweise einzustellen oder der Nachlaß von Verbindlichkeiten aus der Sozialversicherung unwirksam zu erklären, so hat der zuständige Versicherungsträger dies bescheidmäßig festzustellen. Das gleiche gilt, wenn bescheidmäßig festgestellte Anwartschaften im Sinne der angeführten Bestimmung ganz oder teilweise aufzuheben sind. Zu erstattende Beiträge sind im Bescheid ziffernmäßig anzuführen.

(2) Rechtsmittel gegen Bescheide nach Abs. 1 haben keine aufschiebende Wirkung.

(3) Zur Hereinbringung der nach Abs. 1 zu erstattenden Beiträge kann mangels anderweitiger ausreichender Deckung auf rückständige Rentenbeträge und auf solche für die Zeit des vollständigen Unterhalts in einer Anstalt bis zu ihrer vollen Höhe, auf andere Rentenbeträge bis zu ihrer halben Höhe gegriffen werden. Kinderzuschüsse und Waisenrenten dürfen nicht herangezogen werden.

Übergangsbestimmungen für begünstigte Personen.

§ 540. (1) Weibliche Versicherte, denen in der Rentenversicherung aus Anlaß der Verheiratung Beiträge erstattet worden sind und die aus einem der im § 500 Abs. 1 angeführten Gründe binnen sechs Monaten nach Stellung des Antrages auf Erstattung der Beiträge ausgewandert sind, können, wenn der Versicherungsfall noch nicht eingetreten ist, bis zum 31. Dezember 1956 durch zinsenlose Rückzahlung des sechsfachen Erstattungsbetrages die durch die erstatteten Beiträge seinerzeit erworbenen Anwartschaften zurück erwerben. Teilzahlungen sind nach Maßgabe des § 502 Abs. 2 zweiter und dritter Satz zu bewilligen.

(2) Anträge auf Begünstigung nach § 502 Abs. 4 sind bis 30. Juni 1957 zulässig.

Aufhebung bisheriger Vorschriften.

§ 541. (1) Mit dem Wirksamkeitsbeginn dieses Bundesgesetzes treten, soweit nichts anderes bestimmt wird, für dessen Wirkungsbereich alle bis dahin geltenden Bestimmungen, die diesem Bundesgesetz widersprechen, außer Kraft.

(2) Insbesondere werden vom Wirksamkeitsbeginn dieses Bundesgesetzes an für dessen Wirkungsbereich unbeschadet der Bestimmungen des Abs. 6 alle am Vortag noch in Geltung stehenden Vorschriften, die gemäß § 1 Abs. 1 des Sozialversicherungs-Überleitungsgesetzes 1953, BGBl. Nr. 99, auf dem Gebiet der Sozialversicherung als vorläufiges österreichisches Recht weiter in Geltung gelassen worden sind, aufgehoben. Ferner werden vom Wirksamkeitsbeginn dieses Bundesgesetzes an für dessen Wirkungsbereich folgende Bestimmungen des neuen österreichischen Rechtes samt allen Vorschriften, die zu ihrer Ergänzung, Änderung und Durchführung erlassen worden sind — unbeschadet der Bestimmungen der Abs. 3 bis 5 — außer Kraft gesetzt, soweit sie nicht schon durch frühere gesetzliche Vorschriften aufgehoben wurden:

1. das Bundesgesetz vom 21. April 1948, BGBl. Nr. 80, über die Herabsetzung der Altersgrenze für weibliche Versicherte und Witwen in der gesetzlichen Rentenversicherung, in der Fassung des Bundesgesetzes vom 3. April 1952, BGBl. Nr. 88;

2. das Bundesgesetz vom 8. Juli 1948, BGBl. Nr. 177, über die Regelung sozialversicherungs-

rechtlicher Verhältnisse aus Anlaß der Aufnahme in ein öffentlich-rechtliches Dienstverhältnis oder beim Ausscheiden aus einem solchen;

3. § 10 des Hochschulassistentengesetzes 1948, BGBl. Nr. 32/1949, mit Ausnahme des Abs. 2 zweiter Satz und Abs. 4;

4. § 57 Abs. 3 des Ärztegesetzes vom 30. März 1949, BGBl. Nr. 92;

5. § 9 Abs. 2 des Krankenpflegegesetzes vom 30. März 1949, BGBl. Nr. 93;

6. das Bundesgesetz vom 19. Mai 1949, BGBl. Nr. 112, über die Änderung einiger Vorschriften in der Invalidenversicherung, in der Fassung der Bundesgesetz vom 3. April 1952, BGBl. Nr. 86 und 88;

7. das Zusatzrentengesetz vom 19. Mai 1949, BGBl. Nr. 115;

8. das knappschaftliche Zusatzrentengesetz vom 14. Juli 1949, BGBl. Nr. 175;

9. das Bundesgesetz vom 14. Juli 1949, BGBl. Nr. 194, womit die Bestimmungen über die Beitragsklassen, Beiträge und Steigerungsbeträge in der Invalidenversicherung abgeändert werden;

10. das Bundesgesetz vom 14. Juli 1949, BGBl. Nr. 196, betreffend einige Bestimmungen über die Sozialversicherung der dem öffentlichen Verkehr dienenden Eisenbahnen, in der Fassung des Bundesgesetzes vom 14. März 1951, BGBl. Nr. 76;

11. das Sozialversicherungs-Anpassungsgesetz 1951 vom 25. Juli 1951, BGBl. Nr. 189;

12. das 1. Sozialversicherungs-Neuregelungsgesetz vom 3. April 1952, BGBl. Nr. 86, in der Fassung des Bundesgesetzes vom 30. Juni 1954, BGBl. Nr. 166;

13. das Sozialversicherungs-Überleitungsgesetz 1953, BGBl. Nr. 99, in der Fassung des Bundesgesetzes vom 3. Dezember 1953, BGBl. Nr. 13/1954, der 2. Novelle vom 7. April 1954, BGBl. Nr. 97, und der 3. Novelle vom 30. Juni 1954, BGBl. Nr. 165;

14. § 11 Abs. 5 letzter Satz des Verwaltergesetzes 1952, BGBl. Nr. 100/1953;

15. das Rentenbemessungsgesetz vom 6. Juli 1954, BGBl. Nr. 151;

16. das Bundesgesetz vom 30. Juni 1955, BGBl. Nr. 137, über die Erhöhung der Beiträge zur Invalidenversicherung und zur Angestelltenversicherung und die Gewährung einer Sonderzahlung für das Jahr 1955.

(3) Satzungen, die auf Grund der bisher in Geltung gestandenen gesetzlichen Vorschriften zur Durchführung der Sozialversicherung des dem Anwendungsbereich dieses Bundesgesetzes unterliegenden Personenkreises erlassen worden sind, bleiben, soweit sie zu den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes nicht in Widerspruch stehen und auch in ihm für den gleichen Gegenstand satzungsmäßige Regelungen vorgesehen sind, bis zur vorgesehenen Neuregelung nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes in Kraft.

