

## 613 der Beilagen zu den stenographischen Protokollen des Nationalrates VII. GP.

# Bericht

## des Ausschusses für soziale Verwaltung

über die Regierungsvorlage (599 der Beilagen): Bundesgesetz über die Allgemeine Sozialversicherung (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz — ASVG.).

### Allgemeine Bemerkungen.

(1) Mehr als zehn Jahre sind seit der Befreiung Österreichs verstrichen, aber noch immer gilt das mit 1. Jänner 1939 eingeführte deutsche Recht über die Sozialversicherung. Noch immer müssen von den Versicherten, deren Dienstgebern, den Trägern der Sozialversicherung und den Verwaltungsbehörden beziehungsweise den Gerichten die Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung, des deutschen Angestelltenversicherungsgesetzes, der deutschen knappschaftlichen Sozialversicherung sowie zahlloser, während dieser Zeit ergangener Erlässe, Verordnungen, Bekanntmachungen usw. angewendet werden. Dazu kommen Bestimmungen aus der Zeit vor dem 1. Jänner 1939, somit altösterreichisches Recht, und in erheblichem Maße auch Überleitungs- und Anpassungsbestimmungen aus der Zeit nach der Befreiung. Es wurde wiederholt festgestellt, daß dieses Chaos auf einem Rechtsgebiet, das so tief in die Lebensverhältnisse der gesamten österreichischen Bevölkerung eingreift, unerträglich ist. Der Nationalrat hat daher schon in seiner Sitzung vom 25. Juli 1951 in einer einstimmig angenommenen EntschlieÙung die Bundesregierung aufgefordert, dem Nationalrat nach Beginn der Herbsttagung 1951/1952 ehestens ein umfassendes Reformprogramm für die gesamte Sozialversicherung vorzulegen. Wenn sich die Einbringung einer Regierungsvorlage hierüber infolge der umfangreichen Vorarbeiten auch verzögert hat, so stellt der Ausschuß doch mit Befriedigung fest, daß die Regierungsvorlage dieser EntschlieÙung Rechnung trägt und den Ersatz aller dieser in mehreren tausend Paragraphen verstreuten Bestimmungen durch ein österreichisches Gesetz vorsieht.

(2) Der Ausschuß ist sich der Schwierigkeiten voll bewußt gewesen, die einer solchen Kodifikationsarbeit entgegenstanden. Zunächst liegt hier ein Rechtsgebiet vor, das einen bedeutenden Umfang innerhalb der Rechtsordnung erreicht hat. Daran trägt zum Teil auch die stark kasuistische Regelung der Reichsversicherungsordnung, der Bestimmungen des derzeitigen Angestelltenversicherungsgesetzes usw. schuld. Es war daher schon überaus schwierig, den ins Ungemessene angeschwollenen Rechtsstoff durchzusehen, zusammenzufassen und in eine wesentlich verkürzte Form zu bringen. Eine weitere Schwierigkeit bestand darin, daß die Aufrechterhaltung aller erworbenen Begünstigungen für die Versicherten und die sonst anspruchsberechtigten Personen notwendig war. Gerade diese Rücksichtnahme auf bestehende Anwartschaften stand einer einfachen, kurzgefaßten und auch allgemein leicht verständlichen Formulierung entgegen. Dazu kommt, daß es überaus schwierig ist, versicherungstechnische Formeln in die Gesetzessprache zu kleiden. Der Ausschuß möchte es dahingestellt sein lassen, ob es nicht möglich gewesen wäre, trotz dieser von ihm voll und ganz anerkannten Schwierigkeiten, dennoch einzelne Bestimmungen verständlicher zu fassen beziehungsweise überlange Paragraphen zu zerlegen. Der Ausschuß hat sich jedoch entschlossen, solche Abänderungen im allgemeinen nicht vorzuschlagen, weil die Schwierigkeiten der Materie, vor allem im Bereich der Pensionsversicherung, eine solche sprachliche Umformung in kurzer Zeit im Rahmen von Ausschußberatungen nicht zuläßt. Eine Verzögerung der Gesetzzerdung aus diesem Grunde hätte sich jedoch keineswegs rechtfertigen lassen. Schließlich darf nicht übersehen werden, daß im Hinblick auf die an dem Gesetzesentwurf beteiligten Interessen eine Unzahl von Wünschen, Beschwerden und Abänderungsvorschlägen den ganzen Werdegang des Gesetzesentwurfes sozusagen bis zur letzten Minute begleitet haben. Das ist an sich verständ-

lich, weil in irgendeiner Form tatsächlich die gesamte Bevölkerung von den Auswirkungen des Gesetzentwurfes erfaßt wird. Es ist vor allem begreiflich, daß die Versicherten und die bereits in einem Leistungsbezug stehenden Rentner Verbesserungswünsche zu der Regierungsvorlage erhoben haben. Leider war es dem Ausschuß nicht möglich, diese Wünsche im vollen Umfange zu berücksichtigen, vor allem deshalb, weil eine ins Gewicht fallende weitere Belastung der Gendarung der Versicherungsträger beziehungsweise der beteiligten Bundesfinanzen gerade im Bereiche der Pensionsversicherung vermieden werden mußte. Da eine Deckung für diese Mehrausgaben im Augenblick nicht beigestellt werden konnte, war es ausgeschlossen, alle Anträge zu berücksichtigen; dies gilt vor allem für Wünsche, die aus dem Kreise der sogenannten „Altrentner“ kamen und im wesentlichen auf eine Rechtsangleichung hinausliefen, die vor allem aus finanziellen Gründen unmöglich war.

(3) Das Ziel des Gesetzentwurfes liegt keineswegs in einer allumfassenden und grundlegenden Sozialreform. Ursprünglich bestand überhaupt nur die Absicht, das bestehende Recht in einem österreichischen Gesetzeswerk zu kodifizieren. Über dieses Ziel wurde auch hinsichtlich der Kranken- und Unfallversicherung nicht hinausgegangen. Hier finden sich wohl Verbesserungen, ohne daß jedoch die Grundzüge der bisherigen Regelung verändert wurden. Die Verbesserungen selbst mußten in dem Rahmen gehalten werden, der durch die finanzielle Basis der Kranken- und Unfallversicherung gezogen ist. Im Bereiche der Pensionsversicherung allerdings war es nicht möglich, einfach das bisherige Recht materiell zu übernehmen und sich lediglich auf eine neue Fassung zu beschränken. Vor allem die Rentenberechnung wurde grundlegend geändert und es wurde hiebei auf Vorschläge zurückgegriffen, die zuerst von den Privatangestellten beziehungsweise ihrer beruflichen Interessenvertretung in einer schon im Jahre 1950 veröffentlichten Denkschrift erstattet worden waren. Das bisherige Recht berechnet die Rente abgesehen von ziffernmäßig festen Grundbeträgen in der Weise, daß die Steigerungsbeträge durch das Ausmaß der während des ganzen Versicherungsverlaufes tatsächlich gezahlten Beiträge bestimmt werden. Diese Art der Rentenberechnung, die an sich schon nivellierend wirkt, hatte in der Vergangenheit dazu geführt, daß im besonderen durch die Geldentwertung eine weitere Rentennivellierung eintrat, vor allem deshalb, weil die aufgewerteten Rentenbeträge durch starre Zulagen irgendwie den tatsächlichen veränderten Lebensverhältnissen angepaßt wurden. Diese Methode der Rentenberechnung nimmt nicht unmittelbar Bezug auf jenes Einkommen, welches der Versicherte entweder vor seiner Berentung oder, falls dies für ihn günstiger sein sollte, im Zeit-

punkt des normalen Höhepunktes der biologischen Schaffenskraft, nämlich etwa zwischen dem 40. und 45. Lebensjahr erwirbt. Der Entwurf unternimmt es daher, die Rentenberechnung nach jenen Grundsätzen vorzunehmen, die schon im österreichischen Pensionsrecht vor dem 1. Jänner 1939 angewendet wurden; ihr Sinn ist, die Rente möglichst an den höchsten, während eines Berufslebens erreichten Lebensstandard anzugleichen und damit dem Versicherten das beruhigende Gefühl zu geben, daß sein materieller Lebensstandard beim Eintritt in den Ruhestand keine unerträgliche Einbuße erleiden kann. Das Problem, das durch eine eventuelle Geldentwertung während des Ruhestandes für den Rentner entsteht, bleibt freilich ungelöst. Diese neuen Grundsätze hatten aber zur Folge, daß im Bereiche der Pensionsversicherung ein beträchtliches Abweichen von dem bisherigen materiellen Recht festzustellen ist.

(4) Die Feststellungen über den neuen Rentenaufbau sollen nun nicht etwa die Tatsache bestreiten, daß auch in Österreich früher oder später eine echte und grundlegende Sozialreform durchgeführt werden muß. Die österreichische Sozialversicherung, die in ihren Grundzügen der sogenannten klassischen Sozialversicherung, wie sie in Deutschland ausgebildet wurde, entspricht, blickt immerhin auf ein Alter von nahezu 70 Jahren zurück. Wenn man bedenkt, welche gewaltigen Änderungen in den gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und demographischen Verhältnissen eingetreten sind, so drängt sich von selbst der Gedanke auf, daß es notwendig wird zu prüfen, inwieweit die Sozialversicherung in den überkommenen Formen geeignet ist, der Forderung nach umfassender sozialer Sicherheit der Gesamtbevölkerung bestmöglich zu dienen. Nach allgemeiner Auffassung des Ausschusses ist eine eingehende Untersuchung dieser Frage unbedingt erforderlich. Es ist leicht einzusehen, daß jede Prüfung nach der grundsätzlichen Seite hin einer gediegenen Vorarbeit bedarf, um die richtigen Schlüsse ziehen zu können. Sowohl die notwendigen Vorarbeiten als auch die Prüfung der sich hiebei ergebenden Probleme werden im Hinblick auf die Bedeutung dieses Rechtsgebietes für die Gesamtbevölkerung einen längeren Zeitraum beanspruchen und sich vor allem auch auf verlässliche statistische Daten hinsichtlich des Altersaufbaues der österreichischen Bevölkerung stützen müssen. Der Ausschuß glaubte daher, daß dieser Aufgabe eine Kodifikation und teilweise Neuregelung der gegenwärtigen Bestimmungen vorausgehen soll, weil sonst damit zu rechnen wäre, daß noch auf viele Jahre hinaus der schon geschilderte chaotische Rechtszustand und damit die Beibehaltung eines Fremdrechtes notwendig wäre. Das vorliegende Gesetz bedeutet also nach Auffassung des Ausschusses nicht etwa schon den Schluß-

punkt einer sozialpolitischen Entwicklung, wohl aber eine sehr aner kennenswerte Etappe auf dem Wege zu einer befriedigenden Lösung des Problems der sozialen Sicherheit, zunächst allerdings nur auf den Kreis der diesem Gesetz unterliegenden Versicherten beschränkt. Der Ausschuss erwartet, daß die in Betracht kommenden Stellen unverzüglich nach Verabschiedung dieses Gesetzeswerkes unter Ausschöpfung der Erfahrungen in anderen Ländern darangehen werden, die Problematik des Gegenstandes aufzurollen und eingehende Untersuchungen darüber anzustellen, auf welche Weise und in welcher Form mit den verfügbaren Mitteln der Forderung nach sozialer Sicherheit etwa besser, systematischer und vor allem umfassender entsprochen werden könnte. Ein auf eine sofortige umfassende Neugestaltung des österreichischen Sozialversicherungsrechtes unter Zurückstellung des vorliegenden Gesetzes hinauslaufender Antrag des VdU wurde von den Vertretern der beiden Regierungsparteien in folgerichtiger Anwendung der vorher skizzierten Grundsätze abgelehnt.

(5) Was die Frage der äußeren Organisation der österreichischen Sozialversicherung anlangt, so hat die Regierungsvorlage in diesem Bereich keine nennenswerten Änderungen vorgesehen. Grundsätzlich sollen die schon bestehenden Versicherungsträger die Durchführung der Sozialversicherung mit dem bisherigen Aufgabenkreis besorgen. Die Umbenennung der Rentenversicherungsträger in Pensionsversicherungsträger bedeutet eine formale Änderung, die durch die Umbenennung der Rentenversicherung in Pensionsversicherung bedingt ist. Fragen der Organisationsänderung wurden mit Absicht zurückgestellt, weil die zu erwartenden Auseinandersetzungen auf diesem Gebiet eine rasche Gesetzgebung verzögert hätten. Daß im Bereich des Verwaltungsaufbaues der Versicherungsträger an der Selbstverwaltung durch Vertreter der Versicherten und ihrer Dienstgeber festgehalten wurde, versteht sich von selbst. Die Selbstverwaltung in der Sozialversicherung stellt den notwendigen Kontakt dieser Einrichtung mit den Bevölkerungskreisen her, denen die Einrichtung zu dienen hat, und müßte noch weit lebendiger gestaltet werden, als dies bisher der Fall ist. Nur auf diese Weise kann eine lebensnahe unbürokratische Verwaltung der Sozialversicherung erwartet werden. Die Regierungsvorlage hat daher die Selbstverwaltung in den Versicherungsträgern und ihren Verbänden uneingeschränkt aufrechterhalten. Der verstärkte Einfluß der Dienstgebervertreter bei einer Reihe von wichtigen Entscheidungen bedeutet zugleich eine erhöhte Mitverantwortung und wird zweifellos auch zu einer positiveren Einstellung dieser Kreise gegenüber der Sozialversicherung und zu einer objektiveren Beurteilung ihrer Probleme beitragen.

(6) Für den Ausschuss war es verständlich, daß sich die breite Öffentlichkeit besonders mit den Bestimmungen des Gesetzes über das Ruhen von Renten neben einem anderweitigen Einkommen beschäftigt hat. Der Ausschuss hält es im Hinblick auf die Bedeutung dieser Frage für die große Zahl der Rentenbezieher daher erforderlich, einige grundsätzliche Erwägungen hiezu voranzustellen. Solange die Rente, wie dies nach dem derzeit geltenden Recht der Fall ist, zu dem im Laufe eines ganzen Berufslebens erarbeiteten Lebensstandard in keinem direkten Verhältnis stand, sondern sich nach dem Durchschnitt der während der gesamten Versicherungsdauer geleisteten Beiträge errechnete, war es im Hinblick auf das Versicherungsprinzip gerechtfertigt, die Rente nach Erreichung der Altersgrenze auch neben einem Erwerbseinkommen voll zu gewähren. Angesichts des Mißverhältnisses zwischen Rente und letztem Arbeitseinkommen waren auch sozialpolitische Erwägungen dafür maßgebend, eine Rentenkürzung auszuschließen. Aber schon im Zusammenhang mit der auf die Preis- und Lohnabkommen zurückgehenden Anpassungsgesetzgebung nach 1945 wurde von diesem Grundsatz abgegangen. Wenn nun das vorliegende Gesetz Renten festsetzt, die nach 40 Versicherungsjahren 72 v. H. der Bemessungsgrundlage erreichen und nach 45 Versicherungsjahren bis zu einem Höchstausmaß von 79,5 v. H. ansteigen, so ändert dies auch die grundsätzliche Einstellung zur Frage des Ruhens der Rente neben einem fortlaufenden Arbeitseinkommen. Dies gilt umsomehr, als diese Renten ohne laufende Zuschüsse des Staates in bedeutender Höhe nicht ausgezahlt werden könnten. Es ist nun ausgeschlossen, den übrigen Versicherten, welche die Beiträge aufbringen müssen, sowie der Allgemeinheit, welche mit ihrer Steuerleistung zur Deckung des Rentenaufwandes beiträgt, höhere Belastungen zuzumuten, damit ein Versicherter, der nach Erreichung der Altersgrenze in seinem Arbeitsverhältnis verbleibt, eine entsprechend erhöhte Rente und Arbeitsentgelt nebeneinander beziehen kann. Das Gesetz sieht daher im § 253 vor, daß als weitere Voraussetzung für den Rentenanspruch der Versicherte am Stichtag nicht pflichtversichert sein darf. Diese Regelung war im übrigen im Angestelltenversicherungs-gesetz der Ersten Republik eine Selbstverständlichkeit, ohne daß es jemandem damals eingefallen wäre, von Rechtsbruch, Rentenraub usw. zu reden. Neben dieser Bestimmung, die genau besehen, keine Ruhensbestimmung, sondern eine weitere Voraussetzung für den Rentenanspruch ist, enthält das Gesetz echte Ruhensbestimmungen, die vorsehen, daß eine bereits zuerkannte Rente aus der Pensionsversicherung bei Vorliegen eines bestimmten Sachverhaltes teilweise zum Ruhen kommt. In diesen Bestimmungen wurden aber die derzeit bestehenden

Ruhensgründe ganz entscheidend eingeengt und außerdem das Höchstausmaß des Ruhensbetrages auf den Grundbetrag der Rente beschränkt; es werden daher die erworbenen Steigerungsbeträge der Rente, die gewissermaßen auf die eigenen Beitragsleistungen zurückgehen, niemals — auch bei dem gleichzeitigen Bezug eines noch so hohen Arbeitseinkommens — ruhen. Das Gesetz hat darüber hinaus im bewußten Gegensatz zur derzeitigen Regelung einen Freibetrag in der Höhe von 500 S vorgesehen, bis zu dessen Höhe ein neben der Rente erzielttes Arbeitseinkommen überhaupt unberücksichtigt bleibt. Schließlich ist eine weitere Schutzbestimmung eingebaut, derzufolge das Gesamteinkommen aus Rente und Arbeitseinkommen über den Betrag von 1300 S monatlich hinausgehen muß, um ein Ruhen der Rente, aber nur bis zur Höhe des diesen Grenzbetrag übersteigenden Betrages, höchstens jedoch bis zum Ausmaß des Grundbetrages zu bewirken. Für den Altrentnerstock, der im Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes im Rentenbezug steht, werden nicht nur die bisherigen Begünstigungen gewährt, sondern auch die neue Freigrenze für das Gesamteinkommen, bis zu welcher überhaupt kein Ruhen eintreten kann, in Geltung gesetzt. Für den Bereich der Altrentner bringt daher das neue Gesetz eine wesentliche Verbesserung der Ruhensbestimmungen, für die künftigen Rentner sieht es solche in einem sozialpolitisch durchaus gerechtfertigten Ausmaß vor. Für das Zusammentreffen von Ruhe- und Versorgungsgenüssen aus einem pensionsversicherungsfreien Dienstverhältnis zu einer öffentlich-rechtlichen Körperschaft mit einem Rentenanspruch aus der Pensionsversicherung bleibt die bisherige Regelung in Kraft. Da in einem solchen Falle ein Grundbetrag aus dem pensionsversicherungsfreien Dienstverhältnis und auch ein Grundbetrag aus der Pensionsversicherung gewährt wird, ist es unmöglich, von der bisherigen Regelung Abstand zu nehmen und die ungekürzte Auszahlung beider Grundbeträge vorzusehen. Nähere Ausführungen zu den Ruhensbestimmungen erfolgen noch zu den §§ 93 und 94, jedoch kann mit Recht ganz allgemein gesagt werden, daß die Ruhensbestimmungen im vorliegenden Entwurf sowohl für die Alt- als auch für die Neurentner dem Grundsatz der sozialen Gerechtigkeit entsprechen und sozialpolitisch voll und ganz vertretbar sind.

(7) Die Regierungsvorlage beschränkt sich bei der Verfolgung ihres Zieles, die Rentenhöhe den Lebensbedürfnissen soweit als möglich anzupassen, nicht auf eine Änderung der Rentenberechnung. Das vorliegende Gesetz ist darüber hinausgegangen, indem es das auf dem Versicherungsgedanken aufgebaute Rentensystem in einer Weise mit den Grundgedanken einer Staatsbürgerversorgung verbindet, die über den engeren Bereich der Sozialversicherung hinaus Beachtung

verdient. Der Ausschuß ist der Ansicht, daß mit dieser Neueinführung und mit der gerade im Ausschuß zustande gekommenen Weiterentwicklung der Einzelbestimmungen über die Ausgleichszulagen ein sozialpolitisch bedeutender Schritt getan wurde. Das Konzept der Ausgleichszulagen ersetzt nicht nur die bisherigen Bestimmungen über die Mindestrenten; es geht mit den gegenüber diesen Beträgen fühlbar höheren Richtsätzen, mit der Berücksichtigung des Familienstandes des Leistungsberechtigten und mit der ungeschmälernten Belassung einer ganzen Reihe von besonderen Sozialleistungen über die unzureichend und zum Teil auch unverständlich gewordenen Mindestrentenbestimmungen erheblich hinaus. Die Renten aus den drei Zweigen der Pensionsversicherung und die dazu fallweise zu gewährenden Ausgleichszulagen bieten zusammen breiten, bisher zurückgesetzten Versicherten höhere Leistungen als bisher.

(8) Es hätte keinerlei Hinweise von außen bedurft, um den Ausschuß zu veranlassen, der in der Regierungsvorlage vorgesehenen Regelung der Beziehungen zwischen den Ärzten und den Krankenversicherungsträgern größte Aufmerksamkeit zu schenken. Dem Ausschuß ist es vollständig klar, daß die soziale Krankenversicherung nur dann zum Wohle der von ihr zu betreuenden Bevölkerungskreise funktionieren kann, wenn die Ärzteschaft in ihr voll und ganz mitarbeitet. Daß für eine solche Mitarbeit die Regelung der Beziehungen zwischen Krankenversicherung und Ärzten entscheidend ist, liegt auf der Hand. Ohne den Ausführungen zu den in Betracht kommenden Punkten dieses Berichtes vorzueilen zu wollen, sieht sich der Ausschuß zu folgenden grundsätzlichen Feststellungen veranlaßt:

1. Die persönliche und selbstverantwortliche Tätigkeit des Arztes muß auch im Bereiche der sozialen Krankenversicherung gewahrt sein, weil nur auf diese Weise der Arzt in der Lage ist, die ärztliche Behandlung nach seinem besten Wissen und Gewissen durchzuführen. Kontrollen der ärztlichen Behandlung, die notwendig sind, um Mißbräuche zu verhindern, dürfen nur durch Ärzte und unter Bedachtnahme auf die Eigenverantwortung des behandelnden Arztes vorgesehen werden.

2. Die freie Wahl des Arztes durch den Versicherten ist sicherzustellen, damit sich die persönliche Beziehung und das für den Behandlungserfolg oftmals so wichtige Vertrauen des Erkrankten zum Arzt entwickeln kann.

Schon die Regierungsvorlage hat diesen Grundsätzen Rechnung getragen. Die vorgesehene Wahlarzthilfe, die Betonung der freien Arztwahl, auch im Verhältnis zu den kasseneigenen Einrichtungen hat jedenfalls das Prinzip der schon bisher geltenden freien Arztwahl unterstrichen und erweitert. Die vorgesehene Errichtung von Arztausschüssen und eines Bundesarztausschusses

ses soll das Mitspracherecht der Ärzteschaft in allen Fragen der Sozialversicherung, welche Ärzteinteressen berühren, sicherstellen. Der Ausschuß hat die Stellung des Arztes in der sozialen Krankenversicherung noch dadurch gefestigt, daß die Kündigung eines Arztes durch einen Krankenversicherungsträger wesentlich eingeschränkt und einem im Gesetz geregelten Verfahren überantwortet wurde. Damit glaubt der Ausschuß, daß gerade die bedeutendsten, auf die freiberufliche Tätigkeit des Arztes ausgerichteten Forderungen der Österreichischen Ärztekammer berücksichtigt sind. Auch die grundsätzliche Entlohnung nach Einzelleistungen liegt auf derselben Linie. Wenn man noch bedenkt, daß die Neuerrichtung von kasseneigenen Ambulatorien wesentlich erschwert wurde, so wird die Tendenz des Gesetzes, die sich schon in der Regierungsvorlage deutlich gezeigt hat, noch deutlicher, die freiberufliche Berufsausübung des Arztes auch im Bereiche der sozialen Krankenversicherung weitestgehend sicherzustellen. Von einer Knebelung der Ärzte oder einer Verschlechterung der Rechtsstellung im Rahmen der Sozialversicherung, wie manchmal behauptet wurde, kann somit keine Rede sein. Der Ausschuß hofft, daß die Ärzte den Sachverhalt, wie er sich nunmehr in dem Gesetze zeigt, würdigen und auch dafür Verständnis haben werden, daß nicht alle ihre Forderungen Berücksichtigung finden konnten, weil die Interessen der Gesamtbevölkerung entsprechend berücksichtigt werden mußten.

(9) Der Ausschuß hält die Feststellung für wichtig, daß sowohl die Vorarbeiten für das vorliegende umfangreiche Gesetzeswerk wie auch seine parlamentarische Behandlung im Sozialausschuß überaus gründlich waren. Die Vorarbeiten des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger gehen auf Jahre zurück; das Bundesministerium für soziale Verwaltung hat auf dieser Grundlage eine Reihe von Entwürfen hergestellt und den in Betracht kommenden Körperschaften zur Stellungnahme zugemittelt. Die Stellungnahmen waren bei der Ausarbeitung weiterer Entwürfe bestimmend. In der Folge wurde der Referentenentwurf des Bundesministeriums für soziale Verwaltung in mehreren Komitees vorberaten, um möglichst schon der Regierungsvorlage jene Fassung zu geben, die ohne allzu viele Abänderungen von den gesetzgebenden Körperschaften beschlossen werden kann. Es sei darauf hingewiesen, daß gerade diese Komiteeberatungen zumeist in Anwesenheit des Herrn Bundeskanzlers, des Herrn Bundesministers für Finanzen und des Herrn Bundesministers für soziale Verwaltung und zahlreicher Mitglieder des Nationalrates stattgefunden haben. Es ist daher begreiflich, daß die Regierungsvorlage, als sie im Nationalrat eingebracht wurde, dank dieser Vorarbeiten schon zu einem sehr großen Teil den verschiedenen Abänderungswünschen Rech-

nung getragen hat. Überdies hat sich der Sozialausschuß des Nationalrates eingehend mit der Vorlage befaßt und von sich aus nicht weniger als 154 Abänderungen beschlossen. Damit soll aufgezeigt werden, daß sich die gesetzgebenden Körperschaften ihrer Verantwortung bei der Beschlussfassung dieses Gesetzeswerkes voll und ganz bewußt sind und der Beratung dieses Gesetzes die seiner Bedeutung entsprechende Aufmerksamkeit zuteil werden lassen.