(4) Bisherige Vorschriften über die Abwicklung der Geschäfte aufgelöster Versicherungsträger sind noch so weit anzuwenden, als im Zeitpunkt des Wirksamkeitsbeginnes dieses Bundesgesetzes die Abwicklung noch nicht abgeschlossen war.

(5) Durch die Bestimmungen dieses Bundesgesetzes bleiben insbesondere unberührt:

1. die Bestimmungen des Geschlechtskrankheitengesetzes vom 22. August 1945, StGBL. Nr. 152, über die Leistungspflicht der Träger der Sozialversicherung;

2. die Bestimmungen des Opferfürsorgegesetzes vom 4. Juli 1947, BGBl. Nr. 183, in der letztgeltenden Fassung über die Leistungspflicht der Träger der Sozialversicherung;

3. die die Sozialversicherung betreffenden Bestimmungen des Kriegsofferversorgungsgesetzes vom 14. Juli 1949, BGBl. Nr. 197, in der letztgeltenden Fassung;

4. die Bestimmungen der Verordnung vom 23. Feber 1950, BGBl. Nr. 79, betreffend die Regelung der Arzneipreise in Apotheken, in der Fassung der Verordnung vom 22. Feber 1954, BGBl. Nr. 48;

5. die Bestimmungen des Bundesgesetzes vom 21. September 1951, BGBl. Nr. 229, über Wohnungsbeihilfen;

6. die Bestimmungen des Art. II Abs. 2 des Bundesgesetzes vom 9. Juli 1953, BGBl. Nr. 141, womit das Bundesgesetz über die Beschäftigung von Kindern und Jugendlichen abgeändert wird.

(6) Bis zur Neuregelung der Behandlung der Beiträge im Ausgleichs- und Konkursverfahren in der Ausgleichs- und der Konkursordnung ist die Verordnung über die Rangstellung der Beitragsrückstände in der Sozialversicherung im Konkursverfahren vom 7. Mai 1942, DRGBL. I S. 330, weiter anzuwenden.

Sonderbeiträge in der Arbeitslosenversicherung.

§ 542. Von den Sonderzahlungen gemäß § 49 Abs. 2 sind Sonderbeiträge auch in der Arbeitslosenversicherung zu entrichten. Der Sonderbeitrag wird mit dem gleichen Hundertsatz der für die Krankenversicherung geltenden Beitragsgrundlage wie die sonstigen Arbeitslosenversicherungsbeiträge festgesetzt. Für die Tragung, Einziehung und Abfuhr der Sonderbeiträge in der Arbeitslosenversicherung gelten die einschlägigen Vorschriften für die sonstigen Beiträge zur Arbeitslosenversicherung.

Wirksamkeitsbeginn.

§ 543. (1) Dieses Bundesgesetz tritt, soweit im § 534 und im folgenden nichts anderes bestimmt wird, am 1. Jänner 1956 in Kraft.

(2) Es treten in Kraft

a) rückwirkend mit dem 1. April 1952 die Bestimmungen der §§ 308 bis 313 über die Aufnahme in ein pensionsversicherungs-

- freies Dienstverhältnis und das Ausscheiden aus einem solchen, wenn der Tag der Aufnahme oder des Ausscheidens nach dem 31. März 1952 liegt;
- b) mit dem Beginn der Beitragsperiode Jänner 1956 die Bestimmungen der §§ 44 bis 47, 49, 51 bis 59 über die Beiträge zur Pflichtversicherung auf Grund des Arbeitsverdienstes (Erwerbseinkommens);
- c) mit dem 1. Jänner 1959 die Bestimmung des § 431 Abs. 1 letzter Satz.
- (3) Die Bestimmungen der §§ 48 und 62 bis 64 sind auch auf Beiträge anzuwenden, die vor dem Beginn der Beitragsperiode Jänner 1956 fällig geworden sind, aber in diesem Zeitpunkt noch als Rückstände aushaften.
- (4) Die Bestimmungen des § 69 über die Rückforderung ungebührlich entrichteter Beiträge gelten entsprechend für noch nicht verjährte Rückforderungen, die vor dem Beginn der Beitragsperiode Jänner 1956 entstanden sind.

(5) Die nach den bisherigen Bestimmungen festgesetzten Werte der Sachbezüge bleiben bis zur Neufestsetzung (§ 50) in Geltung.

(6) Sofort nach der Kundmachung dieses Bundesgesetzes können Durchführungsvorschriften erlassen und sonstige vorbereitende Maßnahmen zur Durchführung des Gesetzes getroffen werden.

Vollzug des Bundesgesetzes.

§ 544. Mit der Vollziehung dieses Bundesgesetzes ist hinsichtlich der Bestimmungen der §§ 370 bis 407 das Bundesministerium für Justiz im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für soziale Verwaltung, hinsichtlich der Bestimmungen des § 110, soweit sie eine Befreiung von den Gerichts- und Justizverwaltungsgebühren vorsehen, das Bundesministerium für Justiz im Einvernehmen mit den Bundesministerien für soziale Verwaltung und für Finanzen, hinsichtlich aller übrigen Bestimmungen das Bundesministerium für soziale Verwaltung im Einvernehmen mit den beteiligten Bundesministerien betraut.

Anlage 1

Liste der Berufskrankheiten (§ 177)

Lfd. Nr.	Berufskrankheit	Unternehmen
1	Erkrankungen durch Blei oder seine Verbindungen	Alle Unternehmen
2	Erkrankungen durch Phosphor oder seine Verbindungen	
3	Erkrankungen durch Quecksilber oder seine Verbindungen	
4	Erkrankungen durch Arsen oder seine Verbindungen	
5	Erkrankungen durch Mangan oder seine Verbindungen	
6	Erkrankungen durch Cadmium oder seine Verbindungen	
7	Erkrankungen durch Beryllium oder seine Verbindungen	
8	Erkrankungen durch Chrom oder seine Verbindungen	

Mit Ausnahme von Hauterkrankungen. Diese gelten als Berufskrankheiten nur insoweit, als sie Erscheinungen einer durch Aufnahme der schädigenden Stoffe in den Körper bedingten Allgemeinerkrankung sind oder gemäß Nr. 19 entschädigt werden müssen.