### Besondere Bemerkungen.

#### Erster Teil: Allgemeine Bestimmungen.

##### Zu § 3:

(10) Den im Inland Beschäftigten wird durch das ASVG. eine Reihe von Dienstnehmern gleichgestellt, und zwar dies selbst dann, wenn sie im Ausland beschäftigt werden. Zunächst soll das fahrende Personal der dem internationalen Verkehr dienenden Schifffahrtsunternehmungen als im Inland beschäftigt gelten, wenn es seinen Wohnsitz im Inland hat oder ohne ausländischen Wohnsitz auf dem Schiff, auf dem es beschäftigt ist, wohnt und auch die Schifffahrtsunternehmung im Inland ihren Sitz oder eine Zweigniederlassung hat. Diese Regelung hat für die Donauschifffahrt insoweit Bedeutung, als sie nicht durch ein zwischenstaatliches Abkommen mit den Donauuferstaaten entsprechend ergänzt wird. Jedenfalls ist damit Vorsorge getroffen, daß in Österreich oder auf dem Schiff wohnende Bedienstete einer österreichischen Schifffahrtsunternehmung in den Schutz der inländischen Sozialversicherung einbezogen sind. Allerdings werden die Leistungen der Krankenversicherung nur im Rahmen der im § 130 vorgesehenen Regelung erbracht werden können, solange ein Abkommen mit den Donauuferstaaten nicht herbeigeführt werden kann. Auch Unfälle, die ein derartiger Bediensteter auf dem Schiff im Zusammenhang mit seiner Berufsarbeit erleidet, werden nach dem ASVG. zu entschädigen sein. Hinsichtlich der Dienstnehmer des Eisenbahnverkehrs, der Luftschifffahrtsunternehmungen sowie der Dienstnehmer, die von österreichischen Dienstgebern vorübergehend ins Ausland entsendet werden, wurde eine Regelung getroffen, die den Grundsätzen der zwischenstaatlichen Abkommen über Sozialversicherung entspricht. Im allgemeinen wird dadurch der Schutz der österreichischen Sozialversicherung für Dienstnehmer österreichischer Unternehmungen, die sich in bestimmten Fällen im Ausland aufhalten, sichergestellt. Der Ausschuß ist sich im übrigen darüber im klaren, daß ein wirksamer Schutz durch die Sozialversicherung bei Beschäftigungen im Ausland nur verwirklicht werden kann, wenn durch zwischenstaatliche Abkommen Vorsorge getroffen wird. Der Ausschuß stellt fest, daß mit einer Reihe von

Staaten derartige Abkommen bereits abgeschlossen wurden beziehungsweise in Vorbereitung stehen. Ein weiterer Ausbau dieser Abkommen ist gerade im Hinblick auf die zunehmende Wanderbewegung der Dienstnehmer notwendig. Gekrönt sollen diese Bemühungen durch die Schaffung eines internationalen Rechtes der sozialen Sicherheit werden, wodurch erst die volle Gewähr gegeben wäre, daß eine Auslandsbeschäftigung den Anwartschaften und Ansprüchen aus der Sozialversicherung nicht abträglich sein würde.

#### Zu § 4:

(11) Den Kern der vollversicherten Personen bilden die Dienstnehmer. Hiebei ist zu beachten, daß als Dienstnehmer nicht etwa nur Personen gelten, die in einem arbeitsrechtlichen Dienstverhältnis stehen. Der Kreis der unter den sozialversicherungsrechtlichen Dienstnehmerbegriff fallenden Personen ist größer; Abs. 2 bezeichnet als Dienstnehmer jeden, der in einem Verhältnis persönlicher und wirtschaftlicher Abhängigkeit gegen Entgelt beschäftigt wird. Damit wird der bisherige, auch durch die Judikatur des Verwaltungsgerichtshofes in diesem Sinn festgelegte Rechtszustand übernommen. Auch die übrigen den Dienstnehmern als Vollversicherte gleichgestellten Personen sind zum größten Teil schon gegenwärtig in allen Zweigen der Sozialversicherung versichert gewesen. Unter den selbständigen Lehrern, die den Dienstnehmern unter gewissen Voraussetzungen gleichgestellt sind, werden nicht nur Lehrer und Erzieher im engsten Sinn zu verstehen sein. Dazu gehören auch Skilehrer, Sportlehrer u. dgl. Ebenso werden unter den Bergführern auch Bergführeranwärter zu verstehen sein, sofern sie ihre Tätigkeit auf Grund einer behördlich erteilten Bewilligung hauptberuflich selbständig ausüben.

#### Zu § 5:

(12) Der Ausschuß hat jenen Dienstverhältnissen, die unter bestimmten Voraussetzungen die Ausnahme aus der Vollversicherung begründen, die Dienstverhältnisse der ständigen Bediensteten der gesetzlich anerkannten Religionsgesellschaften gleichgestellt. Das bedeutet, daß die ständigen Dienstnehmer dieser Religionsgesellschaften von der Vollversicherung nur dann befreit sind, wenn sie eine andere, mindestens gleichwertige auf dem Dienstvertrag beruhende Versorgung genießen. Diese Bedingung ist hier ebenso unerlässlich wie für alle anderen hier angeführten Dienstnehmer.

(13) Der Ausschuß hat die Rechtsanwaltsanwärter aus der Vollversicherung ausgenommen, weil nach einer Darstellung der Wiener Rechtsanwaltskammer, die auch von dem Wiener Konzipientenverband unterstützt wurde, die Notwendigkeit einer Vollversicherung nicht besteht.

Dagegen hat der Ausschuß eine Teilversicherung in der Kranken- und Unfallversicherung für diesen Personenkreis als erforderlich angesehen und daher eine entsprechende Ergänzung im § 7 Z. 1 unter lit. e eingefügt. Wenn auch die Pensionsversicherung für die Rechtsanwaltsanwärter im Hinblick darauf überflüssig sein mag, daß es sich um ein Vorbereitungsverhältnis für einen freien Beruf handelt, so kann nicht übersehen werden, daß die soziale Lage der überwiegenden Zahl der Rechtsanwaltsanwärter den Schutz der Kranken- und Unfallversicherung notwendig macht. Der Ausschuß hat jedoch keinen Anlaß gefunden, etwa auch die Gerichtspraktikanten aus der Vollversicherung auszunehmen. Hier handelt es sich um einen Personenkreis, der nur zum Teil als Rechtsanwaltsanwärter weiter tätig ist, jedoch zu einem erheblichen Teil durch Eintritt in den Verwaltungsdienst der öffentlichen Gebietskörperschaften oder durch Eintritt in ein privates Anstellungsverhältnis seine Berufslaufbahn fortsetzt.

(14) Eingehend hat sich der Ausschuß auch mit der Frage beschäftigt, in welcher Form die geringfügige Beschäftigung, welche die Ausnahme aus der Vollversicherung zur Folge hat, zu umgrenzen ist. Die Regierungsvorlage sieht feste Monatsentgeltbeträge vor, die für pensionsversicherte Arbeiter und pensionsversicherte Angestellte verschieden festgesetzt sind. Der Ausschuß konnte sich nicht dazu entschließen, auf die Anführung eines festen Entgeltbetrages im Gesetz selbst zu verzichten. Allerdings wurde das monatliche Grenzeinkommen, welches die Ausnahme aus der Vollversicherung begründet, für den Bereich der Arbeiter erhöht und nunmehr einheitlich für alle Dienstnehmer mit 270 S monatlich festgesetzt. Eine weitere Erhöhung dieses Betrages schien dem Ausschuß nicht möglich, weil dadurch vor allem im Bereiche der Land- und Forstwirtschaft Dienstnehmer aus der Vollversicherung herausfallen würden, die gerade im Hinblick auf ihre geringe Entlohnung des sozialen Schutzes besonders bedürfen. Der Ausschuß hält es jedoch für erforderlich, die Befreiung von der Vollversicherung nur dann eintreten zu lassen, wenn das Entgelt aus mehreren Beschäftigungen den Grenzbetrag nicht überschreitet. Es wäre unbillig, Dienstnehmer, die eine Mehrzahl von Beschäftigungen ausüben, von denen wohl die einzelnen den Grenzbetrag nicht erreichen, jedoch zusammen überschreiten, von der Vollversicherung auszuschließen. Trotz gewisser administrativer Schwierigkeiten, die die Durchführung dieser Bestimmungen bereiten wird, kann aus grundsätzlichen Erwägungen von dieser Regelung nicht abgesehen werden. Eine Anpassung der Bestimmungen des Arbeitslosenversicherungsrechtes über die geringfügige Beschäftigung an die Bestimmungen dieses Gesetzes wäre in Erwägung zu ziehen.

**Zu § 8 Abs. 1 Z. 3 lit. d:**

(15) Um jeden Zweifel zu zerstreuen, gibt der Ausschuß seiner Meinung dahingehend Ausdruck, daß insbesondere bei den Angehörigen und freiwilligen Helfern der Rettungsflugwacht und des Österreichischen Bergrettungsdienstes sowie bei den anderen angeführten Organisationen auch Ausbildungslehrgänge, die von diesen Organisationen veranstaltet werden, den Unfallversicherungsschutz genießen. Wenn also solche Ausbildungslehrgänge des Bergrettungsdienstes im Berggelände durchgeführt werden, so sind im Zusammenhang damit eintretende Unfälle als Arbeitsunfälle zu entschädigen.

**Zu § 10:**

(16) Im Abs. 2 wurde nach dem Wort „Ausbildungslehrgängen“ eingefügt „sowie der Lehrenden bei solchen Lehrgängen“. Die Fassung der Regierungsvorlage nimmt nicht darauf Rücksicht, daß in die Teilunfallversicherung gemäß § 8 Abs. 1 Z. 3 lit. c auch die lehrenden Personen der Umschulungslehrgänge einbezogen worden sind.

(17) Da auch die Versicherungsvertreter in die Unfallversicherung einbezogen wurden, war es notwendig, im Abs. 3 klarzustellen, daß die Pflichtversicherung für diesen Personenkreis gleichfalls mit der Bestellung beginnt.

(18) Für die als freiwillige Helfer verschiedener Organisationen arbeitsunfallversicherten Personen (§ 8 Abs. 1 Z. 3 lit. d) ist der Beginn der Pflichtversicherung in der Regierungsvorlage nicht ausdrücklich vorgesehen. Bei diesem Personenkreis tritt an Stelle der Zugehörigkeit zu der betreffenden Organisation der Zeitpunkt der Ausübung der versicherungspflichtigen Tätigkeit. Nach demselben Gesichtspunkt ist das Ende der Pflichtversicherung für diesen Personenkreis zu beurteilen.

(19) Im Abs. 7 der Regierungsvorlage ist vorgesehen, daß die vorläufige Krankenversicherung für den Rentenwerber mit dem Tag beginnt, an dem der Rentner die Bescheinigung von seiten des Pensionsversicherungsträgers erhält. Diese Regelung ist unbillig, weil sie den Beginn der Rentnerkrankenversicherung von dem mehr oder weniger zufälligen Tag abhängig macht, an dem die Bescheinigung des Pensionsversicherungsträgers zugestellt wird. Bis zu diesem Tage kann seit der Antragstellung ein Zeitraum vergehen, während dem der Rentenwerber unversichert bleibt. Der Ausschuß hat daher eine Änderung in dem Sinne für notwendig erachtet, daß der Beginn der vorläufigen Krankenversicherung mit dem Tag bestimmt wird, an dem der Rentner den dahingehenden Antrag gestellt hat.

**Zu § 16 Abs. 1:**

(20) Durch den letzten Satz wird ausgesprochen, daß die Weiterversicherung in der

Krankenversicherung zeitlich unmittelbar an das Ende der Pflichtversicherung anschließt. Diese Regelung ist für den Normalfall zweckmäßig, weil sie eine Unterbrechung der Versicherungszeit vermeidet. Wenn allerdings die Frist zur Antragstellung auf Weiterversicherung wegen Anstaltspflege oder wegen Kranken(Wochen)geldbezug erstreckt wird, dann wäre es unbillig, durch den rückwirkenden Anschluß der Weiterversicherung an die Pflichtversicherung den Antragsteller mit einer unter Umständen langen Beitragsnachzahlung zu belasten. Der Ausschuß hat daher eine Ergänzung für notwendig erachtet, derzufolge in den Fällen der Anstaltspflege oder des Kranken(Wochen)geldbezuges und der aus diesem Grunde erst späteren Antragstellung die Rückwirkung ausgeschlossen wird. In diesen Fällen soll dann die Weiterversicherung mit dem Ende der Anstaltspflege oder dem Wegfall des Kranken(Wochen)geldbezuges beginnen.

**Zu § 17:**

(21) Im Abs. 3 der Regierungsvorlage wird vorgesehen, daß Zeiten der Anstaltspflege oder des Kranken(Wochen)geldbezuges die sechsmonatige Antragsfrist für die Weiterversicherung in der Pensionsversicherung verlängern. Es ist nicht einzusehen, warum diese Begünstigung nicht auf alle jene Zeiten ausgedehnt wird, die sonst in der Pensionsversicherung als neutrale Zeiten gelten. Diese Zeiten sind im § 234 angeführt; von besonderer Bedeutung sind Zeiten der Arbeitslosigkeit, während welcher es den aus der Pensionsversicherung Ausgeschiedenen oft schwerfallen wird, einen Weiterversicherungsantrag zu stellen, weil die notwendige Beitragszahlung nicht geleistet werden kann. Auf diese Weise soll die Frist der Antragstellung um die neutralen Zeiten verlängert werden.

**Zu § 18:**

(22) Der Ausschuß hat es für notwendig erachtet, im Bereiche der landwirtschaftlichen Krankenversicherung die Möglichkeit zu schaffen, daß die freiwillige Selbstversicherung der selbständigen Landwirte und ihrer Familienangehörigen in einer Sonderabteilung durchgeführt wird. Auf diese Weise kann auf die Besonderheiten, die hier zu berücksichtigen sind, besser Bedacht genommen werden. Da sich bei einer Landwirtschaftskrankenkasse die Errichtung einer solchen Sonderabteilung bewährt hat, wurde durch die Einfügung des Abs. 2 hierfür eine gesetzliche Grundlage geschaffen.

**Zu § 19:**

(23) Das Recht der freiwilligen Selbstversicherung in der Unfallversicherung sollen auch Personen haben, die einen freien Beruf ausüben, wie zum Beispiel Ärzte, Rechtsanwälte, Architekten.

Auf diese Weise werden auch jene Personen, die mangels der Voraussetzungen des § 4 Abs. 3 nicht den Dienstnehmern gleichgestellt und daher nicht vollversichert sind, jedenfalls das Recht auf Selbstversicherung in der Unfallversicherung haben.

#### Zu § 20:

(24) Die Textierung der Regierungsvorlage wurde im Abs. 1 in der Weise abgeändert, daß die Beziehung auf den § 178 gestrichen wurde; dieser Paragraph regelt die Bemessungsgrundlage in der Unfallversicherung, ohne daß diese Bestimmungen für die Höhrversicherung Bedeutung haben. Dafür wurde ein Hinweis auf § 77 Abs. 4 aufgenommen, in welcher Gesetzesstelle die Höhrversicherung in der Unfallversicherung näher ausgeführt wird. Darüber hinaus wurde ein Hinweis eingefügt, daß die an sich notwendige Regelung über den Beginn und das Ende dieser Höhrversicherung der Satzung überlassen wird.

(25) Im Abs. 2 schien es notwendig, darauf Bedacht zu nehmen, daß das Anfallsalter der Altersrenten bei Frauen um fünf Jahre niedriger festgesetzt ist. Für Frauen wurde daher die Vollendung des 55. Lebensjahres als Grenze für die erstmalige Aufnahme einer Höhrversicherung festgesetzt.

#### Zu § 23:

(26) Bei den Parteienverhandlungen wurde einvernehmlich festgestellt, daß der Weglassung der Bezeichnung Apotheken im bisherigen Sozialversicherungs-Überleitungsgesetz die Bedeutung zukommt, daß in Zukunft keine neuen Apotheken durch die Träger der Krankenversicherung errichtet werden sollen. Der Ausschuß bestätigt seine Übereinstimmung mit dieser Auffassung. Er stellt weiterhin klar, daß pharmazeutische Erzeugungsbetriebe nicht unter den Begriff „sonstige Einrichtungen der Krankenbehandlung“ fallen. Das Recht des Krankenversicherungsträgers auf Errichtung beziehungsweise Betrieb einer Apotheke bleibt unberührt, wenn die Konzession vor dem Wirksamkeitsbeginn dieses Bundesgesetzes erteilt wurde. Dem gestellten Verlangen von Interessenten, ein Verbot für die Träger der Krankenversicherung auszusprechen, Ambulatorien oder sonstige Gesundheitseinrichtungen der Krankenkassen neu zu errichten oder zu betreiben, hat die Regierungsvorlage nicht entsprochen. Für die Neuerrichtung von Ambulatorien sind gewisse Erschwerungen vorgesehen, so ist insbesondere die Feststellung des Bedarfes durch die Landesregierung erforderlich. Damit ebnet diese Bestimmung einer künftigen planmäßigen Organisation der Einrichtungen eines Gesundheitsdienstes unter Bedachtnahme auf die bestehenden Einrichtungen, vor allen Dingen der öffentlich-rechtlichen Gebietskörperschaften, den Weg.

#### Zu § 26:

(27) Die in der Regierungsvorlage vorgesehene Regelung hat die sachliche Zuständigkeit für die Durchführung der Krankenversicherung der Rentner auch davon abhängig gemacht, bei welchem Krankenversicherungsträger der Rentner vor dem Entstehen des Rentenanspruches versichert war. Diese Regelung würde eine beträchtliche administrative Belastung der Pensionsversicherungsträger mit sich bringen, die bei der Errechnung der Krankenversicherungsbeiträge für die Rentner auf diese Unterscheidung Bedacht nehmen müßten. Der Ausschuß hat im Interesse einer Verwaltungsvereinfachung daher die sachliche Zuständigkeit der Rentnerkrankenversicherung grundsätzlich von der auszahlenden Stelle abhängig gemacht. Auf diese Weise sind die Pensionsversicherungsträger der Notwendigkeit enthoben, ihren Rentnerstock dahingehend zu überprüfen, ob etwa auf Grund der letzten Beschäftigung eine gesonderte Errechnung des Krankenversicherungsbeitrages vorzunehmen wäre. Lediglich für den Bereich der Pensionsversicherungsanstalt für Angestellte ist es bei der vorgeschlagenen Regelung geblieben.

#### Zu § 30:

(28) Da die Durchführung der Krankenversicherung für die beim Krankenversicherungsträger selbst beschäftigten Personen grundsätzlich diesem übertragen ist, soll auch die gleiche Bestimmung für die Landwirtschaftskrankenkasse für Niederösterreich gelten, obwohl sie ihren Sitz in Wien hat.

#### Zu § 31:

(29) Der Ausschuß hat sich mit dem gesetzlichen Aufgabenkreis des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger eingehend befaßt. Er hat insbesondere geprüft, inwieweit durch den erweiterten Wirkungsbereich des Hauptverbandes der Gedanke der Selbstverwaltung verletzt würde. Der Ausschuß war der Meinung, daß eine solche Verletzung schon deswegen nicht möglich ist, weil die Verwaltungskörper des Hauptverbandes selbst aus den Repräsentanten der Verwaltungskörper der einzelnen Versicherungsträger zusammengesetzt sind. Die Selbstverwaltung des Hauptverbandes stellt daher gewissermaßen nur eine andere Stufe derselben Selbstverwaltung vor, die in den Versicherungsträgern zur Führung der Verwaltung berufen ist. Es darf nicht übersehen werden, daß das Sozialversicherungsrecht seiner Bedeutung und seinem Umfang nach zu einem so wesentlichen Teil der Rechtsordnung angewachsen ist, daß eine einheitliche Rechtsanwendung nur dann erwartet werden kann, wenn die Dezentralisation der Verwaltung in 44 Versicherungsträger durch eine organisatorische Zusammenfügung zu einem einzigen Gebilde ergänzt wird. Nur auf diese Weise kann in allen für die Versicherten und ihre Dienst-

geber wichtigen Fragen eine einheitliche Rechtsanwendung für das ganze Bundesgebiet zustande kommen. Auf dem Gebiete des Besoldungsrechtes der Sozialversicherungsbediensteten, der Vereinheitlichung und vor allem Vereinfachung der Verwaltung der Versicherungsträger u. dgl. kann auf eine zentrale Lenkung nicht verzichtet werden. Der Ausschuß ist jedoch der Auffassung, daß durch diese Konstruktion nicht die selbstverantwortliche Geschäftsführung der Versicherungsträger durch ihre Verwaltungskörper in allen jenen Fragen eingeschränkt werden soll, in denen es sich um ausschließlich den einzelnen Versicherungsträger berührende Angelegenheiten handelt.

(30) Im Abs. 1 Z. 6 wurde eine Ergänzung der Regierungsvorlage in dem Sinn vorgenommen, daß dem Hauptverband ausdrücklich auch die Vorsorge für die Aufstellung von Prüfungsvorschriften für die Sozialversicherungsbediensteten zur Pflicht gemacht wird. Damit soll das Prüfungswesen für die Sozialversicherungsbediensteten nach einer einheitlichen Regelung geordnet werden.

(31) Abs. 5 wurde in der Weise ergänzt, daß im ersten Satz die Verbindlichkeit der vom Hauptverband aufgestellten Richtlinien und der im Rahmen seines gesetzlichen Wirkungskreises gefaßten Beschlüsse für alle Sozialversicherungsträger ausdrücklich festgestellt wird. Hiedurch ist eine bisher in der Satzung des Hauptverbandes enthaltene Bestimmung in das Gesetz aufgenommen worden. Zu beachten ist, daß lediglich die vom Hauptverband aufgestellten Richtlinien, sofern das Gesetz solche Richtlinien vorsieht, sowie die im Rahmen seines gesetzlichen Wirkungskreises gefaßten Beschlüsse verbindliche Wirkung haben.

### Erster Teil: Mittel der Versicherung.

#### Allgemeine Bemerkungen.

(32) Das bisherige Beitragssystem ist seit der Zweiten Lohnabzugsverordnung (Juli 1942) in Geltung. Diese Verordnung brachte wohl eine teilweise Annäherung an das Beitragssystem des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes 1938, eine vollkommene Angleichung unterblieb jedoch, denn bei den Pflichtversicherten werden wohl die Beiträge in Prozenten des Entgelts gemeinsam für alle Zweige der Sozialversicherung eingehoben, nicht hingegen die Beiträge zur freiwilligen Pensionsversicherung, die auch derzeit noch nach Klassen mit festen Beiträgen bestimmt sind. Rechnungsgrundlage für die Beiträge war bisher der Grundlohn, der gleichzeitig auch Grundlage für die Berechnung der Leistungen ist. Er konnte ermittelt werden

- a) nach dem wirklichen Arbeitsverdienst,
- b) nach Lohnstufen und
- c) nach Mitgliederklassen.

Trotz dieser Dreiteilung erfolgte aber die Berechnung der Leistungen in den letzten Jahren in der Krankenversicherung nur mehr nach dem lohnstufenmäßigen Grundlohn.

(33) Die Regierungsvorlage übernimmt die Grundzüge des bisherigen Systems, die Beitragsberechnung ist aber nur nach dem wirklichen Arbeitsverdienst und nach Lohnstufen vorgesehen. Das System der Mitgliederklassen scheint im Gesetz nicht mehr auf. Lediglich bei einer kleinen Gruppe der unständig Beschäftigten in der Land- und Forstwirtschaft (Neunter Teil, Abschnitt 1 dieses Entwurfes) ist ein Beitragssystem nach Mitgliederklassen vorgesehen. Dieses System der Mitgliederklassen war ursprünglich besonders bei Saisonarbeitern im Gewerbe und in der Landwirtschaft stark in Anwendung. Es hatte aber in den letzten Jahren des Bestandes des jetzigen Rechtes immer mehr an Bedeutung verloren und wurde durch Pauschallohnstufen verdrängt. Diese werden dann zwischen Versicherungsträger und einzelnen Betrieben vereinbart, wenn die Dienstnehmer oder Gruppen von Dienstnehmern eines Betriebes ständig wechselnde Bezüge haben, wie beispielsweise Akkordarbeiter. Der Gesetzentwurf übernimmt die aus der Praxis stammende Übung, die bisher keine Rechtsgrundlage hatte, im § 44 Abs. 3, wonach bei ständig wechselnden Bezügen nach Anhörung der beteiligten Dienstnehmer oder der öffentlich-rechtlichen Interessenvertretungen der Dienstnehmer und Dienstgeber Bauschbeträge der Beitragsbemessung zugrunde gelegt werden können.

(34) Die Neuregelung des Entgeltbegriffes wurde bereits durch das Rentenbemessungsgesetz vorweggenommen. Der Versuch, zu einer einheitlichen Grundlage für die Bemessung der Lohnsteuer und der Sozialversicherungsbeiträge zu gelangen, konnte aus der Verschiedenheit des Zweckes dieser Mittel und der sich daraus ergebenden Verschiedenheit der Einhebungsform nicht verwirklicht werden. Wichtige Unterschiede sind: Bei der Lohnsteuer besteht eine Untergrenze für die Einhebung der Steuer, die Sozialversicherung kennt solche Untergrenzen nicht. Hingegen hat die Sozialversicherung eine Obergrenze für die Beitragseinhebung, über die hinaus Beiträge nicht eingehoben werden, die Lohnsteuer jedoch nicht. Der Familienstand beeinflusst die Höhe des Lohnsteuersatzes; in der Sozialversicherung ist der Familienstand für die Bemessung der Beiträge ohne jede Bedeutung. Trotzdem gelang es aber, eine teilweise Konkordanz in der Beitrags- und Steuerfreiheit gewisser Einkommensteile herzustellen. Die besonderen Bestimmungen hierüber sind im § 49 Abs. 3 niedergelegt. Unbefriedigend war in der Regierungsvorlage die Frage der Beitragseinhebung für Sonderzahlungen unter Bedachtnahme auf die daraus resultierenden Leistungs-

ansprüche geregelt. Das Rentenbemessungsgesetz hatte diese neue Gruppe beitragspflichtiger Entgeltteile primär deshalb eingeführt, um ein finanzielles Äquivalent für die Einführung der Sonderzahlung in der Renten- und Unfallversicherung (13. Rente) zu erhalten. In der Rentenversicherung wurden bereits durch das Rentenbemessungsgesetz die Leistungen für die Sonderzahlungen beziehungsweise für die Sonderbeiträge den Leistungen für die laufenden Beiträge gleichgestellt. Nach § 12 Abs. 3 des Rentenbemessungsgesetzes wirken sich die Sonderbeiträge aus Sonderzahlungen bis zu insgesamt 2400 S im Kalenderjahr in Form von „Steigerungsbeträgen in der Höhe des gleichen Hundertsatzes wie von den Grundlagen für die Bemessung der sonstigen Steigerungsbeträge“ aus. In der Regierungsvorlage wurde nun der Versuch unternommen, zu der ursprünglichen Konzeption zurückzukehren. In den Erläuternden Bemerkungen zur Regierungsvorlage kam diese Tendenz des Gesetzes und ihre Auswirkung leider nicht klar genug zum Ausdruck.