Lfd. Nr.	Berufskrankheit	Unternehmen	
9	Erkrankungen durch Benzol oder seine Homologen	Alle Unternehmen	
10	Erkrankungen durch Nitro- und Amidverbindungen des Benzols oder seiner Homologen und deren Abkömmlinge		
11	Erkrankungen durch Halogen-Kohlenwasserstoffe		
12	Erkrankungen durch Salpetersäureester		
13	Erkrankungen durch Schwefelkohlenstoff		
14	Erkrankungen durch Schwefelwasserstoff		
15	Erkrankungen durch Kohlenoxyd		
16	Erkrankungen durch Röntgenstrahlen und radioaktive Stoffe		
17	Hautkrebs oder zur Krebsbildung neigende Hautveränderungen durch Ruß, Paraffin, Teer, Anthrazen, Pech und ähnliche Stoffe		
18	Krebs oder andere Neubildungen sowie Schleimhautveränderungen der Harnwege durch aromatische Amine		
19	Schwere oder wiederholt rückfällige berufliche Hauterkrankungen, die zum Wechsel des Berufes oder zur Aufgabe jeder Erwerbsarbeit zwingen		Alle Unternehmen
20	Erkrankungen durch Erschütterung bei der Arbeit mit Preßluftwerkzeugen und gleichartig wirkenden Werkzeugen und Maschinen sowie durch Arbeit an Anklopfmaschinen		
21	Erkrankungen durch Arbeit in Druckluft		
22	Drucklähmungen der Nerven		
23	Chronische Erkrankungen der Schleimbeutel der Knie- oder Ellbogengelenke durch ständigen Druck oder ständige Erschütterung		
24	Abrißbrüche der Wirbeldornfortsätze		
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	

Lfd. Nr.	Berufskrankheit	Unternehmen
26	a) Staublungenerkrankungen (Silikose oder Silikose) mit objektiv feststellbarer Leistungsminderung von Atmung oder Kreislauf b) Staublungenerkrankung in Verbindung mit aktiv-fortschreitender Lungentuberkulose (Siliko-Tuberkulose)	
27	a) Asbeststaublungenerkrankung (Asbestose) mit objektiv feststellbarer Leistungsminderung von Atmung oder Kreislauf b) Asbeststaublungenerkrankung (Asbestose) in Verbindung mit Lungenkrebs	Alle Unternehmen
28	Erkrankungen der tieferen Luftwege und der Lunge durch Aluminium oder seine Verbindungen	
29	Erkrankungen der tieferen Luftwege und der Lunge durch Thomasschlackmehl	Thomasschlackmühlen, Düngemittelmischereien und Betriebe, die Thomasschlackmehl lagern, befördern oder verwenden
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
33	Durch Lärm verursachte Taubheit oder an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit	Metallbearbeitung und -verarbeitung, Webereien, Spinnereien, Zementmühlen, Schotterwerke, Arbeit an Prüfständen
34	Hornhautschädigungen des Auges durch Benzochinon	Chemische Industrie
35	Grauer Star	Herstellung, Bearbeitung und Verarbeitung von Glas, Eisenhütten, Metallschmelzereien
36	Wurmkrankheit der Bergleute, verursacht durch Ankylostoma duodenale oder Strongyloides stercoralis	Unternehmen des Bergbaues, Stollen- oder Tunnelbau
37	Tropenkrankheiten, Fleckfieber	Alle Unternehmen
38	Infektionskrankheiten	Krankenhäuser, Heil- und Pflegeanstalten, Entbindungsheime und sonstige Anstalten, die Personen zur Kur und Pflege aufnehmen, ferner Einrichtungen und Beschäftigungen in der öffentlichen und privaten Fürsorge und im Gesundheitsdienst sowie Laboratorien für wissenschaftliche und medizinische Untersuchungen und Versuche
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.

Beitragsgrundlage im Sinne des § 243 Abs. 1 Z. 2 lit. b

Im Bereiche der Pensionsversicherung der Arbeiter beträgt die Beitragsgrundlage für die Kalenderwoche

Für die Zeit	wenn in den Unterlagen die Beitragsklasse vorgemerkt ist													
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV
	Schilling													
bis Dezember 1946	19	56	93	131	168	206	243	280	318	—	—	—	—	—
ab Oktober 1950	11	34	57	80	102	125	148	171	193	216	239	261	284	306

Im Bereiche der Pensionsversicherung der Angestellten beträgt die Beitragsgrundlage für den Kalendermonat

Für die Zeit	wenn in den Unterlagen die Gehaltsklasse vorgemerkt ist						
	A	B	C	D	E	F	G
	Schilling						
bis Dezember 1946	120	240	480	720	960	1.200	1.500
ab Oktober 1950	—	146	292	—	584	730	913

Im Bereiche der knappschaftlichen Pensionsversicherung beträgt die Beitragsgrundlage für den Kalendermonat

wenn in den Unterlagen die Beitragsklasse vorgemerkt ist								
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX
Schilling								
375	525	675	825	975	1.125	1.275	1.425	1.575

wenn in den Unterlagen die Gehaltsklasse vorgemerkt ist						
A	B	C	D	E	F	G
Schilling						
225	450	900	1.500	2.100	2.400	2.400

Beitrag zur Höherversicherung im Sinne des § 248 Abs. 2 lit. a

Im Bereiche der Pensionsversicherung der Arbeiter gilt als Beitrag zur Höherversicherung für die Kalenderwoche

Für die Zeit	wenn in den Unterlagen die Beitragsklasse vorgemerkt ist														
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV
	Schilling														
bis 29. Dezember 1946	1'90	5'60	9'30	13'10	16'80	20'60	24'30	28'—	31'80	35'50	—	—	—	—	—
ab 30. Dezember 1946	1'20	3'70	6'20	8'70	11'20	13'70	16'20	18'70	21'20	23'70	26'20	28'70	31'10	33'50	36'—

Im Bereiche der Pensionsversicherung der Angestellten gilt als Beitrag zur Höherversicherung für den Kalendermonat

Für die Zeit	wenn in den Unterlagen die Gehalts(Beitrags)klasse vorgemerkt ist										
	A	B	C	D	E	F	G	H	J	K	
	Schilling										
bis Dezember 1946	12	24	48	72	96	120	150	180	240	300	
ab Jänner 1947	8	16	32	48	64	80	100	120	160	200	

Beitrag zur Höherversicherung im Sinne des § 248 Abs. 2 lit. b

Im Bereiche der Pensionsversicherung der Arbeiter gilt als Beitrag zur Höherversicherung für die Kalenderwoche

wenn in den Unterlagen bis 29. Dezember 1946 die Beitragsklasse X vorgemerkt ist, 3'70 S,
wenn in den Unterlagen zwischen dem 30. Dezember 1946 und dem 29. Mai 1949 die Beitragsklasse X beziehungsweise nach dem 29. Mai 1949 die Beitragsklasse XV vorgemerkt ist, 2'50 S.

Im Bereiche der Pensionsversicherung der Angestellten gilt als Beitrag zur Höherversicherung für den Kalendermonat

wenn in den Unterlagen die Beitragsklasse H vorgemerkt ist, für die Zeit bis Dezember 1946 30 S,
ab Jänner 1947 20 S,
wenn in den Unterlagen die Beitragsklasse J vorgemerkt ist, für die Zeit bis Dezember 1946 90 S,
ab Jänner 1947 60 S,
wenn in den Unterlagen die Beitragsklasse K vorgemerkt ist, für die Zeit bis Dezember 1946 150 S,
ab Jänner 1947 100 S.

Inhaltsübersicht.

ERSTER TEIL		
Allgemeine Bestimmungen		
Abschnitt I: Geltungsbereich.		
	§	
Geltungsbereich im allgemeinen	1	
Umfang der allgemeinen Sozialversicherung	2	
Beschäftigung im Inland	3	
Abschnitt II: Umfang der Versicherung.		
1. Unterabschnitt: Pflichtversicherung.		
Vollversicherung	4	
Ausnahmen von der Vollversicherung	5, 6	
Teilversicherung von im § 4 genannten Personen	7	
Sonstige Teilversicherung	8	
Einbeziehung in die Krankenversicherung im Verordnungswege	9	
Beginn der Pflichtversicherung	10	
Ende der Pflichtversicherung	11, 12	
2. Unterabschnitt: Versicherungszugehörigkeit der Pflichtversicherten zu den einzelnen Arten der Pensionsversicherung.		
a) Pensionsversicherung der Arbeiter	13	
b) Pensionsversicherung der Angestellten ..	14	
c) Knappschaftliche Pensionsversicherung ...	15	
3. Unterabschnitt: Freiwillige Versicherung.		
Weiterversicherung in der Krankenversicherung	16	
Weiterversicherung in der Pensionsversicherung	17	
Selbstversicherung in der Krankenversicherung für selbständige Landwirte und ihre Familienangehörigen sowie für sonstige selbständig Erwerbstätige	18	
Selbstversicherung in der Unfallversicherung	19	
Höherversicherung in der Unfallversicherung und in der Pensionsversicherung	20	
4. Unterabschnitt: Formalversicherung.		
a) in der Pflichtversicherung	21	
b) in der freiwilligen Versicherung	22	
Abschnitt III: Versicherungsträger und ihre Zuständigkeit. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.		
1. Unterabschnitt: Träger der Versicherung und ihre Aufgaben.		
Träger der Krankenversicherung	23	
Träger der Unfallversicherung	24	
Träger der Pensionsversicherung	25	
2. Unterabschnitt: Zuständigkeit der Versicherungsträger.		
	§	
Sachliche Zuständigkeit der Träger der Krankenversicherung	26	
Land- und forstwirtschaftliche Betriebe	27	
Sachliche Zuständigkeit der Träger der Unfallversicherung	28	
Sachliche Zuständigkeit der Träger der Pensionsversicherung	29	
Örtliche Zuständigkeit der Gebiets- und Landwirtschaftskrankenkassen	30	
3. Unterabschnitt: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger		31
4. Unterabschnitt: Rechtliche Stellung der Versicherungsträger und des Hauptverbandes		32
Abschnitt IV: Meldungen und Auskunftspflicht.		
An- und Abmeldung der Pflichtversicherten ..	33	
Meldung von Änderungen	34	
Dienstgeber	35	
Sonstige meldepflichtige Personen (Stellen) ..	36	
Meldung nur unfallversicherter Personen ..	37	
Meldungen in der Krankenversicherung der Rentner	38	
Meldungen der freiwillig Versicherten	39	
Meldungen der Leistungsempfänger	40	
Form der Meldungen	41	
Auskunftspflicht der meldepflichtigen Personen	42	
Auskunftspflicht der Versicherten und der Leistungsempfänger	43	
Abschnitt V: Mittel der Sozialversicherung.		
1. Unterabschnitt: Beiträge zur Pflichtversicherung auf Grund des Arbeitsverdienstes (Erwerbseinkommens).		
Allgemeine Beitragsgrundlage, Entgelt	44	
Höchstbeitragsgrundlagen	45	
Allgemeine Beitragsgrundlage nach Lohnstufen	46	
Allgemeine Beitragsgrundlage für Zeiten einer Arbeitsunterbrechung infolge Urlaubes ohne Entgeltzahlung	47	
Allgemeine Beitragsgrundlage bei verspäteter Anmeldung	48	
Entgelt	49	
Bewertung von Sachbezügen	50	
Allgemeine Beiträge für Vollversicherte ..	51	
Allgemeine Beiträge für Teilversicherte	52	
Sondervorschriften über die Aufteilung des allgemeinen Beitrages	53	
Sonderbeiträge	54	
Dauer der Beitragspflicht	55	

Abschnitt II: Leistungen im Besonderen.

1. Unterabschnitt: Krankenbehandlung.	
	§
Umfang der Krankenbehandlung	133
Dauer der Krankenbehandlung	134
Ärztliche Hilfe	135
Heilmittel	136
Heilbehelfe	137
2. Unterabschnitt: Krankengeld.	
Anspruchsberechtigung	138
Dauer des Krankengeldanspruches	139
Anrechnung von Zeiten auf die Höchstdauer des Krankengeldbezuges	140
Höhe des Krankengeldes	141
Versagung des Krankengeldes	142
Ruhen des Krankengeldanspruches	143
3. Unterabschnitt: Anstaltspflege, Familien(Tag)geld.	
Gewährung der Pflege in einer öffentlichen Krankenanstalt	144
Einweisung in eine öffentliche Krankenanstalt	145
Höchstdauer der Pflege in öffentlichen Krankenanstalten für Versicherte	146
Höchstdauer der Pflege in öffentlichen Krankenanstalten für Angehörige	147
Beziehungen zu den öffentlichen Krankenanstalten	148
Einweisung in nichtöffentliche Krankenanstalten und Beziehungen zu diesen Anstalten	149
Kostenersatz an den Versicherten bei Anstaltspflege	150
Hauspflege an Stelle von Anstaltspflege	151
Familien- und Taggeld	152
4. Unterabschnitt: Zahnbehandlung und Zahnersatz; Hilfe bei körperlichen Gebrechen.	
Zahnbehandlung und Zahnersatz	153
Hilfe bei körperlichen Gebrechen	154
5. Unterabschnitt: Erweiterte Heilfürsorge; Krankheitsverhütung.	
Erweiterte Heilfürsorge	155
Krankheitsverhütung	156
6. Unterabschnitt: Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft.	
Umfang des Versicherungsschutzes	157
Anspruchsberechtigung	158
Hebammen- und ärztlicher Beistand	159
Heilmittel und Heilbehelfe	160
Pflege in einer Krankenanstalt (in einem Entbindungsheim)	161
Wochengeld	162
Stillgeld	163
Entbindungsbeitrag	164
Zusammentreffen von Ansprüchen auf Wochengeld und Krankengeld	165
Ruhen des Wochengeldes	166
Wochen- und Stillgeld beim Tod der Wöchnerin	167
Ersatzleistung des Bundes	168
7. Unterabschnitt: Leistungen aus dem Versicherungsfall des Todes.	
Sterbegeld	169
Anspruchsberechtigte Personen	170
Höhe des Sterbegeldes	171