(35) Aus der von finanziellen Erwägungen diktierten Absicht heraus, die Beiträge von den verschiedenen Sonderzahlungen, wie zum Beispiel 13. oder 14. Monatsbezug, Weihnachts- oder Urlaubsgeld, Gewinnanteile oder Bilanzgeld usw. als ein Äquivalent für die Gewährung einer 13. Rente zu betrachten, die allerdings auch jenen Versicherten gewährt wurde, die keine Sonderbeiträge leisten konnten, weil sie keine Sonderzahlungen bezogen, war ursprünglich überhaupt für Sonderbeiträge keine Gegenleistung im Entwurf vorgesehen. Später entschloß man sich in den Parteienverhandlungen, wenigstens die Beiträge von Sonderzahlungen, die über das Ausmaß eines Monatsbezuges oder von vier Wochenbezügen hinausgehen, als Beiträge zur Höhrversicherung gelten zu lassen und damit eine wenn auch gegenüber den sonstigen Beiträgen nicht völlig gleichwertige Gegenleistung für die Zahlung dieser Sonderbeiträge zu gewähren. Schon bei den dieser Regierungsvorlage vorangegangenen Parteienverhandlungen stieß diese Regelung auf den Widerstand der Vertreter jener Versichertenkreise, die davon am stärksten betroffen wurden. Dennoch wurde sie aus finanziellen Erwägungen in die Regierungsvorlage aufgenommen. Die Inkonsequenz einer solchen Regelung lag darin, daß die einzelnen Versicherten bei gleichen Rentenleistungen verschieden hoch belastet werden, je nachdem, in wie vielen monatlichen oder wöchentlichen Teilbeträgen der Lohn oder Gehalt innerhalb des Jahres ausgezahlt wird. Die Obergrenze von 3600 S bietet hier keinen genügenden Schutz gegen eine ungleichmäßige Belastung der Versicherten. Die Reaktion auf diese ungerechte Behandlung der Bezieher von Sonderzahlungen war begrifflicherweise gerade bei den An-

gestellten als der davon am stärksten betroffenen Berufsgruppe sehr stark. Durch Vorsprachen bei den beiden Regierungsparteien konnte die zuständige gewerkschaftliche Interessenvertretung die Zusage erreichen, daß Mittel und Wege gesucht werden würden, um dieses offensichtliche Unrecht aus der Welt zu schaffen. Auf Grund dieser Zusage wurden Verhandlungen mit dem Finanzminister geführt, die schließlich eine volle Übereinstimmung zum Ergebnis hatten. Von den bei diesen Verhandlungen beteiligten Abgeordneten Hillegeist und Köck wurden namens der beiden Regierungsparteien zwei gemeinsame Anträge zu §§ 243 und 249 eingebracht.

Durch diese beiden Anträge wurde erreicht, daß alle Sonderzahlungen bis zum Ausmaß von zwei Monatsbezügen oder acht Wochenbezügen in voller Höhe in die Bemessungsgrundlage einbezogen werden und dadurch in gleicher Weise rentensteigernd wirken, wie das laufende Entgelt. Nur für die darüber hinausgehenden Sonderzahlungen, wie 15. Monatsbezug, eventuelle Bilanzgelder, die neben 14 Monatsbezügen gewährt werden, allfällige weitere sonstige Sonderzahlungen, alle diese soweit sie beitragspflichtig sind — bekanntlich sind hinsichtlich der Beitragspflicht die in einem Kalenderjahr fällig werdenden Sonderzahlungen für die Unfall- und Pensionsversicherung nur bis zu einem Höchstbetrag von 3600 S zu berücksichtigen — gelten die gezahlten Beiträge als Beiträge für die freiwillige Höhrversicherung und werden für die Leistungen nur nach den Bestimmungen über die freiwillige Höhrversicherung gewertet (§ 249 Abs. 3). In der Praxis dürften diese Fälle kaum eine Rolle spielen, sodaß mit der nach schweren Verhandlungen einvernehmlich zustande gekommenen Regelung den Bedürfnissen der mit Sonderzahlungen ausgestatteten Versichertenkreise nunmehr voll Rechnung getragen ist. Ein Antrag des Abgeordneten Kandutsch (VdU), der das in der Regierungsvorlage enthaltene Unrecht gegenüber den Beziehern von Sonderzahlungen dadurch aus der Welt schaffen wollte, daß der 14. Monatsbezug und eventuelle weitere Sonderzahlungen aus der Beitragspflicht wieder herausgenommen werden, war von den Regierungsparteien schon vorher abgelehnt worden, weil er der Grundtendenz des Gesetzes, möglichst alle Entgeltteile in die Beitragsgrundlage einzubeziehen, um sie für eine Erhöhung der Rente wirksam zu machen und dadurch die späteren Renten möglichst weitgehend an das tatsächliche Gesamteinkommen während der Erwerbstätigkeit heranzubringen, entgegenstand. Außerdem hätte er für alle Sonderzahlungen bis zu einem Monatsbezug oder vier Wochenbezügen, die nach wie vor beitragspflichtig geblieben wären, keine Gegenleistung bei der Bemessung der Renten gebracht.

**Zu § 45:**

(36) Die Regierungsvorlage sieht als Höchstbeitragsgrundlage für den Kalendertag

- a) in der Krankenversicherung 80 S,
- b) in der Unfall- und Pensionsversicherung 120 S

vor. Diese Fassung bedurfte einer Ergänzung. Wohl ordnet § 46 an, daß bei Feststellung der Lohnstufe der Monat zu 30, die Woche zu 7 Tagen anzusetzen ist; § 44 hingegen enthält bei Festsetzung der Beitragsgrundlagen nach dem wirklichen Arbeitsverdienst keine korrespondierende Bestimmung. Dies würde dazu führen, daß bei Berechnung der Beiträge nach Monaten die monatliche Höchstbeitragsgrundlage verschieden hoch wäre, je nachdem, ob es sich um einen Monat mit 28, 30 oder 31 Tagen handelt, was offensichtlich nicht gewollt war. § 45 Abs. 1 trifft nunmehr die notwendige Klarstellung.

**Zu § 51:**

(37) Nach § 15 gehören nunmehr auch die in der Verwaltung eines knappschaftlichen Betriebes tätigen Angestellten zur knappschaftlichen Pensionsversicherung, während sie bisher zur Angestelltenversicherung zugehörig waren. Die Regierungsvorlage nimmt im § 51 Abs. 1 Z. 2 lit. a hierauf noch nicht Bedacht. Die vorliegende Fassung hätte daher zur Folge, daß für diese Gruppe von Versicherten die Beiträge zur Unfallversicherung statt nach lit. a mit 0,5 Prozent nach lit. b mit 2 Prozent wie für die Arbeiter zu bemessen wären, was dem Erfordernis für die Leistungen nicht angemessen wäre. Der Ausschuß hat daher lit. a entsprechend ergänzt.

(38) Die Übernahme der Verwaltungsangestellten in knappschaftlichen Betrieben zur knappschaftlichen Pensionsversicherung macht auch die Abänderung des Textes im Abs. 2 notwendig. Nur so konnte die Differenzierung des Beitragsatzes in der Krankenversicherung auch für den Bereich jener Personen festgelegt werden, die der knappschaftlichen Pensionsversicherung zugehörig sind.

**Zu § 53:**

(39) Der Ausschuß hat für Lehrlinge in den ersten zwei Jahren ihrer Lehrzeit insofern eine Begünstigung in die Regierungsvorlage aufgenommen, als für diese Zeit der Dienstgeber den allgemeinen Beitrag in der Krankenversicherung zur Gänze zu tragen hat. Durch diese Regelung wurde im wesentlichen der bisherige Rechtszustand aufrecht erhalten.

**Zu § 54:**

(40) § 54 Abs. 2 übernimmt die Bestimmung des § 12 Abs. 2 des Rentenbemessungsgesetzes mit einigen geringfügigen Modifikationen. Gegen

diese Fassung sind bereits im Schrifttum verfassungsmäßige Bedenken erhoben worden, weil die Übertragung von Ausführungsbestimmungen zum Gesetz auf Vereinbarungen durch Artikel 18 Abs. 1 des Bundes-Verfassungsgesetzes nicht gedeckt sei. Der Ausschuß hat daher Abs. 2 an die Bestimmungen des § 49 Abs. 4 angepaßt, wonach der Hauptverband ermächtigt wird, diese Festsetzung mit Zustimmung der zuständigen Interessenvertretungen der Dienstnehmer und Dienstgeber und der zuständigen Krankenversicherungsträger zu treffen.

**Zu § 57:**

(41) Die hier aufgestellte Regelung hat im Zusammenhang mit den Entgeltsbestimmungen nach § 48 Abs. 3 Z. 9 über Zuschüsse des Dienstgebers für die Zeit laufender Leistungen aus der Krankenversicherung sowie der Bestimmungen des § 57 Abs. 2 beziehungsweise § 138 Abs. 2 zur Folge, daß die Beitragspflicht stets während des Bezuges von Krankengeld (oder einer Ersatzleistung, wie Krankenhauspflege, Hausgeld, Taschengeld) ruht. Die Regelung übernimmt den bisherigen Rechtszustand (§ 189 Abs. 1 letzter Satz RVO.), derzufolge Zuschüsse des Dienstgebers zum Krankengeld während der Arbeitsunfähigkeit, sofern sie nicht das halbe Entgelt erreichen, beitragsfrei sind.

**Zu § 70:**

(42) Wie bereits in den Erläuternden Bemerkungen zur Regierungsvorlage ausgeführt wurde, ist gemäß § 45 Abs. 2 bei mehrfacher gleichzeitiger Beschäftigung in jedem einzelnen Beschäftigungsverhältnis die Höchstbeitragsgrundlage zu berücksichtigen. § 70 der Vorlage bestimmt nun, was rechtens sei, wenn in solchen Fällen die Summe der allgemeinen Beitragsgrundlagen die Höchstbeitragsgrundlage in der Pensionsversicherung überschreitet, und ordnet an, daß Beiträge über die Höchstbeitragsgrundlage hinaus als Beiträge zur Höhrversicherung zu gelten haben. Praktisch sind nun Fälle denkbar, daß die Höchstbeitragsgrundlage nur um 1 S überschritten wird; es kann sich aber auch ergeben, daß der Versicherte gleichzeitig in drei Beschäftigungen mit Beitragsgrundlagen von je 3600 S pro Monat gemeldet ist. Im ersten Fall würde sich ein Beitrag zur Höhrversicherung von 0,11 S, im letzteren Fall ein solcher von 792 S je Monat ergeben. Eine solche Anwendung der Höhrversicherung stünde aber im Widerspruch mit den Bestimmungen des § 77 Abs. 2, wonach Beiträge zur Höhrversicherung mit mindestens 10 S und höchstens 360 S entrichtet werden können. Es erwies sich daher als notwendig, Abs. 1 durch einen entsprechenden Hinweis auf § 77 Abs. 2 zu ergänzen. Aus den angeführten Gründen mußte aber andererseits auch

12

Vorsorge für den Fall getroffen werden, daß allgemeine Beiträge über die Höchstbeitragsgrundlage hinaus nicht als Beiträge zur Höherversicherung gemäß § 77 Abs. 2 verwendet werden können. Dies geschah durch Einfügen eines neuen Abs. 3.

#### Zu § 73:

(43) Die Erläuternden Bemerkungen zur Regierungsvorlage befassen sich ausführlich mit den Gründen, weshalb der Gesetzgeber eine Neuregelung des Beitragsaufkommens in der Krankenversicherung der Rentner getroffen hat. Die Lösung, die hier versucht wurde, erscheint zweckmäßig, das Verfahren ist wesentlich einfacher als das bisherige Verfahren nach § 83 Abs. 4 SV-ÜG. 1953, sodaß in Hinkunft Streitigkeiten zwischen Renten- und Krankenversicherungsträger über die Höhe des Beitrages ausgeschlossen sind. Die Vorschriften des § 73 regeln aber eine so wichtige Materie, daß es der Ausschuß für notwendig und zweckmäßig hielt, in drei Absätzen Korrekturen anzubringen, um Auslegungstreitigkeiten durch Klarstellung des Textes möglichst zu verhindern. Allerdings bedeutet die Festsetzung des Rentnerkrankenversicherungsbeitrages mit einem einheitlichen Hundertsatz des Rentenaufwandes gegenüber dem derzeitigen Zustand mit einem einheitlichen Beitrag in absoluter Höhe eine Mehrbelastung der Angestelltenversicherungsanstalt, die infolge der höheren Durchschnittsrenten auch einen höheren Rentenaufwand hat und demzufolge einen nicht unbeträchtlich höheren Beitrag zu zahlen haben wird als die Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter. Die Rücksicht auf die schwierige finanzielle Situation der Krankenversicherungsträger hat die Angestelltenversicherungsanstalt veranlaßt, einer solchen Regelung, die zugleich auch eine administrative Erleichterung bedeutet, dennoch zuzustimmen.

(44) Die Regelung des § 73 Abs. 4 der Regierungsvorlage bezieht sich nur auf Gebiets- und Landwirtschaftskrankenkassen und nimmt nicht auf die Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues und die Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen als Krankenversicherungsträger Bedacht. Diese beiden Anstalten haben nicht nur Rentner zu betreuen, die Renten aus ihrem Bereich erhalten, sondern auch Renten für Rechnung anderer Versicherungsträger zu zahlen (Wanderversicherung). Daher ist die Fassung der Regierungsvorlage in dem Sinne zu ändern, daß auch die beiden letztgenannten Versicherungsträger bei der Verteilung der Krankenversicherungsbeiträge berücksichtigt werden können.

(45) Nach dem Text der Regierungsvorlage wären die Rentenbezieher aus der knappschaftlichen Pensionsversicherung, die nach den bisherigen gesetzlichen Bestimmungen keine Beiträge für ihre Krankenversicherung zu leisten

hatten, beitragspflichtig geworden. Der Ausschuß war der Auffassung, den bisherigen Rechtszustand beibehalten zu sollen und hat eine entsprechende Änderung im Text verfügt. Darüber hinaus hat der Ausschuß dieses Sonderrecht auch für die künftig nach dem ASVG. anfallenden Renten aus der knappschaftlichen Pensionsversicherung aufrecht erhalten.

#### Zu § 77 Abs. 2:

(46) Der in der Regierungsvorlage vorgesehene Höchstbeitrag zur Höherversicherung in der Pensionsversicherung wurde entsprechend der Erhöhung der Höchstbeitragsgrundlage auf 3600 S mit 360 S festgesetzt.

#### Zu § 80 Abs. 2 bis 4:

(47) Die Zuschußleistung des Bundes zu den Ausgaben der Rentenversicherungsträger hängt davon ab, ob und in welchem Ausmaß der für ein Geschäftsjahr erwachsende Rentenaufwand, vermehrt um einen Pauschalbetrag von 10 Prozent, die Einnahmen des Rentenversicherungsträgers übersteigt. Den Rentenaufwand bilden die laufenden Renten und Rentensonderzahlungen (13. Rente) einschließlich der Zuschüsse, der Wohnungsbeihilfen, sowie der Abfertigungen der Witwenrenten und der Beitragsrückerstattungen, jedoch ausschließlich der Ausgleichszulagen und der besonderen Steigerungsbeträge zu den Renten für die Höherversicherung. Die 10 Prozent des Rentenaufwandes stellen gewissermaßen ein Limit für alle übrigen Ausgaben des Rentenversicherungsträgers, wie Verwaltungskosten, Rentnerkrankenversicherungsbeiträge, erweiterte Heilfürsorge usw. dar. Würden innerhalb dieses Limits von 10 Prozent die vorangeführten Kosten voll untergebracht werden können, dann wäre der Bundeszuschuß gerade ausreichend, um eine defizitäre Gebarung zu verhindern. Da diese Ausgaben jedoch 10 Prozent des Rentenaufwandes übersteigen — die Beiträge zur Krankenversicherung der Rentner allein betragen schon 6 bis 7 Prozent —, so verhindert die beschlossene Formel über den Bundeszuschuß keineswegs, daß in der Gebarung der einzelnen Rentenversicherungsträger fallweise Defizite entstehen, die durch den Bundesbeitrag nicht gedeckt sind. Sofern bei einzelnen Anstalten in den vergangenen Jahren Überschüsse in der Gebarung erzielt werden konnten, kann eine solche Regelung noch verantwortet werden, obwohl auch bei diesen aktiven Instituten das sachliche und sozialpolitisch berechtigte Bedürfnis besteht, die angesammelten Überschüsse bei allfällig eintretenden Krisen einsetzen zu können und für diese Zwecke zu reservieren. Für jene Rentenversicherungsträger, die nicht über genügende Reserven verfügen, besteht die Gefahr, daß sie eines Tages nicht mehr in der Lage sein könnten, ihren

finanziellen Leistungsverpflichtungen voll nachzukommen. Aus diesem Grunde wurde daher für die Jahre 1958, 1959 und 1960 eine Übergangslösung gesucht, die auf der einen Seite bewirkt, daß aus den laufenden Beitragseinnahmen ein bestimmter Prozentsatz in das Reservevermögen überführt wird, und zwar sind hiefür jedes Jahr 5 Prozent der jeweiligen Beitragseinnahmen vorgesehen, während zugleich in jedem dieser Jahre je 7 Prozent des Reinvermögens am Ende des vorangegangenen Geschäftsjahres in die Gebarung rückgeführt werden sollen. Dadurch wird erreicht, daß Anstalten ohne Reservevermögen in die Lage versetzt werden, im Laufe dieser drei Jahre kleinere Überschüsse zu erzielen, dagegen Anstalten mit größerem Reinvermögen gezwungen sein werden, Teile dieses Reinvermögens bis zu einem bestimmten Ausmaß für die laufenden Ausgaben zu verwenden. Sobald die 5 Prozent der Beitragseinnahmen sich mit den 7 Prozent des Reinvermögens ihrem Betrage nach ausgleichen, tritt ein gewisser Beharrungszustand ein. In der Praxis bewirkt diese Formel, daß die Zuschüsse des Bundes an die einzelnen Rentenanstalten nicht mehr wie früher einen einheitlichen Prozentsatz des Leistungsaufwandes erreichen, sondern je nach der finanziellen Lage des betreffenden Institutes verschieden hoch sein werden, ja bei einzelnen Anstalten überhaupt wegfallen. Der bisherige Rechtszustand, daß jede Anstalt — ohne Rücksicht auf ihre finanzielle Situation — einen einheitlichen Hundertsatz ihres Leistungsaufwandes als Bundeszuschuß zu erhalten hatte — auch dann, wenn dieser Zuschuß nur zur Erhöhung ihres Reinvermögens führte — konnte angesichts der finanziellen Situation des Bundes und der schwierigen Lage einzelner Versicherungsträger, die trotz des prozentuellen Staatszuschusses mit Defiziten abgeschlossen haben, nicht länger verantwortet werden.

(48) Die Bestimmungen des § 80 Abs. 2 bis 4 stellen also eine Kompromißlösung dar. Der Ausschuß ist sich darüber durchaus im klaren, daß die von ihm angenommene Regelung des Bundesbeitrages nur eine Übergangsmaßnahme sein kann, weil mit dieser Regelung die endgültige Bereinigung des Finanzierungsproblems in der Pensionsversicherung, die auf eine wenigstens halbwegs ausreichende Reservenbildung bei allen Pensionsversicherungsanstalten hinauslaufen muß, nicht erreicht werden wird. Für die Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter werden die Abgänge in den nächsten zwei Jahren eine Höhe von etwa 130 Millionen Schilling erreichen, die durch verfügbare Mittel des Umlaufvermögens nur zu einem geringfügigen Teil gedeckt erscheinen. In der Pensionsversicherung der Arbeiter bei der Land- und Forstwirtschaftlichen Sozialversicherungsanstalt werden die Abgänge in den beiden Anlaufjahren des neuen Gesetzes

auf etwa 11 Millionen Schilling geschätzt, denen aus dem Umlaufvermögen überhaupt keine verfügbaren Mittel gegenüberstehen. Die übrigen Träger der Pensionsversicherung werden für die auch bei ihnen auftretenden Gebarungsabgänge Reservemittel heranziehen müssen. Der Ausschuß hat Verständnis für die Auffassung, daß im gegenwärtigen Zeitpunkt die Heranziehung der Mittel des Bundes zur Aufrechterhaltung der Vollbeschäftigung von größter Bedeutung ist. Es wird aber unvermeidlich sein, daß bei endgültiger Regelung der finanziellen Grundlagen der Pensionsversicherung auch für eine entsprechende Reservenbildung insbesondere in der Arbeiterpensionsversicherung Vorsorge getroffen werden muß. Aber auch für die Zwischenzeit erwartet der Ausschuß, daß die zur Aufrechterhaltung der Liquidität der Anstalten notwendigen Mittel diesen zeitgerecht im erforderlichen Ausmaß bereitgestellt werden.

#### Zu § 81:

(49) Die Regierungsvorlage bestimmt, daß die Mittel der Sozialversicherung nur für die gesetzlich vorgeschriebenen oder zulässigen Zwecke verwendet werden dürfen. Ähnliche Bestimmungen waren auch schon bisher in den Sozialversicherungsgesetzen vorgesehen (siehe § 385 Abs. 2 RVO. und § 79 GSVG. 1938). Es ist daher nicht zulässig, die Mittel der Sozialversicherung für Werbung nach privatwirtschaftlichen Gesichtspunkten zu verwenden. Aufklärungsschriften und Mitteilungsblätter, die dem Zwecke der Orientierung der Versicherten und ihrer Dienstgeber dienen, gehören zu den zulässigen Zwecken.

#### Zu § 89:

(50) Nach den Bestimmungen dieser Gesetzesstelle ruhen die Leistungsansprüche, solange sich der Anspruchsberechtigte im Ausland aufhält. Abs. 2 schränkt diese Bestimmung dahingehend ein, daß Auslandsaufenthalte, die im Kalenderjahr zwei Monate nicht überschreiten, ein Ruhen eines Rentenanspruches aus der Unfall- oder Pensionsversicherung nicht bewirken. Mit Rücksicht auf die im Jahre 1955 ratifizierte Konvention über die Rechtsstellung der Flüchtlinge, BGBl. Nr. 55/1955, hat der Ausschuß eine Ergänzung des Abs. 2 aufgenommen, daß das Ruhen nicht eintritt, wenn die Voraussetzungen nach Artikel 24 Z. 2 der Konvention gegeben sind.

#### Erster Teil: Leistungsansprüche.

#### Zu § 93:

(51) Die Ruhensbestimmungen bei Zusammenreffen eines Rentenanspruches aus der Pensionsversicherung mit einem Ruhe(Versorgungs)genuß aus einem öffentlich-rechtlichen pensionsver-

sicherungsfreien Dienstverhältnis sind nicht neu. Erstmals sah das Angestelltenversicherungsgesetz 1926 (Stammgesetz) im § 29 Abs. 1 vor, daß Personen, die einen normalmäßigen Ruhegenuß auf Grund eigener Dienstleistung beziehen und in eine versicherungspflichtige Beschäftigung treten, bei Anfall einer Rente aus der Angestelltenversicherung nur auf einen gekürzten Grundbetrag im Ausmaß von 12 Prozent der Bemessungsgrundlage und dem gebührenden Steigerungsbetrag hätten, gegenüber dem Normalgrundbetrag von 35 Prozent der Bemessungsgrundlage. Begründet wurde diese Maßnahme damit, daß der Rentenwerber ja schon aus seinem Ruhegenuß einen Grundbetrag erhalte (40 Prozent der Bemessungsgrundlage nach zehn Dienstjahren), es daher eine nicht gerechtfertigte Begünstigung dieser Gruppe von Versicherten bedeuten würde, wenn ihnen der Grundbetrag zweimal gegeben würde. Mit Rücksicht darauf aber, daß es unter diesen Personen eine große Anzahl gab, die in den Nachkriegsjahren 1920 bis 1925 vorzeitig abgebaut und in den Ruhestand versetzt wurden, hat der Gesetzgeber es für zweckmäßig erachtet, einen Teilgrundbetrag von 12 Prozent der Bemessungsgrundlage zu belassen. In der 2. Novelle zum AngVG. 1928 wurde der Grundbetrag auf 20 Prozent der Bemessungsgrundlage erhöht und außerdem vorgesehen, daß der Grundbetrag zur Gänze zu zahlen ist, wenn eine Mindestzahl von 180 Beitragsmonaten aus der Pensionsversicherung erworben wurde. Hingegen wurde solche Pensionisten, die erst ab 1. August 1928 erstmalig in eine versicherungspflichtige Beschäftigung eingetreten sind, ein Grundbetrag überhaupt nicht zugestanden, so daß diese bei ihrer zukünftigen Rente nur mehr auf den Steigerungsbetrag verwiesen wurden. Auch hier wurde diese Maßnahme in ähnlicher Weise begründet. Die Regierungsvorlage zum ASVG. übernimmt die Ruhensbestimmungen des jetzigen Rechts unverändert, wie sie seit der Schaffung des Anpassungsgesetzes 1951 bestehen. Nach diesem Gesetz wurde eine Ernährungszulage Personen, die Anspruch auf Ruhe- und Versorgungsgenuß erhoben, nicht zugebilligt. Es ruhte daher bei diesen Personen, und zwar bei Direktrentnern ein Betrag von 239 S, bei Hinterbliebenenrentnern ein solcher von 147 S. Durch die Bestimmungen des § 93 in der vorliegenden Fassung tritt daher gegenüber dem jetzigen Rechtszustand keine Änderung ein.