DRITTER TEIL

Unfallversicherung

Abschnitt I: Gemeinsame Bestimmungen.	
	§
Aufgaben	172
Leistungen	173
Eintritt des Versicherungsfalles	174
Arbeitsunfall	175
Arbeitsunfällen gleichgestellte Unfälle	176
Berufskrankheiten	177
Bemessungsgrundlage für die Geldleistungen; Allgemeines	178
Bemessungsgrundlage unter Berücksichtigung der Beitragsgrundlagen	179
Besondere Bemessungsgrundlage für Jugendliche	180
Bemessungsgrundlage nach festen Beträgen ..	181
Festsetzung der Bemessungsgrundlage nach billigem Ermessen	182
Neufeststellung der Rente	183
Abfindung von Renten	184
Abschnitt II: Unfallverhütung; Vorsorge für eine erste Hilfeleistung.	
Verpflichtung zur Unfallverhütung und Vorsorge für eine erste Hilfeleistung	185
Mittel der Unfallverhütung	186
Unfallverhütungsdienst	187
Zusammenarbeit mit Behörden und Körperschaften	188
Abschnitt III: Leistungen.	
1. Unterabschnitt: Leistungen im Falle einer körperlichen Schädigung des Versicherten.	
Unfallheilbehandlung	189
Dauer der Unfallheilbehandlung	190
Gewährung der Unfallheilbehandlung durch den Träger der Unfallversicherung	191
Unfallheilbehandlung für selbständig Erwerbstätige und ihre mitversicherten Angehörigen	192
Durchführung der Unfallheilbehandlung ..	193
Richtlinien für die Unfallheilbehandlung ..	194
Familien- und Taggeld bei Gewährung der Anstaltspflege als Unfallheilbehandlung ..	195
Besondere Unterstützung	196
Versagung der Versehrtenrente bei Zuwiderhandlung	197
Berufsfürsorge	198
Berufliche Ausbildung	199
Hilfe zur Erlangung einer Arbeitsstelle, Zuschüsse	200
Zusammenwirken mit den Landesarbeitsämtern und Arbeitsämtern	201
Körperersatzstücke, orthopädische Behelfe und andere Hilfsmittel	202
Anspruch auf Versehrtenrente	203
Anfall der Versehrtenrente	204
Bemessung der Versehrtenrente	205
Hilflosenzuschuß	206
Kinderzuschuß	207
Ruhen der Versehrtenrente bei Anstaltspflege	208
Vorläufige Versehrtenrente, Gesamtvergütung	209
Entschädigung nach mehreren Versicherungsfällen	210
Übergangsrente und Übergangsgeld	211
Versehrtengeld aus der Unfallversicherung ..	212
Witwenbeihilfe	213

§	
2. Unterabschnitt: Leistungen im Falle des Todes des Versicherten.	
Sterbegeld	214
Witwenrente	215
Witwerrente	216
Eheschließung nach dem Eintritt des Versicherungsfalles	217
Waisenrente	218
Eltern- und Geschwisterrente	219
Höchstausmaß der Hinterbliebenenrenten ..	220

VIERTER TEIL

Pensionsversicherung

Abschnitt I: Gemeinsame Bestimmungen.

Aufgaben und Gliederung der Pensionsversicherung	221
Leistungen der Pensionsversicherung	222
Eintritt des Versicherungsfalles	223
Versicherungszeiten	224
Beitragszeiten nach dem Inkrafttreten dieses Bundesgesetzes	225
Beitragszeiten vor dem Inkrafttreten dieses Bundesgesetzes	226
Ersatzzeiten nach dem Inkrafttreten dieses Bundesgesetzes	227
Ersatzzeiten allgemeiner Art aus der Zeit vor dem Inkrafttreten dieses Bundesgesetzes ..	228
Ersatzzeiten für einzelne Zweige der Pensionsversicherung aus der Zeit vor dem Inkrafttreten dieses Bundesgesetzes	229
Unwirksame Beiträge	230
Versicherungsmonate, Begriff	231
Versicherungsmonate, Arten	232
Anrechenbarkeit der Versicherungsmonate ..	233
Neutrale Monate	234
Allgemeine Voraussetzungen der Leistungsansprüche	235
Wartezeit	236
Dritteldeckung	237
Bemessungsgrundlage	238
Bemessungsgrundlage nach Vollendung des 45. Lebensjahres	239
Bemessungsgrundlage aus einem früheren Versicherungsfall	240
Bemessungsgrundlage bei Nichterfüllung der Wartezeit	241
Berücksichtigung der Beitragsgrundlagen in der Bemessungsgrundlage	242
Beitragsgrundlage in normalen Fällen	243
Beitragsgrundlage in besonderen Fällen ..	244
Leistungszugehörigkeit des Versicherten in der Pensionsversicherung	245
Leistungszuständigkeit der Versicherungsträger	246
Ersatzanspruch des leistungszuständigen Versicherungsträgers	247
Höherversicherung, Berücksichtigung in der Leistung	248
Annahme der Höherversicherung bei sich deckenden Versicherungszeiten und bei Sonderbeiträgen	249
Sonderbestimmungen für ehemalige Versicherte der Sonderversicherungsanstalten und der Pensionsinstitute der österreichischen Privatbahnen	250
Sonderbestimmungen für Ersatzzeiten nach § 228 Abs. 1 Z. 2	251
Kinder	252

Abschnitt II: Pensionsversicherung der Arbeiter.

Altersrente	253
Invaliditätsrente	254

§	
Begriff der Invalidität	255
Zeitlich begrenzte Invaliditätsrente	256
Hinterbliebenenrenten	257
Witwenrente	258
Witwerrente	259
Waisenrente	260
Alters(Invaliditäts)rente, Ausmaß	261
Kinderzuschüsse	262
Hilflosenzuschuß	263
Witwen(Witwer)rente, Ausmaß	264
Abfertigung der Witwenrente	265
Waisenrente, Ausmaß	266
Höchstausmaß der Hinterbliebenenrenten ..	267
Ausstattungsbeitrag	268
Abfindung	269

Abschnitt III: Pensionsversicherung der Angestellten.

Leistungen mit Ausnahme der Berufsunfähigkeitsrente	270
Berufsunfähigkeitsrente	271
Berufsunfähigkeitsrente bei Arbeitslosigkeit ..	272
Begriff der Berufsunfähigkeit	273
Berufsunfähigkeitsrente, Ausmaß	274

Abschnitt IV: Knappschaftliche Pensionsversicherung.

Knappschaftssold	275
Knappschaftsaltersrente	276
Knappschaftsrente	277
Begriff der Dienstunfähigkeit	278
Knappschaftsvollrente	279
Begriff der Invalidität	280
Bergmannstreuegeld	281
Hinterbliebenenrenten	282
Knappschaftssold, Ausmaß	283
Knappschafts(alters)vollrente, Ausmaß	284
Knappschaftsrente, Ausmaß	285
Kinderzuschüsse	286
Hilflosenzuschuß	287
Bergmannstreuegeld, Ausmaß	288
Hinterbliebenenrenten, Ausmaß	289
Ausstattungsbeitrag	290
Abfindung	291

Abschnitt V: Ausgleichszulage zu Renten aus der Pensionsversicherung.

Voraussetzungen für den Anspruch auf Ausgleichszulage	292
Anwendung der Bestimmungen über die Renten auf die Ausgleichszulage	293
Höhe der Ausgleichszulage	294
Ausgleichszulage und Ruhebestimmungen ..	295
Feststellung der Ausgleichszulage	296
Verwaltungshilfe der Fürsorgeverbände ..	297
Anzeigenpflicht für Änderungen des Gesamteinkommens	298
Tragung des Aufwandes für die Ausgleichszulage	299

Abschnitt VI: Gesundheitsfürsorge.