#### Zu § 94:

(52) Auch die Ruhensbestimmungen des § 94 über das Zusammentreffen eines Rentenanspruches aus der Pensionsversicherung mit einem Entgelt aus einer Erwerbstätigkeit gehen auf die Bestimmungen des § 9 des Sozialver-

sicherungs-Anpassungsgesetzes 1951 zurück; darnach hatte in den Fällen eines Entgeltbezuges aus unselbständiger Erwerbstätigkeit die Ernährungszulage ganz oder teilweise und bei selbständiger Erwerbstätigkeit ohne Rücksicht auf die Höhe des Einkommens zur Gänze zu ruhen. Die Bestimmungen des § 9 SAG. 1951 führten aber deshalb besonders oft zu Härtefällen, weil überhaupt kein Freibetrag vorgesehen war, daher schon ein geringfügiges Einkommen aus einer unselbständigen Erwerbstätigkeit die Ernährungszulage gekürzt hat, bei selbständiger Erwerbstätigkeit aber ohne Rücksicht darauf, ob ein Einkommen überhaupt erzielt wurde, die Ernährungszulage zur Gänze zu ruhen hatte. Die Regierungsvorlage sieht nur mehr ein Ruhen eines Rentenanspruches aus der Pensionsversicherung bei Zusammentreffen mit einem Entgelt aus unselbständiger Erwerbstätigkeit vor. Das Gesetz ordnet überdies an, daß von jedem Einkommen aus unselbständiger Erwerbstätigkeit 500 S auf jeden Fall frei bleiben müssen. Übersteigt das Entgelt aus unselbständiger Erwerbstätigkeit diesen Betrag von 500 S nicht, so tritt überhaupt kein Ruhen ein. Überschreitet das Entgelt diesen Betrag, so ruht die Rente bis zur Höhe des Grundbetrages, wobei jedoch auch in diesem Fall ein Ruhen nur insoweit eintritt, als Rente und Entgelt 1300 S übersteigen. Einige Beispiele sollen dies illustrieren:

**Beispiel 1:** Rentenanspruch 600 S, Einkommen aus unselbständiger Erwerbstätigkeit 700 S. Nach dem Gesetz bleiben 500 S von dem Entgelt frei, die übrigen 200 S würden bis zur Höhe des Grundbetrages einen Ruhensgrund bilden. Da aber ein Ruhen nur dann eintritt, wenn die Summe aus Rente und Entgelt 1300 S im Monat übersteigt, dies aber hier nicht zutrifft, tritt überhaupt kein Ruhen ein, obwohl an sich das Entgelt mehr als 500 S beträgt.

**Beispiel 2:** Rentenanspruch 1000 S, Einkommen aus unselbständiger Erwerbstätigkeit 800 S, Freibetrag 500 S, daher ruht die Rente mit dem den Freibetrag übersteigenden Teil von 300 S, weil Rente und Entgelt zusammen mehr als 1300 S betragen. Die Rente wird daher auf 700 S gekürzt, es sei denn, daß der Grundbetrag der Rente unter 300 S liegt. In diesem Falle würde nur der geringere Betrag ruhen.

**Beispiel 3:** Rentenanspruch 1400 S, Einkommen aus unselbständiger Erwerbstätigkeit 1800 S, Grundbetrag der Rente 600 S, Freibetrag 500 S. Nach Abzug des Freibetrages verbleibt vom Einkommen ein Betrag von 1300 S, der für das Ruhen zur Verfügung steht. Davon können jedoch wegen der Begrenzung mit dem Grundbetrag nur 600 S herangezogen werden. Es ruhen also 600 S. Damit verbleiben an Rente 800 S und das Erwerbseinkommen von 1800 S, zusammen 2600 S. Der Betrag von 1300 S wird

durch Rente und Erwerbseinkommen (3200 S) um 1900 S überschritten. Der Ruhensbetrag von 600 S findet darin bei weitem Platz.

Beispiel 4: Rentenanspruch 600 S, Einkommen aus unselbständiger Erwerbstätigkeit 900 S, Grundbetrag der Rente 300 S, Freibetrag 500 S. Nach Abzug des Freibetrages verbleibt vom Einkommen ein Betrag von 400 S, der für das Ruhen zur Verfügung steht. Davon können jedoch wegen der Begrenzung mit dem Grundbetrag nur 300 S herangezogen werden. Rente und Einkommen (zusammen 1500 S) überschreiten aber die Untergrenze des freizuhaltenden Gesamtbezuges von 1300 S nur um 200 S. Es ruhen also tatsächlich nicht die 300 S des Grundbetrages, sondern nur 200 S. Dem Berechtigten verbleiben an Rente 400 S und das Erwerbseinkommen von 900 S, zusammen 1300 S. Das Gesetz sieht also keine absolute Obergrenze für Rente plus Entgelt vor, hingegen eine Mindestgrenze, unter der eine Kürzung überhaupt nicht eintritt.

#### Zu § 100 Abs. 2:

(53) Wie bereits in den Erläuternden Bemerkungen zum Regierungsentwurf betont wird, ist es Zweck des Abs. 2 zu verhindern, daß mehrere Direktrenten nebeneinander ausbezahlt werden. Der Text des Entwurfes trägt diesem Grundsatz nicht ganz Rechnung, weil das Erlöschen der einzelnen Ansprüche auf den Monatsletzten verlegt wird. Der Ausschuß hat eine entsprechende Korrektur des Abs. 2 vorgenommen und die Worte „folgenden Monatsletzten“ eliminiert, um den in Abs. 2 ausgesprochenen Grundsatz zu verwirklichen und Doppelleistungen zu vermeiden.

#### Zu § 110:

(54) Die Abgabenbefreiung wurde auf die Rechtsbeziehungen im Verhältnis zu den Trägern der Fürsorge ausgedehnt.

#### Zu § 115:

(55) Der Ausschuß hat es für zweckmäßig erachtet, die Wahrung der Geschäfts- und Betriebsgeheimnisse für die fachkundigen Organe der Unfallversicherungsträger auch auf die Zeit nach der Beendigung des Organverhältnisses ausdrücklich auszudehnen.

### Zweiter Teil: Leistungen der Krankenversicherung.

#### Allgemeine Bemerkungen.

(56) Wie schon in der Begründung der Regierungsvorlage ausgeführt wurde, sind im Aufbau, im Leistungsschema und in der Finanzierung der Krankenversicherung keine so entscheidenden

Änderungen eingetreten, wie im Abschnitt über das neue Pensionsrecht. Trotzdem ergeben sich auch in der Krankenversicherung einige Neuerungen von grundsätzlicher Bedeutung, die ihre Struktur erstmalig seit dem nahezu 70jährigen Bestand weitgehend ändern. Es liegt in der Natur der Verhältnisse, daß die Krankenversicherung und ihre Probleme ständig im Vordergrund der Diskussion in der Öffentlichkeit, vor allem der Versicherten, stehen. Dies hängt damit zusammen, daß nahezu alle Bevölkerungskreise zur Krankenversicherung entweder als Versicherte oder Familienangehörige in Verbindung oder als Vertragspartner in Vertragsbeziehungen stehen. Es darf festgestellt werden, daß die in der Öffentlichkeit gegen die Krankenversicherung erhobenen Anwürfe zu Unrecht erfolgt sind. Die österreichische Krankenversicherung hat sich in den schwierigsten Nachkriegszeiten als ein wahrer Hort der Gesundheit und der Erhaltung der Arbeitsfähigkeit für die Arbeiter und Angestellten erwiesen. Diese Leistungsfähigkeit der Krankenversicherung ist umso höher zu werten, als ihr finanzielles Gefüge seit Jahrzehnten keine Änderung erfahren hat. Sollte es tatsächlich einmal zu einer Neukonstruktion der österreichischen Krankenversicherung kommen, dann ist es unerlässlich, neue finanztechnische Berechnungen anzustellen, um der Krankenversicherung jene finanzielle Basis zu geben, die sie in die Lage setzt, alle jene Aufgaben zu erfüllen, die eine moderne Gesundheitsbetreuung, vor allem in der Richtung der Verhütung und Vorbeugung der Krankheit an sie stellt.

(57) Es darf nicht übersehen werden, daß der Prozentsatz der Krankenversicherungsbeiträge im wesentlichen seit mehr als drei Jahrzehnten in unveränderter Höhe belassen wurde, ja daß sogar in der Krankenversicherung der Arbeiter der Beitragsprozentsatz niedriger ist als früher. In der Zusammensetzung der Versicherten sind aber sehr große Veränderungen eingetreten. Gegenüber dem Jahre 1937 sind rund 900.000 Familienangehörige zusätzlich anspruchsberechtigt geworden. Die krankenversicherten Rentner, Kriegshinterbliebenen und Arbeitslosen umfassen rund 40 Prozent des Gesamtversichertenstandes, tragen jedoch zur gesamten Finanzierung der Krankenversicherung nur 20 Prozent bei. 60 Prozent aller Versicherten sind in Beschäftigung stehende Arbeiter und Angestellte; sie decken mit ihren und den Beiträgen ihrer Dienstgeber 80 Prozent des Gesamtaufwandes der Krankenversicherung. Das durchschnittliche versicherte Einkommen ist bei den Arbeitern gering, weil es durch die besonders niedrigen Löhne bestimmter Beschäftigtengruppen, wie Hausbesorger, Hausgehilfen, Lehrlinge, jugendliche Hilfsarbeiter und unständig Beschäftigte empfindlich beeinflusst wird. Im Feber 1955 betrug die durchschnittliche Beitragsgrundlage bei

Arbeitern 1164 S, bei Angestellten 1500 S monatlich. Bei letzteren wirkt sich die Begrenzung des versicherten Einkommens durch die Höchstbeitragsgrundlage von 2400 S monatlich aus. Daraus ergibt sich, daß die Einnahmen der Krankenversicherung eng begrenzt sind und daß keine Möglichkeit besteht, höhere Einnahmen zu erzielen. Angesichts der Lohn- und Gehaltsverhältnisse in Österreich ist eine Erhöhung des Beitragssatzes in der Krankenversicherung ausgeschlossen. Sie kann aber auch deshalb nicht in Betracht gezogen werden, weil die Arbeiter und Angestellten durch die Erhöhung des Pensionsversicherungsbeitrages ohnehin bereits eine Mehrbelastung auf sich nehmen mußten. Eine Senkung der Leistungen ist gleichfalls unmöglich. Es müssen daher sämtliche Aufwendungen der Krankenversicherung in dem durch die Beitragseinnahmen gesteckten Rahmen ihre Deckung finden. Das bedeutet, daß sich alle Anforderungen an die Krankenversicherung, auch die der Vertragspartner, in diesen Rahmen fügen müssen.

(58) Obwohl das Gesetz wertvolle Ansätze einer modernen Gesundheitsbetreuung, vor allem in der Richtung der Krankheitsverhütung und Vorbeugung enthält, lassen es leider die finanziellen Mittel der Krankenversicherung nicht zu, nennenswerte Beträge für die Krankheitsverhütung und Vorbeugung aufzuwenden. Dies ist bedauerlich und der Ausschuß erwartet, daß im Wege einer vernünftigen Organisation und entsprechender Vereinbarungen mit den Vertragspartnern die Krankenversicherungsträger gemeinsam mit den Trägern der Unfall- und der Pensionsversicherung mehr und mehr in die Lage versetzt werden, im Aufgabenbereich der Vorbeugung und Verhütung auch materiell umfangreichere Leistungen erbringen zu können. Der Ausschuß gibt seiner Überzeugung Ausdruck, daß an dem beträchtlichen Aufwand der Krankenversicherung von rund 2,5 Milliarden Schilling ein nicht geringer Teil erspart werden könnte, wenn durch eine zielbewußt durchgeführte Krankheitsverhütung und -vorbeugung das Entstehen und der Ausbruch mancher Krankheiten verhindert worden wäre. Mittel, die für diese Zwecke aufgewendet werden, sind nie verloren, weil sie dazu beitragen, größere Aufwendungen, die lange Krankheit und Siechtum mit sich bringen, zu verhindern.

#### Zu § 131:

(59) Ohne den Ausführungen zum Sechsten Teil dieses Gesetzes vorzugreifen, muß schon hier gesagt werden, daß die Bestimmungen des § 131 eine der bedeutungsvollsten Änderungen im Bereich der Krankenversicherung beinhalten. Erstmalig seit ihrem Bestand wird in der Arbeit-

terkrankenversicherung gesetzlich der Rechtsanspruch des Versicherten und seiner Familienangehörigen auf wahlärztliche Behandlung festgestellt. Die Gründe, die für diese Neuerung maßgebend waren, werden in den Erläuterungen zum Sechsten Teil dargestellt.

(60) Nimmt der Versicherte einen Wahlarzt in Anspruch, so hat er ihn zunächst selbst zu honorieren. Für die wahlärztliche Behandlung sind keine Tarife mit den Ärzten vereinbart, weil die Wahlärzte in keinem Vertragsverhältnis zu den Trägern der Krankenversicherung stehen. Der Versicherte muß sich daher eine saldierte Honorarnote geben lassen, auf Grund welcher er den vorgesehenen Rückersatz von der Krankenkasse erhält. Der Wahlarzt ist nicht berechtigt, auf Rezeptformularen der Krankenkasse Medikamente zu verschreiben; er kann nur Privatrezepte ausstellen. Besorgt sich der Versicherte die Medikamente in der Apotheke auf Grund eines Privatrezeptes, dann muß er die vollen Kosten bezahlen und erhält von der Krankenkasse jene Kosten rückersetzt, die dieser erwachsen wären, wenn das gleiche Medikament auf einem Kassenrezept verordnet worden wäre. Die Krankenordnungen der Träger der Krankenversicherung werden das Recht der Versicherten vorzusehen haben, sich Privatrezepte von der Krankenkasse bestätigen zu lassen. Auf Grund dieses Vermerkes werden die Apotheker solche Rezepte wie Kassenrezepte zu behandeln haben, das heißt, der Versicherte hat in diesem Falle nur die Medikamentengebühr zu entrichten, sofern eine solche vorgesehen ist.

(61) Der Ausschuß sah sich genötigt, im § 131 einige Änderungen durchzuführen, die vor allem der Klarstellung dienen. Der Ausschuß hat daher die Ärzte, die in einem Vertragsverhältnis zur Sozialversicherung stehen, als Vertragspartner bezeichnet, wie dies auch im § 338 vorgesehen ist. Eine weitere nicht unwichtige Änderung nahm der Ausschuß vor, indem er das Ausmaß der Rückersätze, das nach der Regierungsvorlage nur bis zur Höhe der Kosten in eigenen Einrichtungen der Versicherungsträger vorgesehen war, in das tatsächliche Ausmaß der Kosten umwandelte, die dem Träger der Krankenversicherung bei Inanspruchnahme eines Vertragsarztes entstehen. Die Fassung der Regierungsvorlage hätte unter Umständen eine Schädigung der Versicherten bedeutet, wenn ein Träger der Krankenversicherung als Rückvergütung für die wahlärztliche Behandlung nicht die Kosten des Vertragsarztes, sondern einen geringeren Betrag vorgesehen hätte, wozu die Fassung „bis zur Höhe“ die Möglichkeit gegeben hätte. Auch für den Fall der Erste-Hilfe-Leistung wurde unter den im Gesetz vorgesehenen Voraussetzungen die Möglichkeit der Inanspruchnahme eines Wahlarztes sichergestellt.

**Zu § 132:**

(62) § 132 enthält eine Bestimmung, die von den Vertretern der Ärzteschaft sehr bekämpft wurde. Diese fordert die gesetzliche Einführung einer Einkommensgrenze in der sozialen Krankenversicherung für Arbeiter und Angestellte. Diese Forderung wurde damit begründet, daß es den Ärzten nicht zugemutet werden kann, begüterte Versicherte zu den gleichen Vertrags-tarifen zu behandeln wie minderbemittelte Versicherte. Der Ausschuß konnte sich aus grundsätzlichen Erwägungen nicht dazu entschließen, dieser Forderung der Osterreichischen Ärztekammer Rechnung zu tragen. Es mag zunächst tatsächlich den Anschein haben, als wäre es ungerecht, daß der bestsituierte Versicherte ebenso die Krankenbehandlungen als Sachleistung in Anspruch nehmen kann, wie zum Beispiel der jugendliche Hilfsarbeiter und der Lehrling. Bei näherer Prüfung erweist sich jedoch, daß es mit dem sozialen Gedanken einer gesetzlichen Krankenversicherung unvereinbar ist, ungleiche Versicherungsbedingungen zu schaffen. Wenn das Gesetz den Grundsatz aufstellt, daß jede in einem Dienstverhältnis stehende Person vollversichert ist, dann müssen allen Versicherten die gleichen Ansprüche zustehen. Einerseits die Versicherungspflicht zu statuieren und bis zur Höchstbeitragsgrundlage jeden Versicherten mit dem gleichen Beitragsprozentsatz zur Beitragsleistung heranzuziehen, andererseits aber den Anspruch auf Leistungen nach der Höhe des Einkommens zu differenzieren, würde dem Grundsatz der Versicherungsgerechtigkeit widersprechen und begründeterweise den Unwillen der Versicherten hervorrufen, die bei gleicher, meist aber sogar wesentlich höherer Beitragsleistung einen beschränkten oder bei bestimmten Leistungen überhaupt keinen Anspruch hätten. Dieser Kreis von Versicherten könnte mit Recht verlangen, überhaupt aus der Krankenversicherungspflicht ausgenommen zu werden. Aus diesen Erwägungen heraus hat es der Ausschuß bei der bisherigen Regelung belassen, wonach die Satzung des Krankenversicherungsträgers zu bestimmen hat, ob und unter welcher Voraussetzung für Versicherte, deren Entgelt einen satzungsmäßig festzustellenden Betrag überschreitet, an Stelle der Sachleistungen der Krankenbehandlung oder der Krankenhauspflge Barleistungen gewährt werden.

(63) Im übrigen ist der Ausschuß der Meinung, daß es keine Vertragsverletzung des Vertragsarztes darstellt, wenn er von dem Anspruchsberechtigten, der bei einer Privatkrankenversicherungsanstalt eine freiwillige Zusatzversicherung abgeschlossen hat, deren Leistung für die ärztliche Inanspruchnahme entgegennimmt.

**Zu §§ 133 bis 143:**

(64) Auf Grund dieser Bestimmungen haben Versicherte wie auch ihre Familienangehörigen folgende Möglichkeiten, ärztliche Behandlung in Anspruch zu nehmen:

1. Behandlung durch einen Vertragsarzt.
2. Behandlung durch einen Wahlarzt.
3. Behandlung in einem Ambulatorium des Trägers der Krankenversicherung, bei dem die Anspruchsberechtigung besteht.
4. Behandlung in Vertragsambulatorien, insbesondere in dem Ambulatorium eines anderen Versicherungsträgers.

Unter allen diesen Möglichkeiten besteht für den Anspruchsberechtigten völlig freie Wahl. Das bedeutet, daß alle Gesundheitseinrichtungen, die es in Osterreich gibt, den Versicherten zur Verfügung stehen. Während die Behandlung bei den Vertragsärzten und in den Ambulatorien kostenfrei ist, muß der Wahlarzt vom Versicherten selbst honoriert werden; er hat gegen seine Krankenkasse Anspruch auf Rückersatz in der Höhe der Kosten, die dem Träger der Krankenversicherung bei Inanspruchnahme eines Vertragsarztes erwachsen wären.

(65) Die Osterreichische Ärztekammer hat einen wirksamen Schutz gegen die behauptete Konkurrenz der kasseneigenen Ambulatorien verlangt. Dazu muß festgestellt werden, daß schon bisher dem Versicherten die Wahl überlassen war, ob er sich bei einem Vertragsarzt oder in einem Kassenambulatorium behandeln lassen will. Um jedoch die Bemühungen zu unterstützen, eine Atmosphäre enger Zusammenarbeit zwischen den Trägern der Krankenversicherung und der Ärzteschaft im Interesse der Versicherten herbeizuführen, hat schon die Regierungsvorlage vorgesehen, daß Zuzahlungen zu Leistungen in den Ambulatorien und bei Vertragsärzten gleich hoch sein müssen. Der Ausschuß ist noch einen Schritt weiter gegangen und hat klargestellt, daß die Wahl der Behandlung zwischen dem Vertragsarzt und dem kasseneigenen Ambulatorium unter gleichen Bedingungen für den Versicherten freigestellt sein muß.

**Zu §§ 144 bis 152:**

(66) Ein besonderes Problem stellt für die Träger der Krankenversicherung die Krankenhauspflge dar, dies vor allem im Hinblick auf ihre Kosten. Nach dem Gesetz wird die Höhe der durch die Träger der Krankenversicherung zu zahlenden Verpflegskosten und die Dauer dieser Zahlung durch privatrechtliche Verträge geregelt. Dieser Vorgang ist für die Vertragspartner zweifellos etwas komplizierter als wenn das Gesetz selbst das Ausmaß der Verpflegskosten bestimmen würde, das von den Krankenkassen zu tragen ist. Die vorgesehene Regelung erwies

sich jedoch deshalb als notwendig, weil das neue Krankenanstaltengesetz noch nicht beschlossen ist und erst genaue Unterlagen gesammelt werden müssen, bevor dazu übergegangen werden kann, im Gesetz selbst den Kostenanteil der Krankenkassen für die Verpflegskosten zu bestimmen. Der Ausschuss teilt daher die Auffassung, die bei den Parteienverhandlungen vertreten wurde, daß bis auf weiteres die Regelung der Verpflegskostenzahlung durch die Krankenkassen und die Dauer der Kostentragung Verträgen vorbehalten bleiben soll.

(67) Gegenüber der Regierungsvorlage hat der Ausschuss eine Reihe von Verbesserungen durchgeführt. Im § 148 Z. 2, welche Bestimmung eine Kostenbeteiligung der Familienangehörigen vorsieht, wurde die Möglichkeit offen gelassen, die Entrichtung des Familienkostenanteiles der vertraglichen Regelung zwischen Krankenkasse und Krankenhaus oder der internen Regelung zwischen Versichertem und seinem Krankenversicherungsträger durch die Krankenordnung zu überlassen. In der Z. 3 desselben Paragraphen wurde die Blutspendengebühr aus der allgemeinen Verpflegungsgebühr herausgenommen, weil schon jetzt die Krankenkassen neben den Verpflegskosten die Blutspenden gesondert bezahlen. Hingegen erachtet es der Ausschuss als selbstverständlich, daß bei der medikamentösen Behandlung im Spital alle erforderlichen Heilmittel und Arzneien beigelegt werden, die zur raschen Wiederherstellung des Patienten erforderlich sind. Der Forderung, neben den Verpflegskosten auch noch eine besondere Gebühr für hochwertige Heilmittel vorzusehen, konnte der Ausschuss nicht zustimmen.

(68) Zu § 148 Z. 4 ist zu bemerken, daß sich die Krankenanstalten gegen das Spitalanschaurecht der Krankenkassen gewandt haben. Der Ausschuss hält jedoch dieses Recht der Träger der Krankenversicherung für unerläßlich, weil es dem Kostenträger nicht verwehrt werden kann, sich darum zu kümmern, ob diese Kosten auch durch die zu erbringenden Leistungen gerechtfertigt sind. Der Ausschuss hat jedoch Vorkehrungen getroffen, daß diese Spitalanschau in einer Weise erfolgt, die weder den Patienten beunruhigt, noch eine Bloßstellung des behandelnden Spitalsarztes mit sich bringt. Die Spitalanschau kann in Zukunft nur ein Facharzt und nur im Einvernehmen mit der Krankenanstalt durchführen. Im übrigen war schon bisher in allen Krankenhausverträgen das Spitalanschaurecht der Krankenkassen im Einvernehmen mit der Krankenanstalt vorgesehen.

(69) Im § 148 Z. 5 hat der Ausschuss eine bedeutungsvolle Änderung gegenüber der Regierungsvorlage vorgenommen. Während bis zum Jahre 1938 die Regelung bestanden hat, daß über die vom Träger der Krankenversicherung geleisteten Kosten hinaus der Träger der Kranken-

anstalt weder vom Versicherten noch von einem Unterhaltsverpflichteten irgendwelche Leistungen zur Deckung jener Verpflegskosten fordern durfte, die durch die Zahlung der Krankenkasse nicht gedeckt waren — eine Bestimmung, die von der Regierungsvorlage übernommen wurde —, hat der Ausschuss diese Bestimmung dahin abgeändert, daß dem Träger der Krankenanstalt nur für jene Zeit kein Anspruch auf Ersatz der Verpflegskosten gegenüber dem Versicherten zusteht, als der Träger der Krankenversicherung nach dem ASVG. zur Leistung verpflichtet ist.

(70) Die Änderungen in der Vorlage bei den öffentlichen Krankenanstalten sind im wesentlichen auch für die privaten Krankenanstalten übernommen worden. Im § 149 Abs. 2 wurde überdies eingefügt, daß es sich hier ebenso um eine Grundsatzbestimmung wie bei § 148 handelt. Auch in den nichtöffentlichen Krankenanstalten kann nur ein Facharzt mit Zustimmung der Anstalt die Spitalanschau durchführen. Die Gleichstellung der gemeinnützigen Krankenanstalten hinsichtlich der zu vereinbarenden Verpflegungskostensätze mit denen der nächstgelegenen öffentlichen Krankenanstalt wurde dahin richtiggestellt, daß die gemeinnützige nicht öffentliche Krankenanstalt gleichartige oder annähernd gleichwertige Einrichtungen aufweisen muß wie die zum Vergleich herangezogene nächstgelegene öffentliche Krankenanstalt, während es bisher in der Regierungsvorlage hieß, daß sie gleichartige und annähernd gleichwertige Einrichtungen besitzen muß.

#### Zu §§ 153 bis 171:

(71) Auch bei der Zahnbehandlung hat der Ausschuss die erforderlichen Klarstellungen vorgenommen, um auch auf diesem Leistungssektor die freie wahlärztliche Behandlung sicherzustellen. Der Versicherte kann somit einen Vertragszahnarzt, einen sonstigen Vertragsarzt, der zur Zahnbehandlung berechtigt ist, einen Wahlzahnarzt, einen Vertragsdentisten, einen Wahldentisten, ein kasseneigenes Zahnambulatorium oder ein Zahnambulatorium einer anderen Kasse, als jener, bei der er versichert ist, nach seiner freien Wahl aufsuchen.

### Dritter Teil: Unfallversicherung.

#### Allgemeine Bemerkungen:

(72) Die gesetzliche Unfallversicherung hat in der Regierungsvorlage im Verhältnis zu den anderen Versicherungszweigen die wenigsten Probleme aufgeworfen. Das bedeutet, daß sie den Aufgaben, die an sie gestellt werden, in ihrer gegenwärtigen Form gerecht wird. Die Regierungsvorlage vermeidet daher in diesem Bereich wesentliche Abweichungen von dem bisherigen

Rechtszustand und auch der Ausschuß war der Auffassung, daß größere ins Gewicht fallende Abänderungen unterbleiben können. Es soll jedoch festgehalten werden, daß nicht nur die Gewährung von Entschädigungen nach eingetretenen Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten zum Aufgabengebiet der gesetzlichen Unfallversicherung gehört. Im Gegenteil, die Verhütung von Arbeitsunfällen und von Berufskrankheiten sowie die Gewährung von Berufsfürsorge und Heilbehandlung nach den modernsten Gesichtspunkten sind Aufgaben, die der Barentschädigung von eingetretenen Unfällen vorangehen müssen. Der Ausschuß ist daher der Ansicht, daß diese Aufgaben einer modernen Unfallversicherung nicht übersehen werden dürfen. Die gesetzliche Unfallversicherung ist durch die Pflichtleistung der Unfallbehandlung in allen jenen Fällen, in denen diese einen medizinisch wirksameren Erfolg verspricht, als dies etwa durch die Krankenbehandlung im Rahmen der Krankenversicherung zu erwarten ist, zum Eingreifen berufen. Die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt hat — wie dem Ausschuß bekannt ist — in den letzten Jahren durch einen besonders großzügigen Ausbau von Unfallkrankenhäusern Möglichkeiten für eine Unfallheilbehandlung geschaffen, die nunmehr den unfallverletzten Personen durch planmäßige Maßnahmen nutzbar gemacht werden müssen. Es werden Wege zu finden sein, auf welche Weise diese Einrichtungen für eine Spezialunfallheilbehandlung im zunehmenden Maße der gesamten Bevölkerung zur Verfügung gestellt werden können. Gerade im Hinblick auf die Zunahme der Verkehrsunfälle in letzter Zeit gewinnt diese Frage eine entsprechende Bedeutung. Die im Gesetz vorgesehenen Richtlinien (§ 194) sollen die praktische Möglichkeit bieten, daß in Zusammenarbeit mit den Trägern der Krankenversicherung die Erfassung jedes Arbeitsunfallverletzten ermöglicht wird, um diesen — falls erforderlich — der besonderen Unfallheilbehandlung zuzuführen.