Allgemeine Maßnahmen	300
Heilverfahren	301
Familien- und Taggeld	302
Heilverfahren und Rente	303
Übertragung des Heilverfahrens an einen Krankenversicherungsträger	304
Verweigerung des Heilverfahrens durch den Versicherten	305
Besondere Gesundheitsfürsorge in der knappschaftlichen Pensionsversicherung	306
Zusammenwirken der Versicherungsträger ..	307

Abschnitt VII: Aufnahme in ein Pensionsversicherungsfreies Dienstverhältnis und Ausscheiden aus einem solchen.	
1. Unterabschnitt: Aufnahme in ein pensionsversicherungsfreies Dienstverhältnis.	§
Überweisungsbetrag	308
Fälligkeit der Überweisungsbeträge	312
an den Versicherten zu erstattenden Beiträge	309
Wirkung der Zahlung des Überweisungsbetrages und der Erstattung der Beiträge an den Versicherten	310
2. Unterabschnitt: Ausscheiden aus einem pensionsversicherungsfreien Dienstverhältnis.	
Überweisungsbeträge	311
Fälligkeit der Überweisungsbeträge	313
Wirkung der Zahlung der Überweisungsbeträge	313
Abschnitt VIII: Ausscheiden aus der Pensionsversicherung aus Anlaß der Aufnahme einer selbständigen Erwerbstätigkeit	
	314
FÜNFTER TEIL	
Beziehungen der Versicherungsträger (Verbände) zueinander und Ersatzleistungen.	
Haftung des Dienstgebers bei Arbeitsunfällen.	
Abschnitt I: Beziehungen der Versicherungsträger zueinander.	
	§
1. Unterabschnitt: Ersatzansprüche im Verhältnis zwischen Kranken- und Unfallversicherung.	
Ersatzanspruch des Trägers der Krankenversicherung	315
Ersatzanspruch des Trägers der Unfallversicherung	316
Ausmaß des Ersatzanspruches	317
Festsetzung des Inhaltes der Vereinbarung (§ 317 Abs. 3) durch das Bundesministerium für soziale Verwaltung	318
Geltendmachung des Ersatzanspruches	319
2. Unterabschnitt: Ersatzansprüche im Verhältnis zwischen Kranken- und Pensionsversicherung.	
Ersatz von Kosten des Heilverfahrens ...	320
3. Unterabschnitt: Zusammenarbeit der Versicherungsträger (Verbände).	
Gegenseitige Verwaltungshilfe	321
Verplegskosten in den Einrichtungen der Sozialversicherungsträger	322
Abschnitt II: Beziehungen der Versicherungsträger zu den Fürsorgeträgern.	
Pflichten der Fürsorgeträger	323
Ersatzanspruch des Fürsorgeträgers	324
Ersatzleistungen aus der Krankenversicherung	325
Ersatzleistungen aus der Unfallversicherung	326
Ersatzleistungen aus der Pensionsversicherung	327
Abgeltung des Ersatzanspruches bei Krankenbehandlung	328
Abzug von den Geldleistungen der Sozialversicherung	329
Frist für die Geltendmachung des Ersatzanspruches	330
Abschnitt III: Bevorschussung von Renten aus der Pensionsversicherung aus den Mitteln der Arbeitslosenversicherung	
	331
Abschnitt IV: Schadenersatz und Haftung.	
Übergang von Schadenersatzansprüchen auf die Versicherungsträger	332

	§
Einschränkung der Schadenersatzpflicht des Dienstgebers gegenüber dem Dienstnehmer bei Arbeitsunfällen (Berufskrankheiten) ...	333
Haftung des Dienstgebers bei Arbeitsunfällen (Berufskrankheiten) gegenüber den Trägern der Sozialversicherung	334
Schadenersatzpflicht und Haftung bei juristischen Personen	335
Konkurrenz von Ersatzansprüchen mehrerer Versicherungsträger	336
Verjährung der Ersatzansprüche	337

SECHSTER TEIL

Beziehungen der Träger der Sozialversicherung und ihrer Verbände zu den Ärzten, Dentisten, Hebammen, Apothekern, Krankenanstalten und anderen Vertragspartnern

	§
Abschnitt I: Gemeinsame Bestimmungen.	
Regelung durch Verträge	338
Einholung von Stellungnahmen durch die Träger der Krankenversicherung	339
Abschnitt II: Beziehungen der Träger der Sozialversicherung und ihrer Verbände zu den Ärzten.	
Arzteausschüsse	340
Gesamtverträge	341
Inhalt der Gesamtverträge	342
Aufnahme der Ärzte in den Vertrag und Auflösung des Vertragsverhältnisses	343
Entscheidung von Streitigkeiten aus dem Einzelvertrag	344
Entscheidung von Streitigkeiten aus dem Gesamtvertrag	345
Obereinigungskommission	346
Allgemeine Bestimmungen über die Kommissionen	347
Bestimmung des Inhaltes eines Gesamtvertrages durch die Obereinigungskommission	348
Abschnitt III: Beziehungen der Träger der Sozialversicherung und ihrer Verbände zu anderen Vertragspartnern.	
Gesamtverträge	349
Abgabe von Heilmitteln	350
Entscheidung von Streitigkeiten aus dem Einzel- und Gesamtvertrag	351

SIEBENTER TEIL

Verfahren

Abschnitt I: Allgemeine Bestimmungen.	
1. Unterabschnitt: Arten des Verfahrens.	
	§
Geltungsbereich der Regelung	352
Verfahrensarten	353
Leistungssachen	354
Verwaltungssachen	355
Zuständigkeit der Gerichte	356
2. Unterabschnitt: Gemeinsame Bestimmungen für das Verfahren in Verwaltungs- und in Leistungssachen vor den Versicherungsträgern.	
Anwendung des Allgemeinen Verwaltungsverfahrensgesetzes	357
Vernehmungen	358
Kosten des Verfahrens	359
Rechts- und Verwaltungshilfe	360

Abschnitt II: Verfahren in Leistungssachen.

1. Unterabschnitt: Feststellung von Leistungsansprüchen durch die Versicherungsträger.

Einleitung des Verfahrens	361
Zurückweisung von Leistungsanträgen in der Unfall- und Pensionsversicherung	362
Unfallsanzeige	363
Erhebung von Arbeitsunfällen durch den Versicherungsträger	364
Behördliche Erhebung von Arbeitsunfällen ..	365
Mitwirkung des Anspruchswerbers oder Anspruchsberechtigten	366
Bescheide der Versicherungsträger in Leistungssachen	367
Frist für die Bescheiderteilung	368

2. Unterabschnitt: Verfahren über Ersatzansprüche der Fürsorge-träger und Gemeinden gemäß Abschnitt II des Fünften Teiles 369

3. Unterabschnitt: Leistungsstreitverfahren erster Instanz.

Schiedsgerichte, Sitz und Bezeichnung	370
Sachliche Zuständigkeit der Schiedsgerichte .	371
Örtliche Zuständigkeit der Schiedsgerichte .	372
Amtswegige Wahrnehmung der Zuständigkeit durch die Schiedsgerichte	373
Streitigkeiten über die örtliche Zuständigkeit.	374
Delegierung	375
Zusammensetzung der Schiedsgerichte	376
Ablehnung der Berufung zum Beisitzer, Amtsniederlegung und Amtsenthebung des Beisitzers	377
Rechtsstellung der Mitglieder der Schiedsgerichte	378
Entschädigungsansprüche, Ordnungsstrafen und Urlaube für Beisitzer	379
Ablehnung von Mitgliedern des Schiedsgerichtes	380
Abteilungen des Schiedsgerichtes	381
Senate	382
Einleitung des Verfahrens	383
Wirkung der Einbringung der Klage	384
Zurücknahme und Änderung der Klage	385
Vertretung vor dem Schiedsgerichte	386
Grundsätze des schiedsgerichtlichen Verfahrens	387
Vorbereitendes Verfahren	388
Mündliche Verhandlung, Protokoll	389
Beschlußfassung des Senates	390
Urteile, Inhalt	391
Urteil, Verkündung und schriftliche Ausfertigung	392
Beschlüsse	393
Rechtsmittelbelehrung	394
Vollstreckung von Urteilen und Beschlüssen der Schiedsgerichte	395
Anwendung der Zivilprozeßordnung und Geschäftsordnung für die Gerichte I. und II. Instanz	396
Kanzleigeschäfte der Schiedsgerichte	397
Aufsicht über die Schiedsgerichte	398
Kosten der Schiedsgerichte	399

4. Unterabschnitt: Leistungsstreitverfahren zweiter Instanz.

Berufung	400
Rekurs	401
Verfahren	402, 403
Gutachten des Oberlandesgerichtes Wien	404, 405

5. Unterabschnitt: Gemeinsame Bestimmungen für das Leistungsstreitverfahren erster und zweiter Instanz.

Kosten der Partei	406, 407
-------------------------	----------

6. Unterabschnitt: Gemeinsame Bestimmungen für das Verfahren vor den Versicherungsträgern und für das Leistungsstreitverfahren erster und zweiter Instanz. Fortsetzung des Verfahrens durch die Angehörigen

408

Abschnitt III: Verfahren in Verwaltungssachen.

1. Unterabschnitt: Verfahren vor den Versicherungsträgern.

Zuständigkeit der Versicherungsträger in Verwaltungssachen	409
Bescheide der Versicherungsträger in Verwaltungssachen	410
Wirkung der Bescheide der Krankenversicherungsträger in anderen Versicherungen	411
Einspruch gegen Bescheide der Versicherungsträger	412

2. Unterabschnitt: Verfahren vor den Verwaltungsbehörden.

Sachliche Zuständigkeit des Landeshauptmannes	413
Örtliche Zuständigkeit des Landeshauptmannes	414
Rechtszug an das Bundesministerium für soziale Verwaltung	415
Sonstige Entscheidungsbefugnisse des Bundesministeriums für soziale Verwaltung	416
Nichtigerklärung von Bescheiden	417

ACHTER TEIL

Aufbau der Verwaltung

Abschnitt I: Haupt-, Landes- und Außenstellen 418

Abschnitt II: Verwaltungskörper der Versicherungsträger.

Arten der Verwaltungskörper	419
Versicherungsvertreter	420
Bestellung der Versicherungsvertreter	421
Ablehnung des Amtes	422
Enthebung von Versicherungsvertretern ...	423
Haftung der Versicherungsvertreter	424
Amtsdauer	425
Zusammensetzung der Verwaltungskörper ..	426
Hauptversammlung	427
Vorstand	428
Überwachungsausschuß	429
Landesstellenausschüsse	430
Vorsitz in den Verwaltungskörpern	431
Angelobung der Versicherungsvertreter	432

Abschnitt III: Verwaltungskörper des Hauptverbandes.

Arten und Zusammensetzung der Verwaltungskörper	433
Vorsitz im Hauptverband; Angelobung ...	434

Abschnitt IV: Aufgaben der Verwaltungskörper.

Aufgaben der Hauptversammlung	435
Aufgaben des Vorstandes und seiner Ausschüsse	436
Aufgaben des Überwachungsausschusses	437
Gemeinsame Aufgaben des Vorstandes und des Überwachungsausschusses; Aufgaben des erweiterten Vorstandes	438
Aufgaben der Landesstellenausschüsse	439

	§
Aufgaben der Sektionsausschüsse	440
Aufgaben der Rentenausschüsse	441
Sitzungen	442
Abschnitt V: Vermögensverwaltung.	
Jahresvoranschlag	443
Rechnungsabschluß und Nachweisungen	444
Sondervorschriften für Betriebskrankenkassen	445
Vermögensanlage	446
Genehmigungsbedürftige Veränderungen von Vermögensbeständen	447
Abschnitt VI: Aufsicht des Bundes.	
Aufsichtsbehörden	448
Aufgaben der Aufsicht	449
Entscheidungsbefugnis	450
Vorläufiger Verwalter	451
Kosten der Aufsicht	452
Abschnitt VII: Satzung und Krankenordnung.	
Gemeinsame Bestimmungen	453
Satzung des Hauptverbandes	454
Genehmigungspflicht	455
Krankenordnung der Träger der Krankenversicherung	456
Abschnitt VIII: Versicherungsunterlagen für die Pensionsversicherung.	
Führung der Versicherungsunterlagen	457
Mitwirkung der Behörden der Arbeitslosenversicherung und der Kriegsoferversorgung	458
Nähere Vorschrift über die Führung der Versicherungsunterlagen	459
Abschnitt IX: Bedienstete	460

NEUNTER TEIL

Sonderbestimmungen

Abschnitt I: Versicherung der unständig beschäftigten Arbeiter in der Land- und Forstwirtschaft.

	§
Umfang der Versicherung	461
Begriff des unständig beschäftigten Arbeiters	462
Weiterversicherung	463
Meldungen	464
Ausweis	465
Versicherungsbeiträge	466
Abweichende Regelung der Meldungen und Versicherungsbeiträge	467
Leistungen aus der Krankenversicherung	468
Leistungen aus der Unfallversicherung	469
Leistungen aus der Pensionsversicherung	470
Meldestellen	471

Abschnitt II: Versicherung der Bediensteten der dem öffentlichen Verkehr dienenden Eisenbahnen.