(73) Da die Gebarung der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt in der letzten Zeit durch die Ausgaben für die Errichtung der Unfallkrankenhäuser wie auch durch die Aufwertung der Renten nach dem Rentenbemessungsgesetz beengt war, hat das Gesetz die Abzweigung der Unfallversicherungsbeiträge für die Zweige der Pensionsversicherung nicht unwesentlich vermindert beziehungsweise — soweit es sich um Angestellte handelt — überhaupt beseitigt. Die hiedurch zu erwartende Verbesserung der finanziellen Lage der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt läßt erwarten, daß die Durchführung der gesetzlichen Unfallversicherung den Intentionen gerecht wird, welche der Ausschuß bei einer modernen und aktiven Unfallversicherung voraussetzt.

#### Zu § 175:

(74) Im Abs. 3 enthält die Regierungsvorlage unter Z. 3 eine Bestimmung, die dem Ausschuß im Hinblick auf die fast gleichlautende Textierung des Abs. 2 Z. 3 entbehrlich schien. Allerdings wurde eine Klarstellung für notwendig erachtet, die für den Bereich der Land- und Forstwirtschaft auch jene Tätigkeiten des Versicherten in den Unfallversicherungsschutz einbezieht, die mit der Gewinnung und Verarbeitung von land- und forstwirtschaftlichen Produkten zusammenhängen, sofern diese dem Versicherten vom Dienstgeber als Sachbezüge gewährt werden. Um jeden Zweifel auszuschließen, wurde beschlossen, im Abs. 3 unter Z. 3 eine ausdrückliche diesbezügliche gesetzliche Regelung vorzusehen. Damit soll insbesondere die Tätigkeit des land- und forstwirtschaftlichen Arbeiters in den Unfallversicherungsschutz einbezogen werden, die sich mit der Schlägerung und Bringung von Holz beschäftigt, welches dem Versicherten als Deputat zusteht.

#### Zu § 176:

(75) Die Regierungsvorlage hat gewisse Unfälle den Arbeitsunfällen gleichgestellt und die Entschädigung damit den Unfallversicherungsträgern beitragsfrei aufgetragen. Soweit es sich um Fälle handelt, die im Abs. 1 Z. 2 und 3 aufgezählt sind, ist es unbillig, die Entschädigung an die Voraussetzung einer bestehenden gesetzlichen Unfallversicherung zu knüpfen. Das würde nämlich dazu führen, daß jener Lebensretter, der auf Grund seiner sonstigen Beschäftigung unfallversichert ist, den vorgesehenen Schutz genießen würde, während jener Lebensretter, bei dem dies nicht der Fall ist, hievon ausgeschlossen wäre. Der Sinn der Regelung liegt doch offenbar darin, daß auf diese Weise Tätigkeiten, die aus altruistischen Beweggründen im Interesse der Allgemeinheit unternommen werden (Lebensrettung, Hilfeleistung in Unglücksfällen oder allgemeiner Gefahr usw.) in den Unfallversicherungsschutz einbezogen werden, gleichgültig ob sie von einer Person gesetzt werden, die ansonsten unfallversichert ist oder nicht. Dies gilt in gewissem Sinne auch für die unter Z. 3 aufgezählten Tätigkeiten. Der Ausschuß war daher der Meinung, daß im Einleitungssatz die Worte „unfallversicherter Personen“ entfallen sollen. Durch die Einfügung eines neuen Absatzes als Abs. 2 soll dieser Gedanke noch deutlicher zum Ausdruck gebracht werden.

(76) Darüber hinaus hat sich der Ausschuß entschlossen, die in Abs. 1 Z. 2 angeführten Tätigkeiten zu erweitern. Zunächst wurde zum Ausdruck gebracht, daß die Rettung eines Menschen nicht nur aus tatsächlicher, sondern auch aus einer vermuteten Lebensgefahr den vorgesehenen Schutz genießen soll. Es wird oft für den zur Rettung bereiten Menschen im Augenblick, in dem

er sich zur Tat entschließt, schwer sein zu beurteilen, ob eine tatsächliche Lebensgefahr vorliegt. Es soll bei solchen hochherzigen Handlungen nicht etwa dazu kommen, daß der verunglückte Lebensretter bloß deswegen aus dem Schutz der Unfallversicherung ausscheiden muß, weil eine wirkliche Lebensgefahr nicht bestanden hat, obwohl diese nach der Lage der Dinge anzunehmen gewesen wäre. Eine Erweiterung wurde auch in der Richtung vorgenommen, daß die Suche nach vermißten Personen einbezogen wurde. Vor allem im Hochgebirge wurden vermißte Personen von anderen Bergsteigern oder von Hüttenwirten oft unter sehr schwierigen Verhältnissen gesucht. Hier soll ohne Rücksicht darauf, ob für den Vermißten eine Lebensgefahr in dem Zeitpunkt, als nach ihm gesucht wurde, bestanden hat oder nicht — etwa aus dem Grunde, weil er schon tot war — der Schutz der Unfallversicherung eingreifen. Ähnliche Erwägungen haben auch dazu geführt, die Herbeiholung eines Seelsoorgers zu einem in Lebensgefahr befindlichen Erkrankten oder Verunglückten einzubeziehen. Auch hier handelt es sich um Tätigkeiten, die aus ethischen Gründen in selbstloser Weise vorgenommen werden, wobei noch die häufig notwendige Eile eine besondere Unfallgefahr schafft. Der Ausschuß hat daher auf Grund einer Abhandlung, die im österreichischen Archiv für Kirchenrecht 1955 erschienen ist, die angegebene Erweiterung beschlossen und Z. 2 des Abs. 1 entsprechend neu gefaßt. Selbstverständlich tritt der Schutz der Unfallversicherung in allen diesen Fällen nur ein, wenn keine besondere rechtliche Verpflichtung zu einer der angegebenen Tätigkeiten besteht.

#### Zu § 177:

(77) Die Regierungsvorlage begnügt sich vorzusehen, daß als Berufskrankheiten die in der Anlage bezeichneten Krankheiten unter den angeführten Voraussetzungen zu gelten haben. Es fehlt jedoch eine ausdrückliche Anordnung, daß alle bezeichneten Krankheiten nur dann als Berufskrankheiten gelten, wenn sie durch die berufliche Beschäftigung in einem in der Anlage bezeichneten Unternehmen verursacht sind. Auf diese kausale Verknüpfung der Berufskrankheit mit der konkreten beruflichen Tätigkeit kann nicht verzichtet werden. Der Ausschuß hat daher eine Ergänzung in diesem Sinne beschlossen.

#### Zu §§ 178 und 179:

(78) Im Hinblick darauf, daß im Bereiche der Pensionsversicherung die Sonderzahlungen zur Ermittlung der Bemessungsgrundlage für die Leistungen heranzuziehen sind, mußte auch im Bereiche der Unfallversicherung eine diesen Grundsätzen entsprechende Regelung getroffen werden. Zunächst war im § 178 Abs. 2 der Höchstbetrag der Bemessungsgrundlage in der

Unfallversicherung entsprechend zu erhöhen. Auch im § 179 Abs. 1 und 2 war es notwendig, die Sonderzahlungen nach § 49 Abs. 2 des Gesetzentwurfes beziehungsweise nach § 11 Abs. 1 zweiter Satz des Rentenbemessungsgesetzes ausdrücklich in die Bemessungsgrundlage einzubeziehen, allerdings nur in jenem Rahmen, in dem diese Sonderzahlungen im Bereiche der Pensionsversicherung berücksichtigt werden. Der Ausschuß hat daher im § 179 Abs. 1 und 2 die erforderlichen Änderungen vorgenommen.

#### Zu § 181:

(79) Schon bisher wurde für die Entschädigung von Arbeitsunfällen der selbständigen Landwirte und ihrer Familienangehörigen eine durchschnittliche Bemessungsgrundlage zugrundegelegt. Diese Bemessungsgrundlage wurde durch den Vorstand der Land- und Forstwirtschaftlichen Sozialversicherungsanstalt bestimmt. In der Regierungsvorlage fehlt eine gesetzliche Bestimmung, welche die Beibehaltung dieser durchschnittlichen Bemessungsgrundlagen ermöglichen würde. Es war daher notwendig, eine entsprechende Ergänzung im Abs. 2 vorzusehen, wobei allerdings die Festsetzung der Durchschnittssätze der Satzung übertragen wurde.

(80) Für die in die Teilunfallversicherung einbezogenen Versicherungsvertreter setzt § 74 Abs. 1 letzter Satz den Beitrag in derselben Höhe wie er für die gemäß § 8 Abs. 1 Z. 3 lit. a teilversicherten selbständigen Erwerbstätigen vorgesehen ist, fest. Da eine besondere Bemessungsgrundlage für die teilversicherten Versicherungsvertreter in § 181 nicht aufgenommen ist, ist der Ausschuß der Auffassung, daß für diesen Personenkreis die gleiche Bemessungsgrundlage zu gelten hat wie für die selbständigen Erwerbstätigen. Selbstverständlich findet auch bei den teilunfallversicherten Versicherungsvertretern die Bestimmung des § 178 Abs. 1 Anwendung, derzufolge bei der Ermittlung der Bemessungsgrundlage alle Dienstverhältnisse, Erwerbstätigkeiten und sonstigen Tätigkeiten zu berücksichtigen sind, sofern sie in die Unfallversicherung einbezogen sind.

#### Zu § 188 Abs. 2:

(81) Die vorgesehene Zusammenarbeit der Unfallversicherungsträger mit den Arbeitsinspektoren bezieht sich auch auf die Organe der Land- und Forstwirtschaftsinspektionen. § 82 Abs. 2 des Landarbeitsgesetzes, BGBl. Nr. 140/1948, sieht ausdrücklich vor, daß die landwirtschaftlichen Sozialversicherungsträger in Fragen der Unfallverhütung das Einvernehmen mit den Organen der Land- und Forstwirtschaftsinspektionen zu pflegen haben. Diese Bestimmung soll unberührt bleiben.

**Zu § 211:**

(82) Die Regierungsvorlage sieht vor, daß Versicherten eine Übergangsrente oder ein Übergangsgeld gewährt werden kann, wenn bei Fortsetzung ihrer bisherigen Beschäftigung die Gefahr besteht, daß eine Berufskrankheit wieder entsteht oder sich verschlechtert. Nach dieser Textierung ist die Gewährung der angegebenen Leistungen nur dann möglich, wenn eine Berufskrankheit schon einmal eingetreten ist, denn nur dann kann sie wieder entstehen oder sich verschlechtern. Der Ausschuß ist der Auffassung, daß das Wort „wieder“ zu entfallen hat, weil gerade in jenen Fällen, in denen eine Berufskrankheit noch nicht zum Ausbruch gekommen ist, die Möglichkeit bestehen soll, durch einen Berufswechsel dem Eintritt der Erkrankung vorzubeugen. Der Versicherte soll ja durch die Übergangsrente oder durch das Übergangsgeld in die Lage versetzt werden, seinen Beruf ohne finanzielle Schädigung zu wechseln. Abwarten zu wollen, bis die Berufskrankheit wirklich eintritt, um dann erst mit Maßnahmen in der angegebenen Richtung einzusetzen, widerspricht dem in der Unfallversicherung verankertem Gedanken der Verhütung von Unfällen beziehungsweise von Berufskrankheiten. Aus diesen Gründen hat der Ausschuß beschlossen, das Wort „wieder“ im Abs. 1 zu streichen.

**Zu § 215:**

(83) Für den Fall der Wiederverheiratung soll die Witwenrente aus der Unfallversicherung mit dem fünffachen Jahresbetrag abgefertigt werden. Für die Abfertigung mit dem fünffachen Jahresbetrag ist die jeweils von der Witwe bezogene Rente zugrunde zu legen. Der Text der Vorlage nimmt im Abs. 4 nur auf die nach Abs. 1 gebührende Witwenrente Bezug. Dem Ausschuß schien es zur Vermeidung einer Unklarheit notwendig, ausdrücklich zu bestimmen, in welchem Ausmaß die Abfertigung gebührt, wenn die Witwenrente nach Abs. 2 oder 3 bemessen ist.

**Zu § 215:**

(84) Dem Ausschuß schien die Fassung des § 215 Abs. 5 unnötig kompliziert. Der ganze Absatz faßt nicht weniger als sieben Voraussetzungen für das Wiederaufleben des Witwenrentenanspruches in einem Satz zusammen. Überdies war der Satz mit verschiedenen Anordnungen für die wiederauflebende Witwenrente belastet. Der Ausschuß hat sich daher zu einer Neuformulierung entschlossen.

**Vierter Teil: Pensionsversicherung.****Allgemeine Bemerkungen.**

(85) Die Erläuternden Bemerkungen zur Regierungsvorlage stellen bereits zutreffend die wesentlichsten, in diesem Teil des Gesetzes bei

weitem nicht mehr als Kodifizierungsmaßnahmen zu bezeichnenden Änderungen in der Systematik der neuen Pensionsversicherung heraus. Dabei beläßt das Gesetz es in der Regelung der Versicherungszeiten, ihrer Anrechenbarkeit und der Wartezeit im allgemeinen bei der Tendenz des 1. Sozialversicherungs-Neuregelungsgesetzes vom 3. April 1952. In der Frage der Leistungsberechnung aber geht das vorliegende Gesetz neue Wege und setzt so die im 1. Sozialversicherungs-Neuregelungsgesetz in Angriff genommene Reformarbeit fort. Wo allerdings die neuen Methoden der Leistungsberechnung dies zwingend erfordern, mußte das neue Gesetz auch einschneidend in die seit 1. April 1952 geltenden Bestimmungen über die Versicherungszeiten und deren leistungsgestaltende Wirkung eingreifen. Dies gilt vor allem in der Frage der Bewertung von Versicherungszeiten vor dem 1. Jänner 1939 und zwar gleicherweise in der Arbeiter- wie in der Angestelltenversicherung. Das Ziel aller dieser Neuregelungen ist, die Leistungen der Pensionsversicherung in allen Zweigen in einem möglichsten Einklang mit dem Normalverdienst (Bemessungsgrundlage) des Versicherten zu bringen, feste Leistungsteile, denen immer eine gewisse Nivellierungstendenz innewohnt, zu vermeiden und, soweit die auf reiner Versicherungsgrundlage berechnete Leistung in einzelnen Fällen unzureichend bleibt, in Berücksichtigung des Gesamteinkommens des Leistungsberechtigten und seines Familienstandes eine gewisse Mindestleistung zu garantieren (Ausgleichszulagen).

**Zu § 223:**

(86) Die bisherige Regelung (1. SV-NG.) schloß die Möglichkeit aus, nach Eintritt des Versicherungsfalles noch wirksame Beiträge aus einer auf Freiwilligkeit beruhenden Versicherung (freiwillige Weiterversicherung, freiwillige Selbstversicherung) entrichten zu können. Diese Härte beseitigt das vorliegende Gesetz dadurch, daß als Stichtag für die Feststellung der Leistung der Zeitpunkt der Antragstellung beziehungsweise der folgende Monatserste zu gelten hat, sodaß für Leistungen aus allen Versicherungsfällen in der Zeit zwischen dem Eintritt des Versicherungsfalles und der Antragstellung noch freiwillige Beiträge entrichtet werden können.

**Zu § 225 Abs. 1:**

(87) Die Regierungsvorlage enthält hier einen offensichtlichen Druckfehler. Da die Regelung die Beitragszeiten nach dem Inkrafttreten dieses Bundesgesetzes behandelt, muß es statt „nach dem 30. September 1955“ heißen: „nach dem 31. Dezember 1955“.

**Zu § 227:**

(88) Die Einbeziehung von Schulzeiten in den Bereich der Ersatzzeiten versucht, bestimmte

qualifizierte Berufsschulen, die Mittelschulen und die Hochschulen zu erfassen. Da aber nicht alle landwirtschaftlichen Ackerbau- und Forstschulen als Mittelschulen im Sinne der einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen gelten, sondern als Berufsschulen geführt werden, der Besuch einer solchen landwirtschaftlichen Berufsschule aber zweifellos ebenso als sozialversicherungsrechtlich begünstigt anzusehen ist wie der Besuch einer gewerblichen oder kaufmännischen Berufsschule, und schließlich auch die qualifizierten Krankenpflegeschulen als sozialversicherungsrechtlich gleichrangig anzusehen sind, wurde der Text von „zweiklassige gewerbliche oder kaufmännische Berufsschule“ geändert in „zweiklassige gewerbliche, kaufmännische, land(forst)wirtschaftliche oder Krankenpflegeschule“; dabei wurde wegen der unter Umständen weit zurückwirkenden Neuregelung auch das Gebiet der ehemaligen österreichisch-ungarischen Monarchie dem Inland gleichgestellt.

**Zu § 229 Z. 1:**

(89) Wie bereits in den allgemeinen Bemerkungen angedeutet wurde, ist die Neuregelung der Abgeltungsbestimmungen für die Ersatzzeiten in der Pensionsversicherung der Arbeiter, soweit sie vor dem 1. Jänner 1939 liegen, also die Abgeltung der sogenannten österreichischen Vordienstzeiten, aus dem neuen System der Leistungsberechnung zwingend erforderlich. Durch die Pauschalierung solcher Ersatzzeiten in ihrer Wirkung auf die Rentenskala mußte dafür vorgesorgt werden, daß die Versicherten, die bei Inkrafttreten des Gesetzes die Voraussetzungen für die Zuerkennung der Altersrente erfüllen, auch Renten erwarten können, die in ihrem perzentuellem Ausmaß nahe an das Optimum heranreichen, obwohl der Nachweis von 40 Versicherungsjahren infolge Fehlens einer echten Rentenversicherung vor 1939 nicht möglich wird. Als günstigster Fall stellt sich dabei ein Versicherungsverlauf dar, der seit 1. Jänner 1939 bis Anfang 1956 ununterbrochen Versicherungszeiten (Beitrags- oder Ersatzzeiten) aufweist. Die praktische Auswirkung ist aus nachstehendem Beispiel ersichtlich:

Geburtsjahrgang 1891;

nach Vollendung des 15. Lebensjahres bis Ende 1938 volle 33 Kalenderjahre;

Eintritt des Versicherungsfalles Anfang 1956;

Versicherungszeiten für die Leistungsberechnung:

1939 bis 1955 ..... 17 Jahre

Ersatzzeiten gemäß § 229 Z. 1

(33 Jahre zu acht Monaten) ..... 22 Jahre

zusammen ... 39 Jahre

**Zu § 229 Z. 2:**

(90) Vom Standpunkt der Angestellten war die Frage der Anrechnung der nicht versicherten Zeiten vor 1939, gemessen an der für die Arbeiter geschaffenen Regelung, in der Regierungsvorlage noch immer unbefriedigend gelöst, obwohl sie bereits gegenüber dem Referentenentwurf eine weitgehende Verbesserung aufwies. Den Bemühungen der hiezu berufenen gewerkschaftlichen und politischen Vertreter gelang es auch hier, eine für die Angestellten völlig zufriedenstellende Regelung herbeizuführen. Ein gemeinsamer Antrag der Abgeordneten Hillegeist und Altenburger führt dazu, daß auch bei den Angestellten — wie dies bei den Arbeitern schon nach der Regierungsvorlage der Fall war — die Zeiten vom vollendeten 15. Lebensjahr bis zum 31. Dezember 1938, soweit sie nicht als Beitragszeiten ohnehin anrechenbar sind, für die Wartezeit und das Ausmaß der Leistungen angerechnet werden. Ebenso wie in der Pensionsversicherung der Arbeiter unterscheidet das Gesetz auch hier zwischen der Wertung für die Erfüllung der Wartezeit, für die die tatsächliche Dauer dieser Ersatzzeiten maßgeblich ist, unbeschadet der Sechststellung für die Zeiten vor dem 1. Juli 1927, und der Wertung für die Bemessung der Leistung. In ersterer Hinsicht gilt der Stand der Vorschriften am 31. Dezember 1938, wobei die Vorschrift über das Mindestalter von 17 Jahren aufgehoben wird, in letzterer die Regelung, wie sie in Z. 1 für die Pensionsversicherung der Arbeiter getroffen ist. Damit ist auch im Bereiche des Anwartschaftsrechtes und im Bereiche der Leistungsgestaltung durch Versicherungszeiten vor 1939 eine weitgehende Annäherung der Leistungsgrundsätze in beiden Zweigen der Pensionsversicherung erreicht.

**Zu den §§ 231 bis 234:**

(91) Wenn auch an dem System der Versicherungszeiten und ihrer Anrechenbarkeit, wie es das 1. SV-NG. geschaffen hat, nichts geändert wird, so führt doch die Neuordnung in der Leistungsberechnung in der Pensionsversicherung zu einigen Modifikationen auch in den Bestimmungen über die Zählung und Rechnung der Versicherungszeiten, die künftighin nur mehr auf die Monatsbasis abgestellt sein soll. Dazu kommt eine Erweiterung der Zeiten, die in ihrer Wirkung einem Verfall von Anwartschaften vorbeugen sollen, also der Zeiten, die nunmehr schon vom Gesetze selbst „neutrale Zeiten“ genannt werden. Neu in den Katalog der neutralen Zeiten wurden die Zeiten unter Z. 1, 3, 8 und 9 aufgenommen. Die übrigen Zeiten umfassen den gleichen Bereich wie die entsprechenden Zeiten nach dem 1. SV-NG. Sie wurden jedoch zum Teil erweitert und ihre Aufzählung textlich geändert in der Absicht, bisher als Härten empfundene Lücken zu schließen.

(92) Die Erläuternden Bemerkungen zu § 233 sprechen von einer Übernahme der Bestimmungen über die Dritteldeckung in den letzten 36 Monaten „mit dem gleichen Inhalt neben die Wartezeit als allgemeine Voraussetzung für den Leistungsanspruch“. Die neuen Bestimmungen über diese Dritteldeckung haben aber nicht mehr den gleichen Inhalt wie die Parallelbestimmung des 1. SV-NG., wie zu § 237 deutlich ausgeführt wird. Es ist also festzustellen, daß diese Darlegung zu § 233 in den Erläuternden Bemerkungen ungenau ist und nicht dem tatsächlichen Inhalt der neuen Bestimmungen im § 237 entspricht.

#### Zu § 237:

(93) Die Bestimmungen des 1. SV-NG. über die Dritteldeckung während der letzten drei Jahre vor Eintritt des Versicherungsfalles beziehungsweise vor der Antragstellung haben in besonders gelagerten Fällen zu Härten geführt, die in Hinkunft vermieden werden sollen. Da nach bisherigem Recht etwa in den letzten drei Jahren liegende neutrale Zeiten zu einer Schrumpfung des dreijährigen Beobachtungszeitraumes führten, konnten in extremen Fällen Beobachtungszeiten von nur sehr kurzer Dauer verbleiben, in denen dann die Wahrscheinlichkeit einer Deckung durch Versicherungszeiten zu mindestens einem Drittel sehr gering werden konnte. Die Neufassung dieser Bestimmung zielt also darauf ab, der immerhin noch notwendig bleibenden Prüfung der Dritteldeckung auch dann, wenn nahe vor Eintritt des Versicherungsfalles neutrale Zeiten liegen, stets volle 36 Monate zur Verfügung zu halten. Dies wird durch die vorliegende Textierung des § 237 Abs. 1 erreicht. Darüber hinaus aber soll das Erfordernis der Dritteldeckung überhaupt entfallen, wenn die Zeit vom 1. Jänner 1939 oder vom späteren erstmaligen Eintritt in die Versicherung an bis zum Stichtag nach Ausschaltung der neutralen Monate zu drei Vierteln mit Versicherungsmonaten gedeckt ist. Dies stellt gegenüber dem 1. SV-NG. eine wesentliche Verbesserung im Anwartschaftsrecht der gesamten Pensionsversicherung dar.

#### Zu §§ 238—244:

(94) Entscheidender noch als von der Dauer der anrechenbaren Versicherungszeit wird die Höhe der Rente von der Bemessungsgrundlage abhängen, das heißt von der Höhe der Löhne, der Gehälter oder überhaupt der Summen, die der Beitragsentrichtung zugrunde lagen. Während auf Grund des bisherigen Rechtes für die Bemessung der Rente der Gesamtdurchschnitt der Beitragsgrundlagen während des ganzen Versicherungsverlaufes maßgebend war, geht die Tendenz des neuen Gesetzes dahin, für die Be-

messung der Rente nach Möglichkeit die jeweils höchsten Beitragsgrundlagen heranzuziehen. Dies kann natürlich nicht in der Form geschehen, daß sich jeder Rentenwerber den Zeitraum selbst aussucht, der ihm für die Feststellung der Bemessungsgrundlagen persönlich am besten entspricht. Die Wahl dieses Zeitpunktes muß selbstverständlich nach allgemein objektiven Gesichtspunkten erfolgen, um Durchstechereien zu Lasten der übrigen Versicherten zu verhindern. Die Regierungsvorlage sieht für die Feststellung der Bemessungsgrundlage zwei Möglichkeiten vor:

- a) den Durchschnitt der Beitragsgrundlagen aus den letzten 60 Monaten vor Eintritt des Versicherungsfalles und
- b) soweit dies für den Rentenwerber günstiger ist, den Durchschnitt der Beitragsgrundlagen für die erstmalig nach Erreichung des 45. Lebensjahres erworbenen 60 Beitragsmonate.