1. Unterabschnitt: Krankenversicherung.	
Krankenversicherung der Beamten der Österreichischen Bundesbahnen	472
Träger der Krankenversicherung	473
Leistungen in der allgemeinen Krankenversicherung der Eisenbahnbediensteten	474
Regelung aus Anlaß der Aufnahme in ein öffentlich-rechtliches Dienstverhältnis oder beim Ausscheiden aus einem solchen	475
2. Unterabschnitt: Unfallversicherung.	
Unfallversicherung von Bundesbediensteten, die durch die Eisenbahnen kostenlos befördert werden müssen	476
Erhöhung der Renten bei Entfall des Schadenersatzanspruches gegen das Eisenbahnunternehmen	477

3. Unterabschnitt: Pensionsversicherung.	
Zusätzliche Pensionsversicherung bei der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen	478
Zusätzliche Pensionsversicherung von Bediensteten von Privatbahnunternehmungen.	479

Abschnitt III: Sondersicherungen.

1. Unterabschnitt: Gemeinsame Sonderbestimmungen über die Krankenversicherung der Bundesangestellten, die Meisterkrankenversicherung und die Notarversicherung.	
Anwendung von Bestimmungen des Ersten bis Achten Teiles	480
Satzung und Krankenordnung	481
2. Unterabschnitt: Sonderbestimmungen über die Krankenversicherung der Bundesangestellten.	
Verwaltungskörper	482
Erweiterung des Kreises der nach dem Bundesangestellten-Krankenversicherungsgesetz 1937 Pflichtversicherten	483
Empfänger außerordentlicher Ruhe(Versorgungs)genüsse	484
Anstaltsangehörige	485
Ruhen des Leistungsanspruches	486
Einbeziehung von Angestellten anderer Körperschaften in die Krankenversicherung der Bundesangestellten	487
Versicherungsbeiträge	488
Aufnahme in ein öffentlich-rechtliches Dienstverhältnis oder Ausscheiden aus einem solchen	489
3. Unterabschnitt: Sonderbestimmungen über die Meisterkrankenversicherung.	
Weitergeltung bisheriger Vorschriften über die Meisterkrankenversicherung	490
Anwendung sonstiger Bestimmungen des Ersten, Zweiten, Fünften und Siebenten Teiles in der Meisterkrankenversicherung ..	491
Befreiung von der Krankenversicherung ..	492
Verband der Meisterkrankenstellen	493
4. Unterabschnitt: Sonderbestimmungen über die Notarversicherung.	
Verwaltungskörper	494
Übernahme der Ansprüche und Anwartschaften aus der Ruhestands- und Hinterbliebenenversorgung der Notarkasse in München	495
Versicherungsbeiträge	496
Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz und Pensionsversicherung nach dem Notarversicherungsgesetz	497 bis 498
Ausscheiden aus einem pensionsversicherungsfreien Dienstverhältnis bei nachfolgendem Übertritt in die Pensionsversicherung nach dem Notarversicherungsgesetz	499
Abschnitt IV: Begünstigungen für Geschädigte aus politischen oder religiösen Gründen oder aus Gründen der Abstammung.	
Begünstigter Personenkreis	500
Wiederaufleben von Rentenansprüchen ...	501
Begünstigte Erwerbung von Anwartschaften und Ansprüchen	502
Auslandsaufenthalt	503
Erwerbung einer fremden Staatsbürgerschaft	504
Weiterversicherung in der Krankenversicherung	505
Verfahren	506

ZEHNTER TEIL

Übergangs- und Schlußbestimmungen

Abschnitt I: Übergangsbestimmungen.

1. Unterabschnitt: Übergangsbestimmungen zum Ersten Teil (Allgemeine Bestimmungen) mit Ausnahme des Abschnittes VI. Fortdauer einer nach früherer Vorschrift bestehenden Pflichtversicherung	507
Aufkündigung von Versicherungsverträgen	508
Einbeziehung von bisher durch Gewährung der Krankenpflege betreuten Personen in die Krankenversicherung	509
Befreiung von der Meisterkrankenversicherung	510
Einbeziehung bisher versicherungsfreier Dienstnehmer in die Pflichtversicherung	511
Ausnahme der Bediensteten der Donau-Save-Adria-Eisenbahn-Gesellschaft von der Versicherungspflicht	512
Bisherige Zusatzversicherungen in der Krankenversicherung	513
Sonderbestimmungen über die Versicherungszugehörigkeit auf Grund der bisherigen Versicherungspflicht in einer Rentenversicherung	514
Fortdauer einer nach früherer Vorschrift bestehenden Weiterversicherung, Selbstversicherung oder Zusatzversicherung der Unternehmer	515
Verlängerte Frist für die Weiterversicherung in der Pensionsversicherung in der Übergangszeit	516
Umbenennung bisheriger Versicherungsträger	517
Aufhebung der Eigenunfallversicherung der Gemeinde Wien	518
Bisherige Zuständigkeit in der Krankenversicherung der Rentner	519
Meldungen der bisherigen Leistungsempfänger	520
Beitragsgrundlage bei bisheriger freiwilliger Rentenversicherung	521
2. Unterabschnitt: Übergangsbestimmungen zum Abschnitt VI des Ersten Teiles, zum Zweiten bis Vierten und Neunten Teil (Leistungen).	
Anwendung des Leistungsrechtes	522
Bemessungsgrundlage für Leistungen aus der Unfallversicherung	523

§

Entschädigung nach mehreren Versicherungsfällen in der Unfallversicherung	524
Leistungen bei Berufskrankheiten	525
Höchstbetrag der Bemessungsgrundlage aus der Pensionsversicherung	526
Pensionsversicherungsfreies Dienstverhältnis	527
Zusammentreffen eines Ruhe(Versorgungs-)genußanspruches aus einem pensionsversicherungsfreien Dienstverhältnis mit einem Rentenanspruch aus der Pensionsversicherung	528
Nachversicherung und Leistung von Überweisungsbeiträgen für pensionsversicherungsfreie Dienstverhältnisse bei reichsdeutschen Dienststellen	529
Anrechenbarkeit von Versicherungszeiten in der Pensionsversicherung	530
Außerordentliche Nachentrichtung von Beiträgen	531
3. Unterabschnitt: Übergangsbestimmungen zum Sechsten Teil.	
Regelung der Beziehungen der Träger der Sozialversicherung und ihrer Verbände zu den im Sechsten Teil genannten Vertragspartnern	532
4. Unterabschnitt: Übergangsbestimmungen zum Siebenten Teil (Verfahren) und zum Achten Teil (Aufbau der Verwaltung).	
Anwendung der Verfahrensbestimmungen	533
Amts-dauer der Verwaltungskörper	534
Dienst-, besoldungs- und pensionsrechtliche Verhältnisse der Bediensteten der Sozialversicherungsträger (Verbände)	535
Vermögensanlagen	536
Abschnitt II: Schlußbestimmungen.	
Rechtsunwirksame Vereinbarungen	537
Zusätzliche Aufgaben der Versicherungsträger (Verbände)	538
Einstellung von Leistungen und Unwirksam-erklärung des Nachlasses von Verbindlichkeiten aus der Sozialversicherung auf Grund des Verbotsgesetzes 1947	539
Übergangsbestimmungen für begünstigte Personen	540
Aufhebung bisheriger Vorschriften	541
Sonderbeiträge in der Arbeitslosenversicherung	542
Wirksamkeitsbeginn	543
Vollzug des Bundesgesetzes	544