Es ist anzunehmen, daß dadurch bei der über großen Zahl der Versicherten tatsächlich jener Zeitraum gewählt wurde, während welchem im allgemeinen das höchste Einkommen anzunehmen ist. Es wird kaum vorkommen, daß ein Versicherter gerade außerhalb dieser Zeiten immer das höchste Einkommen hatte, aber während des durch das Gesetz bestimmten und allgemein gültigen Bemessungszeitraumes in seinem Einkommen herabgesunken war. Einzelne Härtefälle lassen sich freilich bei keinem Gesetz vermeiden, das für hunderttausende Menschen Gültigkeit haben und den allgemeinen Bedürfnissen gerecht werden soll. Als Bemessungsgrundlage für die Errechnung der Rente soll also in der Regel der Durchschnitt der Beitragsgrundlagen aus den letzten 60 Monaten der Versicherung dienen, soweit es sich um Monate der Pflichtversicherung handelt. Wenn jedoch in den letzten 60 Beitragsmonaten auch Monate der freiwilligen Versicherung liegen, sollen diese vernachlässigt werden, soweit noch mindestens 36 Monate der Pflichtversicherung aus den letzten 60 Beitragsmonaten für die Feststellung der Bemessungsgrundlage vorhanden sind. Die Beitragsgrundlagen aus der Pflichtversicherung sollen also ungleich stärker auf die Bemessungsgrundlage für die Errechnung der Leistung wirken, als die etwa vorhandenen freiwilligen Beitragsleistungen. Wenn aber in den letzten 60 Beitragsmonaten weniger als 36 Monate der Pflichtversicherung vorhanden sind (unter Umständen auch nur Monate der freiwilligen Versicherung), soll die Bemessungsgrundlage aus den dann überhaupt vorhandenen Beitragsmonaten innerhalb einer Bemessungszeit von 36 Monaten gebildet werden, wobei Monate der freiwilligen Versicherung nur zur Hälfte zählen. Auch in diesem Fall wird also die Pflichtversicherung

wertmäßig vorwiegen. Die Ansetzung der freiwilligen Beitragsmonate nur zur Hälfte findet ihren Ausgleich darin, daß auch nur die Hälfte der Beitragsgrundlagen aus der freiwilligen Versicherung der Errechnung der Bemessungsgrundlage dient. Damit wird bei ausschließlich freiwilliger Versicherung innerhalb des Bemessungszeitraumes tatsächlich der Gesamtwert der freiwilligen Versicherung erfaßt, bei Vorliegen von Monaten der Pflicht- und der freiwilligen Versicherung im Bemessungszeitraum aber wieder den Bemessungsgrundlagen aus der Pflichtversicherung der Vorrang gewahrt.

(95) In die Bemessungsgrundlage nach Vollen- dung des 45. Lebensjahres — eine Alternative zur Normalbemessungsgrundlage, falls es für den Versicherten günstiger ist — sind allerdings nur Beitragsgrundlagen aus der Pflichtversicherung einzubeziehen. Ferner wirkt sich diese Bemessungsgrundlage auf später erworbene Steige- rungsbeträge aus.

#### Zu § 238:

(96) Im Abs. 3 wurde der letzte Satz geändert. Absicht dieser Bestimmung ist es, in die Bemessungszeit nur solche Beitragsmonate ein- zubeziehen, in denen nicht auch als Ersatz für verlorene Lohn Barleistungen der Sozialversicherung gewährt wurden. Die Ein- beziehung auch solcher Monate in die Be- messungsgrundlage würde zu einer nicht vertret- baren Minderung des Lohndurchschnittes führen. Die Regierungsvorlage hat in diesem Sinne an Sozialversicherungsleistungen Krankengeld, Arbeitslosengeld oder Notstandshilfe aus gesetz- licher Versicherung angeführt. Dazu gehören aber, da ihre Wirkung die gleiche ist, auch das Wochengeld und Zeiten, während derer anstelle von Krankengeld Krankenhauspflege auf Rech- nung eines Versicherungsträgers gewährt wurde.

(97) Als unbefriedigend wird vielfach von Dienstnehmern mit höherem Einkommen die verzögerte Auswirkung der mit dem Inkraft- treten des Gesetzes vorgesehenen weiteren Erhöhung der Höchstbeitragsgrundlage auf 3600 S monatlich empfunden werden. Es erscheint deshalb zweckmäßig, über die Dar- stellung in den Erläuternden Bemerkungen zur Regierungsvorlage hinaus nochmals die Gründe darzulegen, die zur Aufnahme der dies- bezüglichen Bestimmung führten (§ 238 Abs. 4). Schon das Rentenbemessungsgesetz hatte in der Absicht, die Renten in Hinkunft stärker als bisher an das tatsächliche Gesamtausmaß des Arbeitseinkommens heranzubringen, ab 1. August 1954 eine Erhöhung der Höchstbeitragsgrundlage von 1800 S auf 2400 S vorgesehen. Dies bewirkt im Zusammenhang mit dem grundsätzlich anders gearteten Rentenaufbau des ASVG., daß Ver-

sicherte mit diesem oder einem höheren Entgelt schon im Jahre 1960 die volle Auswirkung dieser Hinaufsetzung der Höchstbeitragsgrundlage ge- nießen werden, obwohl sie die Jahre vorher ihre Beiträge nur von wesentlich niedrigeren Beitrags- grundlagen gezahlt haben, beziehungsweise zah- len konnten, da die Begrenzung der Beitrags- grundlage nach oben eine höhere Beitragsleistung nicht zuließ. Diese Dienstnehmer, die also schon nach fünf Jahren in den vollen Genuß der er- höhten Beitragsgrundlage für die Bemessung der Rente gelangen und dann eine lebenslängliche Rente auf Basis dieser erhöhten Beitragsgrund- lage beziehen werden, sind sowohl gegenüber den schon früher in den Bezug der Rente ge- kommenen und in gleicher Einkommenslage ge- standenen Versicherten, als auch gegenüber jenen Dienstnehmern, die erst später um ihre Rente einreichen werden, stark begünstigt. Bei Auf- rechterhaltung des bisherigen Grundsatzes der Durchrechnung hätte sich eine solche Hinauf- setzung der Höchstbeitragsgrundlage nur mit einem Bruchteil, nämlich im Verhältnis zur Gesamtdauer der Versicherung, auf die Renten- bemessung ausgewirkt; durch das ASVG. wirkt sie sich jedoch schon nach fünf Jahren voll aus. Versicherte, die erst in späteren Jahren in den Genuß einer Rente gelangen können, werden unter Umständen viel länger ihre Beiträge von der höchsten Beitragsgrundlage entrichten müs- sen und dann auch keine höhere Rente er- halten. Die schon in der nächsten Zeit für eine Rente in Frage kommenden Versicherten haben also keine Ursache, sich über eine un- befriedigende Auswirkung des ASVG. zu beklagen; sie sind im Gegenteil stärker begünstigt als andere Dienstnehmer, die schon durch Jahre ihre Beiträge von ihrem tatsächlichen Entgelt gezahlt haben. Diese Begünstigung glaubte die Regierungsvorlage noch verantworten zu können mit Rücksicht darauf, daß die Betroffenen an der verzögerten Beseitigung der Unterversiche- rung schuldlos waren und weil das dringende Bedürfnis bestand, Arbeitnehmergruppen, die durch die bisherige Form der Rentenberechnung bei Eintritt in den Ruhestand in ihrem Le- bensstandard besonders stark herabgedrückt wurden, nunmehr nicht allzulange auf die für sie günstigeren Auswirkungen des neuen Ge- setzes warten zu lassen. Bei der durch das ASVG. neuerlich vorgenommenen Erhöhung der Höchst- beitragsgrundlage auf 3600 S konnte jedoch eine gleichartige Behandlung der hierfür in Frage kommenden Versicherten hinsichtlich der Aus- wirkung der erhöhten Beitragsgrundlage auf die Rentenbemessung nicht mehr verantwortet werden. Die volle Auswirkung der neuerlichen Erhöhung der Höchstbeitragsgrundlage auf die Bemessungsgrundlage wird nach der vorgesehe- nen Formulierung des § 238 Abs. 4 erst nach zehn Jahren eintreten.

(98) Die Auswirkung im einzelnen, und zwar bereits im Zusammenhang mit den Übergangsbestimmungen des § 528, soll an Hand der nachstehenden Rechnung aufgezeigt werden, die den Grenzfall einer ununterbrochenen Versicherung in den letzten zehn für die Bemessungszeit in Betracht kommenden Jahren bei einem versicherten Einkommen zum Gegenstand hat, das ohne Einrechnung von Sonderzahlungen ständig die jeweils geltende Höchstbeitragsgrundlage erreicht:

Wenn der Versicherungsfall eintritt Ende	beträgt die Bemessungsgrundlage	
	nach § 238 Abs. 4	nach § 526
	Schilling	
1956 .....	2330'—	2065'—
1957 .....	2400'—	2245'—
1958 .....	2425'—	2425'—
1959 .....	2605'—	2605'—
1960 .....	2785'—	2785'—
1961 .....	2965'—	2965'—
1962 .....	3145'—	3145'—
1963 .....	3325'—	3325'—
1964 .....	3480'—	3480'—
1965 .....	3600'—	3600'—

Werden im Einzelfall auch noch Sonderzahlungen zu berücksichtigen sein, so werden je nach ihrer Höhe und je nach dem Eintritt des Versicherungsfalles diese Bemessungsgrundlagen noch ansteigen, im Jahre 1965 bis höchstens 3900 S.

(99) In Abs. 4 wurde ein zweiter Satz eingefügt. Wenn nämlich im Bemessungszeitraum eine freiwillige Versicherung mit einer Beitragsgrundlage von mehr als 2400 S bestanden hat (nach § 76 Abs. 2 vorletzter und letzter Satz kann eine solche Versicherung über 2400 S vom Versicherungsträger sogar erzwungen werden), so muß auch, wenn dadurch die Bemessungsgrundlage ansteigt, es also für den Versicherten günstiger ist, die höhere Bemessungsgrundlage gelten.

#### Zu § 243:

(100) In Abs. 1 Z. 2 wurde unter lit. e eine weitere Bestimmung aufgenommen. Dies ermöglicht, die Leistungen entsprechend etwaigen Mindestbeiträgen zu errechnen. Das Zehnfache des Mindestbeitrages entspricht dabei einem Beitragsatz von 10 Prozent des Entgelts. Es wäre nicht vertretbar, der hohen Beitragsleistung im Falle von Mindestbeiträgen nur das tatsächliche geringere Einkommen bei Berechnung der Leistungen zugrunde zu legen. Es entspricht dem Grundsatz der Äquivalenz zwischen Beitrag und Leistung, daß die Beitragsgrundlage in solchen Fällen nach Maßgabe des Mindestbeitrages angesetzt wird.

(101) In Abs. 1 Z. 3 lit. a war es notwendig zu sagen „in der sechsfachen Höhe“. Es handelt sich bei Zeiten nach § 229 Z. 1 ausschließlich nur um Zeiten vor dem 1. Jänner 1939. Arbeitsverdienste

aus dieser Zeit müssen aber, wie bereits im Abs. 1 Z. 2 lit. a angeführt ist, mit ihrem sechsfachen Wert angesetzt werden.

(102) Im Zusammenhang mit § 243 muß festgestellt werden: Beitragsgrundlagen aus der Zeit vor dem 1. Jänner 1947 sind mit ihrem sechsfachen Betrag anzusetzen. Dies entspricht der Aufwertungsverfügung, die erstmalig im Rentenbemessungsgesetz vom 6. Juli 1954 getroffen wurde (Faktor 1'89 unter Berücksichtigung des bereits in der Anpassungsgesetzgebung erreichten Faktors 3'18). Voraussetzung für die Bewertung mit dem „Sechsfachen“ ist für Beitragsgrundlagen oder Arbeitsverdienste aus Zeiten vor der Umrechnung von Schilling in Reichsmark, daß diese Beitragsgrundlagen im Sinne der Verordnung über die Einführung der Reichsmarkwährung im Lande Österreich vom 17. März 1938 zuerst von Schilling auf Reichsmark umgerechnet werden.

(103) Schließlich wurde ein neuer Abs. 2 eingefügt. Die Absicht dieser Bestimmung ist, aus dem Grundsatz der Parallelität von Beiträgen und Leistungen auch die aus Sonderzahlungen im Sinne des § 49 Abs. 2 zustande gekommenen Beiträge durch Einbeziehung in die Bemessungsgrundlage leistungssteigernd zu gestalten. Da die Sonderzahlungen zu den allgemeinen Beitragsgrundlagen gemäß Abs. 1 noch hinzutreten, wird die Höchstgrenze der Bemessungsgrundlage auf jährlich  $13 \times 3600 = 46.800$  S hinaufgesetzt. Betont werden muß also, daß die Beitragsgrundlagen, deren Durchschnitt in der Bemessungszeit die Bemessungs- also Leistungsgrundlage in der Pensionsversicherung bilden, aus den jeweils gesondert nach § 243 Abs. 1 beziehungsweise § 243 Abs. 2 gegebenen allgemeinen Beitragsgrundlagen (§§ 46 bis 48) beziehungsweise Sonderzahlungen (§ 54) additiv festzustellen sind.

#### Zu § 264:

(104) Über die Schwierigkeiten in der betragsmäßigen Festsetzung der Witwenrente und im Zusammenhalt mit § 266 auch der Waisenrenten geben bereits die Erläuternden Bemerkungen zur Regierungsvorlage Aufschluß. Der Ausschuss hat sich darüber hinaus noch mit einer weiteren Möglichkeit beschäftigt. Es werden die Fälle nicht allzu selten sein, in denen Versicherte, die bereits eine Rente aus einem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit beziehen, nebenher geringfügig weiter arbeiten und damit weitere Versicherungsbeiträge leisten, die zwar nicht für den schon eingetretenen Versicherungsfall, wohl aber für künftige Versicherungsfälle wirksam werden. Stirbt ein solcher Rentenberechtigter, so muß aus dem System der aufeinanderfolgenden und einander ablösenden Versicherungsfälle an eine Neuberechnung des Rentenanspruches geschritten werden. Damit erhebt sich aber die

Frage nach der neuen Bemessungsgrundlage. Daß mehrere Bemessungsgrundlagen in Betracht gezogen werden können, geht bereits aus § 264 Abs. 1 hervor. Nach § 240 wird aber sogar für einen neuen Versicherungsfall, der innerhalb fünf Jahren nach Wegfall einer anderen nach diesem Bundesgesetz festgestellten Rente der Pensionsversicherung eintritt, wenn es für den Versicherten günstiger ist, die bisherige Bemessungsgrundlage für die Errechnung des Grundbetrages und der Steigerungsbeträge bis zum Bemessungszeitpunkt der weggefallenen Rente gewahrt. Umso mehr wird dies aber in den Fällen des § 264 gelten müssen. Handelt es sich also um die Bemessung einer Witwenrente nach einem schon Rentenberechtigten, der nebenher weitere Versicherungsbeiträge geleistet hat, so wird jedenfalls die Höhe des Invaliditätsrentenanspruches primär die Ausgangsbasis für die Feststellung der Witwenrente bilden müssen. Weitere Steigerungsbeträge werden in Berücksichtigung des Grundsatzes des § 230 nach Maßgabe des § 240 noch hinzuzurechnen sein.

#### Zu § 267:

(105) Die Begrenzung der Hinterbliebenenrenten erfuhr eine grundsätzliche Änderung. Es bleibt bei dem schon im bisherigen Recht geltenden Höchstausmaß aller Hinterbliebenenrenten mit dem Betrag, auf den der Versicherte als Invaliditätsrente Anspruch hatte oder gehabt hätte; die Witwenrente der Frau, deren Ehe mit dem Versicherten für nichtig erklärt, aufgehoben oder geschieden worden ist (§ 258 Abs. 4) ist jedoch außerhalb dieser Höchstgrenze zu gewähren. Ihre Höhe richtet sich gemäß § 264 Abs. 4 nach der Höhe des Unterhaltsanspruches und darf die Höhe der der hinterlassenen Witwe gebührenden Witwenrente nicht übersteigen.

#### Zu § 285:

(106) In Abs. 5 wurde eingefügt: „und des besonderen Steigerungsbetrages“ sowie „und der Beitragsmonate aus der Angestelltenversicherung gemäß § 235 Abs. 2“. Dadurch sollen auch bei der Bemessung der besonderen Steigerungsbeträge für die Höherversicherung nur jene Versicherungsmonate berücksichtigt werden, die in der knappschaftlichen Pensionsversicherung erworben wurden. Insgesamt aber soll der Bemessung der normalen und der besonderen Steigerungsbeträge auch eine Zeit aus der Angestelltenversicherung dienen, die zwar dort, aber auf Grund einer bergmännischen Tätigkeit erworben wurde. Dem dient der Hinweis auf § 235 Abs. 2. Die Fassung der Regierungsvorlage war in dieser Hinsicht zu eng.

#### Zu § 289:

(107) Für die vom Ausschuß vorgenommene Änderung in Z. 1 gilt die gleiche Begründung

wie die in den Erläuternden Bemerkungen zur Regierungsvorlage gegebenen Darlegungen zu § 264 hinsichtlich des wertmäßigen Unterschiedes zwischen der Invaliditätsrente und der Altersrente. Im Bereiche der knappschaftlichen Pensionsversicherung mußte lediglich auf deren Terminologie Rücksicht genommen und daher von der Knappschaftsvollrente gesprochen werden.

#### Zu § 292 bis 299:

(108) Wie bereits in den allgemeinen Bemerkungen zum Vierten Teil ausgeführt wurde, sollen durch die Ausgleichszulagen außerhalb der eigentlichen Versicherungsleistungen unter Berücksichtigung des Gesamteinkommens des Leistungsberechtigten und seines Familienstandes gewisse Mindestleistungen garantiert werden. Ausschlaggebende Bedeutung kommt dabei der Festsetzung des Richtsatzes<sup>1)</sup> und der Feststellung des Gesamteinkommens des Rentenberechtigten zu, da ja allein von der Differenz zwischen diesen beiden Größen die Zuerkennung einer Ausgleichszulage und ihre Höhe abhängt. Der Klarstellung dieser Verhältnisse und der Erreichung des mit der Schaffung von solchen Ausgleichszulagen angestrebten sozialen Zieles dienen die folgenden vom Ausschuß vorgenommenen Änderungen des § 292 der Regierungsvorlage.

#### Zu § 292:

(109) Der erste Satz in Abs. 2 wurde ergänzt durch „oder auf die der Rentenberechtigte Anspruch hat“. Damit soll verhindert werden, daß Personen, die als Unterhaltsverpflichtete für den Rentenberechtigten zu sorgen haben, etwa ihre Leistungen vermindern oder einstellen, um so den Anspruch des Rentenberechtigten auf eine Zulage oder auf eine Erhöhung der Zulage herbeizuführen. Es darf nicht der Sinn der gesetzlichen Bestimmungen über die Ausgleichszulagen sein, daß dadurch etwa persönlich Leistungsverpflichtete entlastet und der weitere Unterhalt der Allgemeinheit aufgebürdet wird.

(110) In den letzten Satz des Abs. 2 waren neben den Wohnungsbeihilfen auch aufzunehmen die Beihilfen nach dem Bundesgesetz vom 16. Dezember 1949, BGBl. Nr. 31/50, und vom 15. Dezember 1954, BGBl. Nr. 18/55 (Kinderbeihilfen und Beihilfen nach dem Familienlastenausgleichsgesetz), die Kinderzuschüsse aus dem Leistungsrecht der Unfall- und der Pensionsversicherung, die Rentensonderzahlungen nach dem vorliegenden Bundesgesetz und schließlich solche Einkünfte, die wegen des besonderen körperlichen Zustandes des Rentenberechtigten gewährt werden (Hilfslosenzuschüsse, Blindenzulagen u. dgl.). Die Ausgleichszulage hat, wie bereits mehrfach festgestellt,

<sup>1)</sup> Auf Seite 92 der Erläuternden Bemerkungen muß es heißen statt 500 S richtig 460 S, statt 100 S richtig 50 S und statt 400 S richtig 350 S.

eine besondere soziale Funktion. Diese darf nicht dadurch eingeengt oder gar aufgehoben werden, daß Leistungen, die schon auf Grund anderer Bestimmungen, wegen des Familienstandes oder wegen der besonderen persönlichen Verhältnisse zu gewähren sind, in die Berechnung des Gesamteinkommens einbezogen werden und damit praktisch die Gewährung einer Ausgleichszulage unmöglich gemacht oder eingeengt wird. Dies gilt insbesondere für jene Zuwendungen, die dem Rentenbezieher zur Deckung eines bestimmten Aufwandes zukommen, das sind also neben der Wohnungsbeihilfe die Kinderzuschüsse, Rentensonderzahlungen, Hilflosenzuschüsse, Blindenzuschüsse usw. Würden solche Leistungen bei der Ermittlung des Gesamteinkommens mitzählen, dann würden zum Beispiel kinderreiche Familien oder Hilflose niemals in den Genuß der Ausgleichszulage kommen können, obwohl gerade sie wegen der vorliegenden besonderen Verhältnisse zu wesentlicher höheren Aufwendungen für ihren Lebensunterhalt, für ihre Pflege usw. gezwungen sind.

(111) In Abs. 3 lit. a wurde im zweiten Halbsatz statt „für das Anspruch auf Kinderzuschuß besteht“ textiert „sofern diese Personen überwiegend vom Rentenberechtigten erhalten werden“. Dadurch soll der Richtsatz durch die Zurechnung von Angehörigen nur dann erhöht werden, wenn der Rentenberechtigte überwiegend ihren Unterhalt bestreitet. Es ist nicht zweckmäßig, diese Erhöhung des Richtsatzes auf den Anspruch auf Kinderzuschuß abzustellen, weil damit die in lit. a aufgezählten Angehörigen nach dem zweiten Satz des Abs. 2 auch mit ihrem Einkommen in das Gesamteinkommen des Rentenberechtigten einzubeziehen sind. Die vorgenommene Korrektur schließt also aus, daß etwa Kinder in den Richtsatz und in das Gesamteinkommen einbezogen werden, für die zwar ein Anspruch auf Kinderzuschuß besteht, die aber bereits selbst erwerbstätig sind, zum Beispiel Lehrlinge vor Vollendung des 18. Lebensjahres. Es wäre unbillig, das Einkommen des Lehrlings in das Gesamteinkommen des Rentenberechtigten einzubeziehen und damit die Ausgleichszulage für den an sich bedürftigen Rentenberechtigten auszuschließen, bloß deshalb, weil ohne Rücksicht auf das Lehrlingseinkommen noch ein Anspruch auf Kinderzuschuß besteht.

#### Zu § 299:

(112) Der Ausschuß hat zwei neue Abs. 5 und 6 eingefügt. Der bisherige Abs. 5 wurde Abs. 7. Zweck dieser Einfügung ist es, den Versicherungsträgern in möglichst kurzer Zeit die Ersätze für die geleisteten Ausgleichszulagen oder wenigstens Verläge dafür zukommen zu lassen, weil die Versicherungsträger nicht in der Lage sind, die Ausgleichszulagen auf längere Zeit vorschußweise aus eigenen Mitteln zu bestreiten; außerdem soll

eine Lastenverschiebung zu Gunsten leistungsverpflichteter Dritter verhindert werden.

#### Zu § 301:

(113) Es wurde ein Abs. 4 angefügt, der analog der gleichen Maßnahme in § 189 im Bereiche der Unfallversicherung auch im Bereiche der Pensionsversicherung als Grundsatzbestimmung die im Rahmen des § 148 vorgesehene Regelung der Beziehungen zu den öffentlichen Krankenanstalten vorsieht. Die Träger der Pensionsversicherung sollen im Verhältnis zu den öffentlichen Krankenanstalten den übrigen Versicherungsträgern gleichgestellt werden. Dies ist nicht nur wegen der etwa erforderlichen Leistungsfeststellungen durch klinische Untersuchungen, sondern vor allem bei der Durchführung von Heilverfahren erforderlich.

#### Zu § 303:

(114) Der letzte Satz wurde insofern geändert, als nur Rentenberechtigte aus eigener Versicherung genannt werden und Bezieher von Knappschaftsrente oder Knappschaftssold ausgenommen erscheinen. Die beiden Leistungen aus der knappschaftlichen Pensionsversicherung haben nicht die Aufgabe, eine totale Erwerbseinbuße auszugleichen, sondern sind nur als Abgeltung für eine teilweise Erwerbsminderung gedacht. Bezieher von solchen Leistungen werden daher regelmäßig nur dann in ein Heilverfahren einbezogen werden, wenn sie noch pflichtversichert sind und werden dann als Pflichtversicherte die entsprechenden Leistungen erhalten. Für rentenberechtigte Hinterbliebene werden nur in Ausnahmefällen Familiengelder in Betracht kommen. Taggeld soll aber angesichts der geringeren Rentenhöhe und der auch bei Anstaltsunterbringung noch verbleibenden Verpflichtungen (Mieten usw.) doch gewährt werden.

#### Zu §§ 308 bis 313:

(115) Die vorgesehene Regelung der pensionsversicherungsrechtlichen Auswirkungen der Aufnahme in ein pensionsversicherungsfreies Dienstverhältnis der im § 308 Abs. 2 bezeichneten Art oder das Ausscheiden aus einem solchen Dienstverhältnis beruht auf Verhandlungen, die im Bundesministerium für soziale Verwaltung mit Vertretern der vier Gewerkschaften der öffentlich Bediensteten, des Hauptverbandes und des Bundesministeriums für Finanzen stattfanden. Bei diesen Verhandlungen wurde Übereinstimmung darüber erzielt, daß bei der Aufnahme in ein pensionsversicherungsfreies Dienstverhältnis ein gänzliches Ausscheiden des Bediensteten aus der Pensionsversicherung stattfinden soll. Es wurde jedoch auch einvernehmlich als Voraussetzung hierfür festgestellt, daß die in der Pensionsver-

sicherung erworbenen Versicherungszeiten des Dienstnehmers in die Pensionsversorgung aus dem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis in einem solchen Umfang übernommen werden, daß der Dienstnehmer in der dienstrechtlichen Pensionsversorgung nicht schlechter gestellt wird, als wenn er in der Pensionsversicherung verblieben wäre, er also insbesondere nach Vollendung des 65. Lebensjahres bei Beschäftigung ab dem 18. Lebensjahr einen Ruhegenuß in der vollen Höhe der Bemessungsgrundlage, das ist 78,3 Prozent des Dienstbezuges erreichen kann. Entsprechend dieser einvernehmlichen Stellungnahme wurden sodann im § 308 Abs. 1 die Voraussetzungen für die Leistung eines Überweisungsbetrages durch den Pensionsversicherungsträger formuliert. Die Leistung eines Überweisungsbetrages auch in Fällen zuzulassen, in denen diese Voraussetzungen nicht oder nur zum Teil erfüllt sind, würde zur Folge haben, daß Beitragszeiten und sonstige Versicherungszeiten in größerem Umfang in der Pensionsversicherung verbleiben. Dies durch die Rückerstattung der Beiträge, die übrigens nur für echte Beitragszeiten in Betracht gezogen werden könnte, zu verhindern, wäre nicht im Interesse der Versicherten gelegen, da eine Verwendung der rückerstatteten Beiträge für den Zweck ihrer Versorgung in Frage gestellt wäre. Im übrigen empfiehlt es sich für finanzschwache öffentliche Dienstgeber, den nach dem ASVG. möglichen Weg zu gehen, daß sie ihre öffentlich-rechtlichen Bediensteten in der Pensionsversicherung belassen, die Renten aus der Pensionsversicherung auf die Pensionsbezüge anrechnen und so eine sehr wirksame Rückversicherung für ihren Pensionsaufwand erzielen.

#### **Fünfter Teil: Beziehungen der Versicherungsträger (Verbände) zueinander und Ersatzleistungen. Haftung des Dienstgebers bei Arbeitsunfällen.**

##### **Zu §§ 315 bis 319:**

(116) Künftighin soll der Krankenversicherungsträger, wenn er überhaupt nach einem Arbeitsunfall leistungspflichtig ist, den Aufwand für die ersten vier Wochen nach dem Arbeitsunfall tragen, während der Aufwand nach dieser Zeit dem Unfallversicherungsträger zufällt. Tritt eine Verschiebung der Leistungserbringung gegenüber diesem Grundsatz ein, dann soll dem in Betracht kommenden Versicherungsträger der Ersatzanspruch für die erbrachten Leistungen gegenüber jenem Versicherungsträger zustehen, der nach der aufgestellten Regel an sich den Aufwand in dem betreffenden Zeitraum zu tragen gehabt hätte. Der Ausschuß konnte umso eher dieser Regelung zustimmen, weil schon gegenwärtig im Bereiche der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt abweichend von den Bestim-

mungen der Reichsversicherungsordnung der 29. Tag als Stichtag gehandhabt wurde. Allerdings schien es dem Ausschuß zweckmäßig, den § 316 Abs. 1 so zu formulieren, daß die Diktion der Parallelbestimmung des § 315 Abs. 1 entspricht. Aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung wird weiters der in der Regierungsvorlage enthaltene Abrechnungsvorgang begrüßt, der an Stelle der Einzelabrechnung die Abrechnung durch zu vereinbarende Pauschalbeträge vorsieht. Es ist zu hoffen, daß die in Betracht kommenden Versicherungsträger möglichst rasch zu einer Pauschalabrechnung kommen, wobei zweifellos bei der Ermittlung der Bausätze kleinliche Bedenken, inwieweit nicht etwa die durchgeführte Einzelabrechnung für den einen oder anderen günstiger wäre, zurückzutreten hätten. Dem Ausschuß schiene es unverantwortlich, wenn wegen dieses Abrechnungsverfahrens etwa eine Mehrbelastung für Verwaltungsaufwand entstehen würde.

(117) Der im § 317 Abs. 1 lit. b der Vorlage vorgesehene Ersatzbetrag in der Höhe des  $1\frac{3}{4}$ fachen Krankengeldes schien dem Ausschuß dann zu hoch, wenn nur eine offene Krankenbehandlung gewährt wird. Es wurde daher eine Trennung vorgenommen und der tägliche Ersatzbetrag für jene Zeiten, in denen lediglich Krankengeld und offene Krankenbehandlung geleistet wird, mit dem  $1\frac{1}{2}$ fachen des gebührenden Krankengeldes festgesetzt.

(118) Sowohl im § 317 Abs. 1 als auch in verschiedenen folgenden Paragraphen (§§ 320, 328, 332 Abs. 4), in denen der Ersatzanspruch auf die Höhe des gebührenden Krankengeldes abgestellt wird, könnte ein Zweifel entstehen, ob unter Krankengeld nur das Mindestkrankengeld im Ausmaß von 50 Prozent der Bemessungsgrundlage oder ob darunter auch die im § 141 Abs. 2 und 3 vorgesehene Erhöhung zu verstehen ist. Der Ausschuß ist der Meinung, daß die auf mehr oder weniger persönliche Umstände zurückgehende Erhöhung des Krankengeldes nach der Zeit der Arbeitsunfähigkeit beziehungsweise nach dem Familienstand bei der Bemessung der Ersatzansprüche außer Betracht zu lassen ist. Unter dem gebührenden Krankengeld nach § 141 ist daher lediglich das im Abs. 1 vorgesehene Normalkrankengeld zu verstehen.

(119) Um die Abrechnung der Ersatzansprüche auf der Grundlage des Krankengeldes auch für die Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen voll anwendbar zu machen, mußte im § 317 ein fünfter Absatz angefügt werden, durch den ausgesprochen wird, daß bei den unfallversicherten Beamten der Österreichischen Bundesbahnen, die keinen Krankengeldanspruch haben, ein Sechzigstel des Monatsgehältes an die Stelle des Krankengeldes zu treten hat.

**Zu §§ 323 bis 330:**

(120) Die Regierungsvorlage hat die Beziehungen der Versicherungsträger zu den Fürsorgeträgern im Anschluß an das derzeit geltende Recht geregelt. Der Grundgedanke dieser Regelung geht dahin, daß den Fürsorgeträgern, falls sie ihre Unterstützung sozialversicherten Personen zuteil werden lassen, berechtigt sein sollen, hiefür von den Sozialversicherungsträgern Ersatz zu erhalten. Da es sich bei der Fürsorge um öffentliche Mittel handelt, müssen Fürsorgeleistungen, die neben dem Anspruch auf Sozialversicherungsleistungen gewährt werden, in einem gewissen Umfang ersetzt werden. Allerdings — und das ist der zweite Grundgedanke — muß hiebei darauf geachtet werden, daß der Ersatzanspruch im Interesse des Versicherten beschränkt wird. Jedenfalls darf durch den Fürsorgeträger nicht so weit auf die Versicherungsleistungen gegriffen werden, daß der Versicherte — vor allem der Rentenbezieher — seinen Lebensunterhalt nicht mehr decken kann und dann neuerlich auf die Fürsorge angewiesen wäre. Der Ausschuß vermißte allerdings eine Bestimmung, welche den Fürsorgeträgern das Recht gibt, dann auf die Rente zu greifen, wenn der Rentenberechtigte in einer Anstalt auf Rechnung des Fürsorgeträgers den vollen Unterhalt erhält. Das Verlangen der Fürsorgeträger ist berechtigt, auch in diesen Fällen in gewissen Grenzen die Rente, die gleichfalls zur Deckung des Lebensunterhaltes bestimmt ist, beanspruchen zu können. Aus diesem Grunde wurde im § 324 ein dritter Absatz angefügt, der den Rückgriff des Fürsorgeträgers auf die Rente in die Form einer Legalzession kleidet und die Sicherung trifft, daß dem Rentenberechtigten je nach seinen Unterhaltsverpflichtungen ein entsprechender Teil der Rente verbleibt.

**Zu §§ 332 bis 337:**

(121) Die Regelung der Schadenersatzansprüche in Verbindung mit den Leistungsansprüchen gegenüber den Sozialversicherungsträgern ist Zivilrecht. Es handelt sich hier um die rechtspolitisch bedeutsame Frage, in welcher Weise das Sozialversicherungsrecht in die Gesamtrechtsordnung eingefügt werden kann. Wenn der Leistungsgrund eines Sozialversicherungsträgers auf ein Verhalten zurückgeht, das zivilrechtlich einen Schadenersatzanspruch erzeugt, treten die Ansprüche des Beschädigten gegenüber dem Sozialversicherungsträger sowie gegenüber dem zivilrechtlich Haftenden in Konkurrenz. Es ist nun erforderlich, diese konkurrierenden Ansprüche in der Weise zu ordnen, daß die Haftung des Beschädigers inhaltlich durch das bestehende Sozialversicherungsverhältnis nicht geändert wird. Weiters ist vorzuzusetzen, daß der sozialversicherte Beschädigte

jedenfalls die Leistungen aus der Sozialversicherung, den zivilrechtlichen Schadenersatz jedoch nur insoweit erhält, als er die sozialversicherungsrechtlichen Ansprüche übersteigt. Der Ausschuß war daher der Meinung, daß an dieser Konstruktion, die sich schon im alten österreichischen Recht vorfindet, nichts geändert werden soll. Er begrüßt es, daß die Fassung des § 332 nunmehr ausdrücklich den Nichtübergang des Schmerzensgeldes auf den Versicherungsträger vorsieht.

(122) Die Haftung des Dienstgebers gegenüber den Sozialversicherungsträgern soll nur dann eintreten, wenn der Dienstgeber beziehungsweise der ihm Gleichgestellte den Arbeitsunfall (die Berufskrankheit) vorsätzlich oder grob fahrlässig verursacht hat. Da es sich hier um einen originären Anspruch handelt, hat die Rechtsprechung schon bisher festgestellt, daß das Mitverschulden des Versicherten diese Haftung nicht aufhebt oder mindert. Die Sonderregelung über die Haftung des Dienstgebers gegenüber dem Dienstnehmer wie auch gegenüber den Versicherungsträgern bei Arbeitsunfällen hat ihren Grund darin, daß die gesetzliche Unfallversicherung entsprechend ihrer historischen Wurzel gleichzeitig als Ablöse der Unternehmerhaftpflicht konstruiert ist. Dem Versicherten gegenüber ist der Unternehmer praktisch von jeder Haftung befreit, da die Haftungsvoraussetzung des Vorsatzes kaum eintreten wird. Dem Versicherungsträger gegenüber ist der Dienstgeber bei leichter Fahrlässigkeit auch von jeder Haftung befreit; nur bei grober Fahrlässigkeit ist eine Haftung gegenüber dem Versicherungsträger zugelassen, weil ansonsten die Gefahr bestünde, daß jene Unternehmer, welche ihre Betriebe unter Beachtung der Arbeitnehmerschutzvorschriften führen, mit ihrer Beitragsleistung auch für jene Unfälle aufkommen müßten, die durch grobe Nachlässigkeit entstehen. Allerdings soll darüber, was als grob fahrlässiges Verhalten anzusehen ist, im Streitfall das in Betracht kommende Zivilgericht entscheiden. Der Ausschuß hat es jedoch für notwendig erachtet, durch eine ausdrückliche Ergänzung vorzusehen, daß der Sozialversicherungsträger dann, wenn der Dienstgeber den Arbeitsunfall grob fahrlässig, jedoch nicht vorsätzlich herbeigeführt hat, auf den Ersatzanspruch ganz oder teilweise verzichten kann, wenn die wirtschaftlichen Verhältnisse des Verpflichteten dies nahelegen.

**Sechster Teil: Beziehungen der Träger der Sozialversicherung und ihrer Verbände zu den Ärzten, Dentisten, Hebammen, Apotheken, Krankenanstalten und anderen Vertragspartnern.**

**Zu §§ 338 bis 351.**

(123) Dieser Teil regelt die Beziehungen zu den Vertragspartnern, vor allem zu den Vertrags-

ärzten. Der Ausschuss hat für das Bestreben der Ärzteschaft, ihre freiberufliche Tätigkeit auch im Rahmen der vertraglichen Beziehungen mit den Sozialversicherungsträgern gewahrt zu sehen, durchaus Verständnis. Nach Meinung des Ausschusses kann diesem Wunsch, aber auch dem Gedanken der Zusammenarbeit und dem zweckentsprechenden Ausbau der Beziehungen zwischen der Sozialversicherung und ihren Vertragspartnern wesentlich besser Rechnung getragen werden, wenn es den freien Vertragswillen beider Teile überlassen bleibt, die sich danach ergebenden Fragen zu regeln. Das Eingreifen der Gesetzgebung in diese Beziehungen würde den Charakter einer Zwangsmaßnahme tragen, die gerade hier vermieden werden soll. Natürlich konnte die Gesetzgebung nicht darauf verzichten, Anweisungen zu geben, wie die Regelung dieser Beziehungen grundsätzlich zu erfolgen hat. In das freie Vertragsrecht wurde daher nur insoweit eingegriffen, als die Abgrenzung der Interessen für beide Teile dies unbedingt erfordert.

(124) Der Ausschuss hat in diesem Teil des Gesetzes neben bedeutungsvollen Änderungen, über die noch im folgenden gesprochen wird, auch eine Reihe von Ergänzungen vorgenommen, die der Klarstellung dienen. So werden die Ärzteausschüsse gemäß § 340 Abs. 1 nicht nur Probleme der Beziehungen zwischen den Trägern der Sozialversicherung und den in dieser freiberuflich tätigen Ärzten, sondern schlechthin auch die Probleme der nicht in der Sozialversicherung tätigen Ärzte, insbesondere die Probleme der noch unversorgten Ärzte und die Möglichkeit ihrer Zulassung zur Kassenpraxis zu prüfen haben. Weiterhin schien es dem Ausschuss von Wichtigkeit zu sein, daß die Gesamtverträge, die zwischen dem Hauptverband und den Ärztekammern abzuschließen sind, im Bundesärzteausschuss behandelt werden, um sicherzustellen, daß ein einheitliches Vertragsrecht die Beziehungen zwischen der Ärzteschaft und der Sozialversicherung regelt. Im allgemeinen haben sich die bisherigen gesetzlichen Bestimmungen bewährt, die vorsehen, daß die Beziehungen zwischen den Trägern der Krankenversicherung und den Vertragsärzten durch Gesamt- und Einzelverträge geregelt werden sollen. Das neue Gesetz hält an dieser Regelung fest, und die Erläuternden Bemerkungen zur Regierungsvorlage geben eine eingehende Begründung für die Unterschiede, die zwischen dem neuen Gesetz und dem bisherigen Recht bestehen. Jedenfalls ist sichergestellt, daß der Inhalt des Einzelvertrages zwischen Krankenkasse und Arzt gegen den für den Niederlassungsort des Arztes geltenden Gesamtvertrag nicht verstoßen darf. Diese Bestimmung beschränkt sich auf die Dauer eines geltenden Gesamtvertrages, das heißt eines Gesamtvertrages, der nicht abgelaufen ist.

(125) Im § 342 wurde eine Reihe von textlichen Richtigstellungen vorgenommen. In der Z. 1 wurde an Stelle der Worte „zur Behandlung berufene Ärzte“ richtigerweise „Vertragsärzte“ gesetzt und außerdem vorgekehrt, daß den Versicherten die Auswahl in der Regel zwischen mindestens zwei in angemessener Zeit erreichbaren Vertragsärzten freigestellt sein soll.

(126) Der in diesem Zusammenhang von der Ärzteschaft erhobenen Forderung nach Zulassung aller Ärzte zur Kassenpraxis konnte aus finanziellen Gründen nicht entsprochen werden. Es wird Gegenstand der vertraglichen Vereinbarung zwischen dem Hauptverband und den Ärztekammern sein, nach Maßgabe der finanziellen Leistungsfähigkeit der Krankenversicherungsträger die Zahl der Vertragsärzte allmählich zu erhöhen, wobei im Zuge der der Vorbereitung dieses Gesetzes dienenden Verhandlungen für das Jahr 1956 eine Reihe von Verpflichtungen für die Träger der Krankenversicherung festgestellt wurde, die in der vertraglichen Regelung ihren Niederschlag zu finden haben. So sollen die Verträge in den Bundesländern vorsehen, daß auf 530 Versicherte ein praktischer oder Facharzt entfällt, während in Wien diese Schlüsselzahl mit 550 Versicherten je Arzt vorgesehen werden soll, wobei auch ein Teil der in den Ambulatorien beschäftigten Fachärzte Berücksichtigung finden muß. Inwieweit für die Zeit nach 1956 die Zulassung einer weiteren Zahl von Vertragsärzten möglich ist, wird sich erst ergeben, wenn ein Überblick über die wirtschaftliche Entwicklung der Träger der Krankenversicherung im kommenden Jahr vorliegt. Die diesbezüglichen Verhandlungen werden Ende 1956 in Aussicht zu nehmen sein. Durch die Einführung der wahlärztlichen Hilfe ist praktisch für jeden Arzt die Behandlung der Versicherten und ihrer Familienangehörigen möglich.

(127) Zweifellos wird die Honorierung nach Einzelleistungen, weiter die Einführung der wahlärztlichen Behandlung und schließlich die Gleichstellung der gemeinnützigen Krankenanstalten mit den öffentlichen Spitälern in der Höhe der von den Krankenkassen zu leistenden Verpflegskosten eine nicht unbeträchtliche Mehrbelastung der Träger der Krankenversicherung mit sich bringen, denen keine durch das Gesetz vorgesehenen Mehreinnahmen gegenüberstehen, es sei denn, daß die Mittel, die durch die Einführung einer Rezeptgebühr aufgebracht werden, als eine solche Mehreinnahme betrachtet werden. Es ist aber zweifelhaft, ob alle Krankenversicherungsträger von dieser Möglichkeit Gebrauch machen werden, und überdies kann der Gedankengang, daß die Rezeptgebühr etwa dem Zwecke dienen soll, die Mehrausgaben bei einzelnen Leistungen der Krankenversicherungsträger zu decken, nicht gebilligt werden. Durch die Auffassung der Min-

destbeitragsgrundlage entsteht für die Träger der Krankenversicherung eine nicht unbeträchtliche Mindereinnahme. Angesichts dieser Tatsachen, die in der nächsten Zukunft die Gebarung der Krankenversicherung entscheidend bestimmen werden, war es aus finanziellen Gründen unmöglich, dem geäußerten Verlangen, alle praxisberechtigten Ärzte als Vertragsärzte in die Krankenversicherung aufzunehmen, Rechnung zu tragen. Das Problem des ärztlichen Nachwuchses kann nicht allein durch die Krankenversicherung gelöst werden. Vor allem müssen auch durch die Interessenvertretungen der Ärzte alle Möglichkeiten geprüft werden, die Schwierigkeiten, die durch die Konkurrenz in der ärztlichen Berufstätigkeit entstehen, möglichst aus dem Wege zu räumen. Es wird weiters Sache der Ärztekammern sein, auf dem Wege einer planmäßigen Verteilung der Ärzte und durch Beseitigung unzulässiger Kumulierung von ärztlichen Tätigkeiten für die unversorgten Ärzte eine Existenzmöglichkeit bereitzustellen.

(128) Eng damit in Zusammenhang stehen auch die Bestimmungen des § 342 Abs. 2. Dieser sieht vor, daß die Honorierung nach Einzelleistungen erfolgen soll. Hierüber enthalten die Erläuternden Bemerkungen zur Regierungsvorlage eine ausreichende Begründung. Diese Honorierungsform wird, wie schon erwähnt, zweifellos erhöhte Aufwendungen der Krankenversicherungsträger mit sich bringen, die es rechtfertigen, daß die Verträge entsprechende Schutzbestimmungen für die Krankenkassen vorsehen, um den Aufwand für die ärztliche Behandlung vernünftig zu begrenzen und so vor allem den Auswirkungen einer eventuellen „Überarztung“, die bei Honorierung nach Einzelleistungen durchaus möglich wäre, wirksam zu begegnen. Die Regierungsvorlage hat die Aufnahme von Begrenzungsbestimmungen für den ärztlichen Aufwand zwingend vorgeschrieben. Wenn sich der Sozialausschuß entschlossen hat, an die Stelle der zwingenden Vorschrift eine Soll-Bestimmung zu setzen, so ist damit keineswegs zum Ausdruck gebracht, daß die Aufnahme oder Nichtaufnahme von Begrenzungsbestimmungen dem freien Verhandlungsraum zwischen den Vertragspartnern überlassen sein soll. Die Soll-Bestimmung, die der Sozialausschuß im § 342 Abs. 2 aufgenommen hat, beinhaltet vielmehr eine Verpflichtung, derartige Vorkehrungen zu treffen, wenn wirtschaftliche Gründe dies notwendig machen. Der Ausschuß ist einmütig der Auffassung, daß bei Abschluß der Verträge hinsichtlich der Begrenzung des Aufwandes für die Kosten der ärztlichen Behandlung auf die finanzielle Lage der Träger der Krankenversicherung weitgehend Rücksicht genommen werden muß.

(129) Bedeutungsvolle Änderungen wurden auch im § 343 vorgenommen. Sowohl die Auswahl der

Vertragsärzte als auch der Abschluß der Einzelverträge hat auf Grund der Bestimmungen des Gesamtvertrages und im Einvernehmen mit der zuständigen Ärztekammer zu erfolgen. Der Ausschuß wünscht, daß sowohl die Ärztekammern als auch die Träger der Krankenversicherung, solange ein Gesamtvertrag besteht, gemeinsam die Verantwortung für die Auswahl des Arztes und den Abschluß des Einzelvertrages mit dem einzelnen Arzt tragen sollen.

(130) Ein viel erörtertes Problem war der sogenannte Kündigungsschutz. Die Ärztekammern verlangten nach Auffassung des Ausschusses mit Recht einen Schutz der Ärzte in ihrer verantwortungsvollen Tätigkeit vor willkürlicher oder ungerechtfertigter Kündigung durch die Träger der Krankenversicherung. Die Krankenkassen müssen aber die Möglichkeit haben, bei festgestellten Mißbräuchen den Vertrag aufzulösen. Eine Bestimmung, welche die Zulässigkeit von Kündigungen von der Zustimmung der Ärztekammern abhängig macht, erschien dem Ausschuß als zu weitgehend. Er entschloß sich daher zu einer Regelung, die im österreichischen Sozialrecht der Dienstnehmer kein Gegenstück besitzt. Die Auflösung des Vertragsverhältnisses durch den Träger der Krankenversicherung ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist ist nur aus den im Gesetz taxativ angeführten Gründen zulässig. Ergibt sich darüber hinaus die Notwendigkeit einer Kündigung des Vertragsverhältnisses, so kann diese unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist zum Ende eines Kalendervierteljahres vorgenommen werden. Die Krankenkasse bedarf zur Kündigung des Vertragsverhältnisses nicht der Zustimmung der Ärztekammer, hingegen steht dem gekündigten Arzt das Recht zu, gegen die Kündigung bei der Landesschiedskommission Einspruch zu erheben, dem aufschiebende Wirkung zukommt. Der Landesschiedskommission ist eine klare Begrenzung ihrer Entscheidungsbefugnis gegeben. Die Kündigung eines Vertragsarztes durch den Krankenversicherungsträger kann von der Landesschiedskommission nur dann für unwirksam erklärt werden, wenn die Kündigung für den Arzt eine soziale Härte bedeutet oder die Kündigung nicht in den besonderen Verhältnissen des Trägers der Krankenversicherung oder des Vertragsarztes begründet ist. Damit ist erstmalig in der österreichischen Gesetzgebung ein Kündigungsschutz für eine Gruppe freiberuflich tätiger Personen gesetzlich verankert worden, deren sonstige Rechtsregelungen dem freien Vertragsabschluß der Beteiligten überlassen sind. Darin liegt ein gewisser Widerspruch. Dieser Rechtsschutz geht auch über die Schutzbestimmungen für die unselbständig erwerbstätigen Dienstnehmer hinaus. Es wird aus den Erfahrungen in der praktischen Handhabung dieser Bestimmung festzustellen sein, ob eine derartige weitgehende Maßnahme gerechtfertigt ist oder

nicht. Jedenfalls haben die Ärzte nach Meinung des Ausschusses keinen Grund, im Hinblick auf diese Frage die gemachten Zugeständnisse als unbefriedigend zu betrachten.

(131) Eine völlige Umgestaltung haben die Bestimmungen erfahren, welche die Entscheidung von Streitigkeiten zwischen den Ärzten und den Krankenkassen aus dem Einzelvertrag sowie von Streitigkeiten aus dem Gesamtvertrag behandeln (§§ 344 bis 348). Zunächst wurden diese Instanzen einheitlich als Schiedskommission bezeichnet. Aus verfassungsrechtlichen Gründen war es notwendig klarzustellen, daß diese Schiedskommissionen Verwaltungsbehörden im Sinne des Bundesverfassungsgesetzes sind. Da in bestimmten Fällen die Landesschiedskommission an Stelle der Schiedskommission zur Entscheidung zuständig wird und überdies von der Landesschiedskommission ein Rechtszug an die Bundesschiedskommission vorgesehen ist, konnte lediglich die letztere als Kommission im Sinne des Art. 133 Abs. 4 des Bundesverfassungsgesetzes eingerichtet werden, wobei nur die Mitglieder dieser Kommission als in Ausübung ihres Amtes unabhängig und an keine Weisungen gebunden erklärt werden können. Zur Entscheidung von Streitigkeiten aus dem Einzelvertrag dient die sogenannte paritätische Schiedskommission. Diese besteht aus der gleichen Zahl von Vertretern der am Verfahren beteiligten Krankenversicherungsträger und der Ärztekammer, wobei der Vorsitz durch eine vom Bundesministerium für soziale Verwaltung zu regelnde Geschäftsordnung zu bestimmen sein wird. Dieser Schiedskommission kommt im Wesen eine friedensrichterliche Funktion zu, da bei Stimmgleichheit ein Beschluß der Schiedskommission nicht zustande kommt und die Zuständigkeit zur Entscheidung der anhängigen Streitsache auf die Landesschiedskommission übergeht.

(132) Die wichtigste Aufgabe bei Entscheidung von Streitigkeiten zwischen den Vertragspartnern der Sozialversicherung kommt der Landesschiedskommission zu. Diese entscheidet bei Streitigkeiten aus dem Gesamtvertrag, über die Zulässigkeit einer Kündigung des Arztes durch den Krankenversicherungsträger und bei Übergang der Entscheidungskompetenz von der paritätischen Schiedskommission. Die Landesschiedskommission entscheidet unter dem Vorsitz eines Berufsrichters. Soweit es sich um einen Übergang der Entscheidung von der paritätischen Schiedskommission an die Landesschiedskommission handelt, entscheidet letztere endgültig. Ansonsten geht der Rechtszug von der Landesschiedskommission an die Bundesschiedskommission, die gleichfalls unter dem Vorsitz eines aktiven Richters ihre Tätigkeit ausübt, wobei dem Senat noch zwei Richter des Ruhestandes angehören. Überdies sind in sämtlichen Schiedskommissionen die Vertragspartner paritätisch vertreten. Die richterlichen

Vorsitzenden und die im Ruhestand befindlichen Richter werden durch das Bundesministerium für Justiz bestellt, in Abweichung von der bisherigen Regelung, wonach die Bestellung durch den Präsidenten des Obersten Gerichtshofes erfolgte.

(133) Auf das Verfahren vor den Schiedskommissionen finden die Bestimmungen des Allgemeinen Verwaltungsverfahrensgesetzes Anwendung. Die Geschäftsordnung der Schiedskommissionen wird durch das Bundesministerium für soziale Verwaltung nach Anhörung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger und der Österreichischen Ärztekammer erlassen.

(134) Der Ausschuß hofft, durch diese den Verfassungsbestimmungen entsprechenden Neuregelungen den Entscheidungsinstanzen in den Beziehungen zwischen den Vertragspartnern der Sozialversicherung und deren Trägern eine ausreichende Grundlage gegeben zu haben, um eine vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen den Beteiligten herbeizuführen. Im § 348 Abs. 1 hat der Ausschuß über Wunsch der Ärzteschaft die Frist für die Festsetzung der Wirkungskdauer eines aufgekündigten Gesamtvertrages von sechs auf drei Monate herabgesetzt. Der Ausschuß gibt seiner Erwartung Ausdruck, daß die Vertragspartner der Sozialversicherung wie auch die Versicherungsträger ihre Differenzen nicht durch Herbeiführung eines vertragslosen Zustandes auf dem Rücken der Versicherten austragen werden.

(135) Der Ausschuß stellt ausdrücklich fest, daß eine Reihe von Bestimmungen aus den Abschnitten I und II des 6. Teiles auch auf die übrigen Vertragspartner der Sozialversicherungsträger anzuwenden sind; insbesondere ist vorgesehen, daß ein Bundesdentistenausschuß mit ähnlichem Wirkungskreis wie der Bundesärzteausschuß eingerichtet wird.

### Siebenter Teil: Verfahren.

#### Zu §§ 352 bis 417:

(136) Die Regierungsvorlage läßt sowohl das Verfahren vor den Versicherungsträgern wie auch das Verfahren vor den Schiedsgerichten der Sozialversicherung und Behörden der allgemeinen Verwaltung unverändert. Eine grundsätzliche Neuerung wurde jedoch in der Richtung vorgesehen, daß als Oberinstanz der Schiedsgerichte der Sozialversicherung das Oberlandesgericht in Wien eingerichtet wurde. Der Ausschuß begrüßt diese Lösung, weil damit einerseits nach wie vor echte Gerichte im Sinne des Bundesverfassungsgesetzes zur Entscheidung in Leistungstreitigkeiten der Sozialversicherung zuständig geblieben sind, andererseits deshalb, weil durch die Schaffung einer Oberinstanz die Rechtssicherheit eine wesentliche Verbesserung erfahren hat. Bisher konnte selbst in jenen Fällen, in denen der Verwaltungsgerichts-

hof eingeschaltet werden konnte, ein darauf abzielender Antrag nur vom Bundesministerium für soziale Verwaltung und vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger gestellt werden. Nach der Neuregelung steht das Recht der Berufung grundsätzlich dem Versicherten und den Versicherungsträgern zu, wobei allerdings Vorsorge getroffen werden mußte, daß nur die höherwertigen Streitigkeiten an das Oberlandesgericht gelangen. Die vorgesehenen Einschränkungen des Rechtszuges sollen verhindern, daß das Oberlandesgericht als Berufungsgericht in sozialversicherungsrechtlichen Streitigkeiten durch die große Zahl der erhobenen Berufungen funktionsunfähig werden würde.

(137) Die Regierungsvorlage folgt bei der Regelung des Verfahrens vor den Schiedsgerichten weitgehend den schon bisher im SV-ÜG. 1953 beziehungsweise in der Schiedsgerichtsverordnung enthaltenen Bestimmungen. Im § 377 wurde der zweite Absatz neu gefaßt, um klarzustellen, in welchen Fällen der Landeshauptmann einen Beisitzer des Schiedsgerichtes entheben muß beziehungsweise in welchen Fällen er ihn entheben kann.

(138) Die Neufassung des § 385 Abs. 1, die auf einen Vorschlag des Bundesministeriums für Justiz zurückgeht, läßt nunmehr auch die Zurücknahme der Klage vor dem Schiedsgericht zu. Auf diese Weise wird das Verfahren vereinfacht und damit auch verbilligt, weil es nunmehr die Partei in der Hand hat, sobald sie sich von der Aussichtslosigkeit ihres Klagebegehrens überzeugt hat, die Klage zurückzunehmen. Allerdings wurde es dadurch notwendig, für den Fall der Zurücknahme der Klage nunmehr den Versicherungsträger zu verpflichten, neuerlich einen Bescheid zu erlassen, da ja der ursprüngliche Bescheid mit der Einbringung der Klage außer Kraft getreten ist. Diesem Zwecke dienen die vorgenommenen Änderungen.

(139) Im § 389 Abs. 1 sind die Worte „gegen Empfangsbestätigung“ überflüssig, da die Zustellvorschriften der Zivilprozeßordnung ohnedies Geltung haben (vgl. § 396 Abs. 1). Gleichfalls auf Vorschlag des Bundesministeriums für Justiz wurde im § 390 ein neuer erster Satz eingefügt. Der Vorsitzende des Schiedsgerichtes soll befugt sein, außerhalb der mündlichen Verhandlungen Beschlüsse zu fassen und Verfügungen zu treffen. Auf diese Weise wird das Verfahren nicht wesentlich vereinfacht, ohne daß die Interessen der Parteien verletzt werden.

(140) Der Ausschuß hat auch den zweiten Satz des § 391 Abs. 2 einem Vorschlag des Bundesministeriums für Justiz folgend geändert. Die neue Fassung soll klar zum Ausdruck bringen, daß die Schiedsgerichte der Sozialversicherung so wie bisher über den Grund des Anspruches durch Endurteil und nicht etwa durch Zwischenurteil zu entscheiden haben. Im § 392 Abs. 2 wurde

ein Satz angefügt, demzufolge Urteilsausfertigungen von den Schiedsgerichten sowohl dem Bundesministerium für soziale Verwaltung als auch dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger zuzustellen sind. Auf diese Weise soll erreicht werden, daß die erwähnten Stellen über die Rechtsprechung der Schiedsgerichte laufend einen Überblick erhalten. Dieser Überblick ist umso notwendiger, als gemäß § 404 im Wege des Bundesministeriums für Justiz bei voneinander abweichenden Entscheidungen ein Gutachten des Oberlandesgerichtes eingeholt werden kann. Diesem Zwecke dient auch der im § 402 angefügte Abs. 7, der Vorsorge trifft, daß auch die Entscheidungen des Oberlandesgerichtes Wien dem Bundesministerium für soziale Verwaltung und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger zugestellt werden.

(141) Die Bestimmungen der Zivilprozeßordnung über die Gerichtsferien können für das Verfahren vor den Schiedsgerichten nicht übernommen werden. Es war daher notwendig, eine entsprechende Ergänzung im § 396 Abs. 1 aufzunehmen.

#### Achter Teil: Aufbau der Verwaltung.

##### Zu §§ 418 bis 460:

(142) Der Ausschuß stellt fest, daß die Regierungsvorlage hinsichtlich des Aufbaues der Verwaltung in der Sozialversicherung keine wesentlichen Änderungen der gegenwärtigen Rechtslage vorsieht. Als einzige bedeutungsvolle Neuerung ist die Einsetzung des erweiterten Vorstandes anzusehen.

##### Zu § 438:

(143) Die vorliegende Fassung des § 438 hat in einigen Textstellen die Möglichkeit einer unterschiedlichen Auslegung offen gelassen. Im Interesse einer Klarstellung hat der Ausschuß sowohl im Abs. 1 Z. 5 als auch in den Abs. 2 und 4 kleine Ergänzungen und Abänderungen vorgenommen. Dies betrifft insbesondere Abs. 2, in welchem klargestellt wurde, daß auch bei der Beschlußfassung über die Aufstellung von Richtlinien gemäß § 31 Abs. 3 Z. 3, 4 und 10 im Einvernehmen mit dem Überwachungsausschuß vorzugehen ist. Die Regierungsvorlage sieht in Abs. 4 vor, daß bei Nichtzustandekommen einer Einigung im erweiterten Vorstand, der Obmann die Angelegenheit dem Bundesministerium für soziale Verwaltung zur Entscheidung vorlegen kann. Von dieser Möglichkeit soll erst Gebrauch gemacht werden, wenn auch der Versuch des Hauptverbandes zur Herbeiführung einer gültigen Beschlußfassung beim Versicherungsträger erfolglos geblieben ist. Der Ausschuß hielt es jedoch für notwendig, eine Einschränkung in dem Sinne vorzusehen, daß das Bundesministerium für soziale Verwaltung nur dann mit der Sache zu

befassen ist, wenn durch das Nichtzustandekommen eines Beschlusses wichtige Interessen der Versicherungsträger gefährdet erscheinen.

#### Neunter Teil: Sonderbestimmungen.

##### Zu §§ 461 bis 506:

(144) Der Ausschuss verweist auf die ausführliche Begründung der Regierungsvorlage, in der Sinn und Zweck der Sonderbestimmungen für bestimmte Versichertengruppen und vorkommender Abweichungen dargelegt werden. Nach § 462 Abs. 3 gilt als Arbeitstag der Kalendertag, an dem der Arbeiter in einem Beschäftigungsverhältnis mindestens vier Stunden tätig ist. Darunter ist zu verstehen, daß der unständig Beschäftigte an dem Arbeitstag mindestens vier Stunden tätig sein muß, wobei es gleichgültig ist, ob die Beschäftigung bei einem oder mehreren Dienstgebern erfolgte. Der Ausschuss hält die Auslegung in diesem Sinne vor allem deshalb für richtig, weil auch im § 5 Abs. 2 das Merkmal der geringfügigen Beschäftigung nicht auf ein Beschäftigungsverhältnis, sondern auf alle ausgeübten Beschäftigungsverhältnisse abgestellt ist.

(145) Nach § 25 des 1. SV-NG. konnte durch die Satzung hinsichtlich der Meldungen und Versicherungsbeiträge eine vom Gesetz abweichende Regelung vorgesehen werden. Verfassungsrechtliche Bedenken, der Satzung des Versicherungsträgers ein so weitgehendes Recht ohne nähere Ausführungen im Gesetz selbst zu gewähren, haben dazu geführt, den Inhalt solcher abweichender Regelungen wie sie in der Praxis von einzelnen Versicherungsträgern vorgenommen wurden, im § 467 selbst niederzulegen. Es wäre aber verfehlt gewesen, eine zu ausführliche Regelung für diese Gruppe von Versicherten zu treffen. Dem einzelnen Versicherungsträger muß ein gewisser Spielraum dafür bleiben, die Versicherung auf die einfachste und praktischste Art, angepaßt an die örtlichen Verhältnisse durchzuführen. Aus diesem Grunde war die vorgesehene Möglichkeit, unter bestimmten Voraussetzungen abweichende Regelungen zu treffen, eine Notwendigkeit.

##### Zu § 485 Abs. 2:

(146) Die Regierungsvorlage hat im Bereich der Krankenversicherung der Bundesangestellten für die schuldlos geschiedene Ehegattin eines Pflichtversicherten das Recht vorgesehen, der Krankenversicherung freiwillig beizutreten. Auf diese Weise sollte die schuldlos geschiedene Ehegattin, ähnlich wie im Bereich der allgemeinen Krankenversicherung (§ 16 Abs. 2 lit. b) auch nach der Scheidung ihrer Ehe im Schutze der Krankenversicherung verbleiben können. Der Ausschuss ist gleichfalls der Meinung, daß auch im Bereich der Krankenversicherung der Bundesangestellten eine solche Regelung notwendig ist. Er hat jedoch die Regierungsvorlage dahingehend ab-

geändert, daß es sich hiebei nicht um den freiwilligen Beitritt zur Krankenversicherung, sondern um die Belassung der Anstaltsangehörigkeit handeln soll. Diese Änderung der Konstruktion hat zur Folge, daß die Beibehaltung der Anstaltsangehörigkeit keine Beitragspflicht nach sich zieht. Im Abs. 3 wird diese Regelung auch für jene Fälle vorgesehen, wenn die Ehe bereits im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes rechtskräftig geschieden ist.

#### Zehnter Teil: Übergangs- und Schlussbestimmungen.

##### Zu § 507:

(147) Bereits die Erläuternden Bemerkungen zur Regierungsvorlage verweisen infolge der Neuregelung des Umfangs der Versicherung, der Änderung der Bestimmungen über Versicherungspflicht, Versicherungsberechtigung, über Zugehörigkeit und Zuständigkeit zu den einzelnen Versicherungsträgern auf die Notwendigkeit von Übergangsbestimmungen. Im Zuge der Beratungen des Ausschusses hat sich jedoch gezeigt, daß diese Bestimmungen noch ergänzungsbedürftig sind. Gegenwärtig ist eine kleinere Gruppe der unkündbaren Bediensteten von öffentlich-rechtlichen Körperschaften auf Grund von Kriegsvorschriften bei der Krankenversicherungsanstalt der Bundesangestellten krankenversichert. Der Wunsch dieser Gruppe von Bediensteten ging dahin, die bisherige Zuständigkeit zur Krankenversicherungsanstalt der Bundesangestellten aufrechtzuerhalten; es wurde daher im § 507 ein Abs. 2 des Inhaltes aufgenommen, daß solche Personen für die Dauer ihrer bisherigen Beschäftigung bei der Krankenversicherungsanstalt der Bundesangestellten weiter versichert bleiben und diese Versicherung die Pflichtversicherung in der allgemeinen Krankenversicherung im Sinne dieses Gesetzes ersetzt.

(148) Auf dem Gebiete der knappschaftlichen Versicherung ist die Zugehörigkeit zur Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues nach § 15 neu abgegrenzt worden. Gewisse Nebenbetriebe, die auf Grund der derzeitigen Bestimmungen zur Bergarbeiterversicherungsanstalt zuständig sind, würden diese Zuständigkeit verlieren. Um jedoch die Möglichkeit zu eröffnen, daß die in solchen Betrieben beschäftigten Personen die Vorteile der bisherigen knappschaftlichen Versicherung behalten, wurde ein Abs. 3 eingefügt, wonach solche Betriebe weiter als knappschaftliche Betriebe zu gelten haben, solange sie Bergprodukte gewinnen oder verarbeiten. Die zuständigen Interessenvertretungen der Dienstnehmer und Dienstgeber können jedoch einvernehmlich beantragen, daß die Versicherung von den Versicherungsträgern durchgeführt wird, die nach den Bestimmungen dieses Gesetzes in Betracht kommen. Ein solcher Antrag muß bis zum 30. Juni 1956 eingebracht werden.

**Zu § 514:**

(149) Der Text der Regierungsvorlage im Abs. 2 ist zu weit gefaßt. Es handelt sich hier um den Schutz jenes Kreises von Versicherten, die bisher entweder den Bestimmungen der Angestelltenversicherung oder der knappschaftlichen Rentenversicherung unterlagen. Nach Abs. 2 sollte die Möglichkeit geschaffen werden, daß solche Personen für die Dauer des gleichen Beschäftigungsverhältnisses weiterhin diesen Versicherungszweigen unterliegen sollen, selbst wenn auf Grund der neuen Vorschriften dieses Bundesgesetzes die Versicherungszugehörigkeit zur Pensionsversicherung der Arbeiter gegeben wäre. Dies kommt im Text der Vorlage nicht klar zum Ausdruck. Der Ausschuß hat daher die notwendigen Ergänzungen vorgenommen.

**Zu § 522:**

(150) Mit Rücksicht auf meritorische Änderungen im Text des Zweiten, Dritten und Vierten Teiles der Regierungsvorlage durch den Ausschuß war es notwendig, auch in den Übergangsbestimmungen zum Zweiten bis Vierten Teil die entsprechenden Korrekturen vorzunehmen. Diese betreffen Bestimmungen des Abs. 3 Z. 3 und 4, sowie des Abs. 4 Z. 3. Schließlich wurde dem Wunsche der Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues Rechnung getragen, wonach durch die Satzung Mehrleistungen aufrechterhalten werden können, die nur nach dem bisherigen Recht zulässig wären. Ein neu eingefügter Abs. 8 trägt diesem Wunsche Rechnung.

(151) Von besonderer Wichtigkeit, weil sie eine wesentliche Verbesserung darstellt, ist die Bestimmung des Abs. 5 Z. 1, wonach die Ruhensbestimmungen des § 94 auch auf Altrenten, jedoch in modifizierter Form anzuwenden sind. Es gilt also ab 1. Jänner 1956 auch für Altrentner im Sinne des § 94 ein Freibetrag von 500 S monatlich, der bei unselbständig Erwerbstätigen zu keiner Kürzung der Rente führt, desgleichen die weitere Bestimmung, daß eine Kürzung nur dann vorgenommen werden kann, wenn Rente und Entgelt 1300 S übersteigen. Im derzeit geltenden Recht führte jedes Einkommen aus unselbständiger Erwerbstätigkeit automatisch zur Kürzung der Rente, einerlei ob dieses Entgelt wesentlich oder nur geringfügig war. Zum Schutze des Altrentnerstockes aber bestimmt diese Gesetzesstelle weiter, daß die Kürzung keinesfalls mehr als nach derzeit geltendem Recht betragen darf, also bei Direktrenten 239 S, bei Hinterbliebenenrenten 147 S monatlich.

(152) Durch die Fassung des § 93 tritt eine weitere Verbesserung der derzeit geltenden Ruhensbestimmungen hinsichtlich jener Rentner ein, die nach einem pensionsversicherungspflichtigen Dienstverhältnis seitens ihres früheren

Dienstgebers einen Zuschuß zu ihrer Sozialversicherungsrente erhalten. Diese Neuregelung sollte nach den Absichten des Ausschusses auch auf Altrentner ausgedehnt werden, damit die von verschiedenen Firmen der Privatwirtschaft für langjährige Mitarbeiter eingeführten Zuschüssen auch den bereits im Ruhestand befindlichen Rentnern unverkürzt zugute kommen. Bedauerlicherweise unterblieb die Aufnahme einer diesbezüglichen Bestimmung in den Übergangsbestimmungen, sodaß die verbesserte Regelung zunächst nur für die Neurentner gilt. Die vom Ausschuß nicht beabsichtigte Schlechterstellung der Altrentner könnte noch durch einen im Hohen Haus direkt einzubringenden Antrag zu § 522 Abs. 5 verhindert werden.

(153) Nach Abs. 7 kann bei Landwirtschafts- und Krankenkassen unter bestimmten Voraussetzungen ein Teilkrankengeld durch die Satzung vorgesehen werden, wenn der Versicherte Anspruch auf Fortbezug von mindestens 50 Prozent, aber weniger als 70 Prozent des vollen Entgelts hat. Da nach dem Wortlaut der §§ 49 Abs. 3 Z. 9 und 57 ein Teilentgelt, soweit es mindestens 50 Prozent des vollen Entgelts beträgt, als beitragspflichtig erklärt wird, wären auch bei Teilkrankengeld im Sinne dieser Bestimmung in Zukunft allgemeine Beiträge zu entrichten, die sich auch für die Pensionsversicherung auswirken.

**Zu § 523:**

(154) Es hat sich als notwendig erwiesen, weitere Übergangsbestimmungen in den Text aufzunehmen, um Unklarheiten, die sich nach dem Text der Regierungsvorlage ergaben, zu vermeiden und Ergänzungen einzufügen, die mit Rücksicht auf das bisherige Recht erforderlich sind. Der Ausschuß hat daher die §§ 523 und 524 neu eingefügt; die bisherigen §§ 523 bis 544 wurden zu §§ 525 bis 546. § 523 Abs. 1 verhindert, daß jemand, der bereits vor dem 1. Jänner 1956 Anspruch auf eine laufende Leistung aus eigener Pensionsversicherung hat, nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes neuerlich auf Grund der geänderten Gesetzesbestimmungen eine Rente zuerkannt erhält, obwohl eine Änderung in den für den seinerzeitigen Rentenanspruch maßgebenden Tatbeständen nicht eingetreten ist.

(155) Weiters hatten die Rentner nach geltendem Recht, sofern sie während des Rentenbezuges in Beschäftigung standen und nach § 54 a SV-UG beitragspflichtig waren, die Möglichkeit, nach Erwerbung von mindestens zwölf weiteren Beitragsmonaten einen zusätzlichen Steigerungsbetrag zur Rente in der Höhe von 12 Prozent des Entgelts zu verlangen. Die Regierungsvorlage kennt diese Möglichkeit für den gleichen Versicherungsfall nicht mehr; gemäß § 230 Abs. 1 sind Beiträge, die nach dem Stichtag (§ 223) für

einen anderen Beitragszeitraum als dem letzten vor dem Stichtag entrichtet werden, für die Leistung aus dem eingetretenen Versicherungsfall unwirksam. Daher sind solche nach Zuerkennung der Rente auf Grund eines bestehenden Dienstverhältnisses erworbenen Beitragszeiten erst für einen neuen Versicherungsfall anrechenbar, also zum Beispiel bei schon eingetretenem Versicherungsfall der Invalidität für den zukünftigen Versicherungsfall Alter oder Tod und beim Versicherungsfall des Alters nur mehr für den zukünftigen Versicherungsfall des Todes. Da das Gesetz ganz allgemein den Grundsatz vertritt, daß erworbene Rechte zu wahren sind und Rentner, die ihren Rentenanspruch vor dem 1. Jänner 1956 erworben haben, durch Wegfall der Bestimmungen des § 54 a SV-ÜG. in ihren Rechten geschmälert würden, schaffen Abs. 2 und 3 des neu eingefügten § 523 hier Abhilfe.

#### Zu § 524:

(156) Nach derzeit geltendem Recht ist in der Invalidenversicherung der Arbeiter Invalidität nur dann gegeben, wenn die Erwerbsfähigkeit um mehr als Zweidrittel gemindert ist. Nach § 255 der Regierungsvorlage gilt als invalid der Versicherte, der infolge von Krankheit oder Schwäche nicht mehr imstande ist, durch eine entsprechende Tätigkeit die Hälfte des Normalverdienstes zu erwerben. Die Bestimmungen über den Begriff der Invalidität wurden also zugunsten der Versicherten wesentlich verbessert. Es kann nun der Fall eintreten, daß ein Versicherter noch nach altem Recht um Invaliditätsrente ansucht, aber abgewiesen wird, weil die bisher geforderte Minderung der Erwerbsfähigkeit um mehr als Zweidrittel nicht vorliegt, hingegen eine Minderung um mehr als die Hälfte gegeben wäre. Nach § 362 kann ein neuer Antrag auf Invaliditätsrente erst nach Ablauf von einem Jahr seit rechtskräftiger Ablehnung des Rentenanspruches gestellt werden, es sei denn, daß eine wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes nachgewiesen wird. Um Härten zu vermeiden, bestimmt § 524, daß § 362 nicht anzuwenden ist, wenn der Antrag auf Zuerkennung einer Invaliditäts- oder Knappschaftsvollrente mangels Vorliegens der Invalidität durch eine Entscheidung, die im Jahre 1955 rechtskräftig wurde, abgelehnt worden ist. Die Abstellung auf den Tag der Rechtskraft ergibt sich aus § 362 Abs. 1.

#### Zu § 529:

(157) Nach den §§ 308 bis 314 gelten die neuen Bestimmungen über Ansprüche von Personen, die in ein pensionsversicherungsfreies Dienstverhältnis übernommen wurden, für alle Fälle, die nach dem 31. März 1952 eingetreten sind. Es sind jedoch Personen, die in ein pensionsversiche-

rungsfreies Dienstverhältnis zu einer Gebietskörperschaft nach dem 31. März 1952 übernommen wurden, inzwischen infolge vorzeitig eingetretener Dienstunfähigkeit in den Ruhestand versetzt worden, wobei nach derzeit geltendem Recht das Bundesgesetz Nr. 177/1948 über die Anrechnung von Versicherungszeiten aus der Sozialversicherung anzuwenden war. Der neu eingefügte Abs. 3 bestimmt, daß in solchen Fällen dieses Bundesgesetz mit den im Abs. 1 Z. 1 und 2 getroffenen Anordnungen ausnahmsweise weitergilt.

#### Zu § 543:

(158) Die Regierungsvorlage führt bei den aufzuhebenden Vorschriften unter anderen auch das Bundesgesetz vom 8. Juli 1948, BGBl. Nr. 177/1948, an. Es hat sich als notwendig erwiesen, für den Bereich der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen den § 5 dieses Gesetzes auch in Zukunft für eine gewisse Zeit noch aufrechtzuerhalten. Ein neuer Abs. 5 trägt diesem Umstand Rechnung.

#### Zu §§ 545 und 546:

(159) Die Abänderung einiger Vorschriften der Regierungsvorlage durch den Ausschuss macht es notwendig, auch bei den Bestimmungen über den Wirksamkeitsbeginn und den Vollzug des Gesetzes Ergänzungen vorzunehmen. Es handelt sich hier um die Einfügung einer lit. d in § 545 Abs. 2 sowie Neuaufnahme der Abs. 6 bis 8. Auch § 546 über den Vollzug des Bundesgesetzes müßte durch einen Abs. 2 ergänzt werden, da dies durch die in den §§ 148, 149, 189 und 301 aufgenommenen Grundsatzbestimmungen erforderlich wurde.

Der Ausschuss für soziale Verwaltung hat den Gesetzentwurf in drei Sitzungen am 30. August, 1. und 2. September 1955 in Anwesenheit von Bundesminister für soziale Verwaltung **M a i s e l** und in zeitweiliger Anwesenheit von Bundeskanzler **Ing. R a a b** eingehend beraten. General- und Spezialdebatte wurden getrennt durchgeführt. In der Generaldebatte, die am 30. August 1955 stattfand, ergriffen nach einem eingehenden Referat des Abgeordneten **U h l i r**, der zum Berichterstatter für den Ausschuss bestimmt worden war, die Abgeordneten **Altenburger**, **Hillegeist**, **Dr. Hofeneder**, **Kandutsch**, **Wilhelmine Moik** und **Olah** das Wort. An der Spezialdebatte am 1. und 2. September 1955 beteiligten sich außer dem Berichterstatter Abgeordneten **U h l i r** die Abgeordneten **Altenburger**, **Grubhofer**, **Dipl.-Ing. Hartmann**, **Hillegeist**, **Dr. Hofeneder**, **Horr**,

Kandutsch, Köck, Kysela, Machunze, Mark, Wilhelmine Moik, Nimmervoll, Grete Rehor, Reich, Dr. Reimann, Schneeberger, Dr. Schwer, Vollmann und Wunder sowie Bundesminister Maisel und mehrere Beamte des Bundesministeriums für soziale Verwaltung. Viele Redner ergriffen zu wiederholten Malen das Wort.

Zum Berichterstatter für das Haus wurde Abgeordneter Hillegeist bestellt.

Auf Grund seiner Beratungen stellt der Ausschuß für soziale Verwaltung somit den Antrag, der Nationalrat wolle dem Entwurf des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes in der vom Ausschuß beschlossenen Fassung (Zu 613 der Beilagen) die verfassungsmäßige Zustimmung erteilen.

Wien, am 2. September 1955.

**Hillegeist,**  
Berichterstatter.

**Proksch,**  
Obmann.