

1059 der Beilagen zu den stenographischen Protokollen des Nationalrates XI. GP.

27. 11. 1968

Regierungsvorlage

Bundesgesetz vom XXXXXXXXXXXX 1968, mit dem das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz abgeändert wird (23. Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz)

Der Nationalrat hat beschlossen:

Artikel I

Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz BGBl. Nr. 189/1955, in der Fassung der Bundesgesetze BGBl. Nr. 266/1956, BGBl. Nr. 171/1957, BGBl. Nr. 294/1957, BGBl. Nr. 157/1958, BGBl. Nr. 293/1958, BGBl. Nr. 65/1959, BGBl. Nr. 290/1959, BGBl. Nr. 87/1960, BGBl. Nr. 168/1960, BGBl. Nr. 294/1960, BGBl. Nr. 13/1962, BGBl. Nr. 85/1963, BGBl. Nr. 184/1963, BGBl. Nr. 253/1963, BGBl. Nr. 320/1963, BGBl. Nr. 301/1964, BGBl. Nr. 81/1965, BGBl. Nr. 96/1965, BGBl. Nr. 220/1965, BGBl. Nr. 309/1965, BGBl. Nr. 168/1966, BGBl. Nr. 67/1967, BGBl. Nr. 201/1967, BGBl. Nr. 6/1968 und BGBl. Nr. 282/1968, wird abgeändert wie folgt:

1. a) § 7 Z. 1 lit. e hat zu lauten:

„e) die Rechtsanwaltsanwärter;“

b) § 7 Z. 3 lit. d hat zu entfallen.

2. § 16 hat zu lauten:

„Weiterversicherung in der Krankenversicherung“

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

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

b) des Kranken- oder Wochengeldbezuges.

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

a) nach dem Tode des Versicherten

1. vom überlebenden Ehegatten oder

2. von einer überlebenden, nach § 123 Abs. 7 oder Abs. 8 als Angehörige geltenden Person oder

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

b) nach Nichtigerklärung, Aufhebung oder Scheidung der Ehe vom früheren Ehegatten und

c) nach dem Ausscheiden des Versicherten aus der Pflichtversicherung und Übernahme einer unselbständigen Erwerbstätigkeit im Ausland von den im Inland zurückbleibenden Angehörigen, die im Falle des Todes des Versicherten nach lit. a zur Weiterversicherung berechtigt wären, so lange die zur Weiterversicherung berechtigte Person ihren Wohnsitz im Inland hat und nicht nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz in der Krankenversicherung pflichtversichert ist.

(3) In den Fällen des Abs. 2 können die dort genannten Personen, so lange sie ihren Wohnsitz im Inland haben und nicht nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz in der Krankenversicherung pflichtversichert sind, auch eine Weiterversicherung in der Krankenversicherung fortsetzen.

(4) Das Recht auf Weiterversicherung ist binnen sechs Wochen nach dem Ausscheiden aus der vorangegangenen Krankenversicherung geltend zu machen. Diese Frist wird durch Zeiten der im Abs. 1 lit. a und b bezeichneten Art unterbrochen und beginnt nach Wegfall des Unterbrechungsgrundes von neuem zu laufen. Die Frist beginnt jedoch

- a) in den Fällen, in denen der Versicherungsträger gemäß § 410 Z. 1 oder 2 einen Bescheid zu erlassen hat, mit dem rechtskräftigen Abschluß des Verfahrens;
- b) in den Fällen, in denen gemäß § 1 des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 153/1956 die Krankenversicherung aufrecht erhalten wird, mit dem Ende des ordentlichen oder außerordentlichen Präsenzdienstes;
- c) in den Fällen des Abs. 2 lit. a mit dem Tage des Todes des Versicherten, nach dem Tode eines Pensionisten mit dem Ende der Versicherung (§ 12 Abs. 5);
- d) in den Fällen des Abs. 2 lit. b mit dem Tage des Eintrittes der Rechtskraft des gerichtlichen Urteiles über die Nichtigerklärung, Aufhebung oder Scheidung der Ehe.

(5) Die Weiterversicherung schließt zeitlich unmittelbar an das Ende der vorangegangenen Krankenversicherung an. In den Fällen des Abs. 4 lit. a bis d beginnt die Weiterversicherung mit dem Beginn der Antragsfrist.

(6) Der Antrag auf Weiterversicherung ist beim Träger der vorangegangenen Krankenversicherung zu stellen. Dieser ist, soweit in den Abs. 7 und 8 nichts anderes bestimmt wird, weiterhin zur Durchführung der Krankenversicherung zuständig.

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

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

(9) Personen, die nach Abs. 1 oder 2 zur Weiterversicherung berechtigt waren, können dieses Recht, wenn sie die Ausstellung einer Bescheinigung nach § 10 Abs. 7 beantragt haben, auch noch innerhalb von sechs Wochen nach Ablehnung des Antrages auf die Bescheinigung geltend machen. Dies gilt jedoch nur, wenn die Ausstellung der Bescheinigung innerhalb der Frist beantragt wurde, innerhalb der das Recht auf Weiterversicherung nach Abs. 1 oder 2 hätte geltend gemacht werden können. Die Weiterversicherung beginnt in diesem Fall mit dem Tag der Zustellung des Bescheides über die Ablehnung der Bescheinigung nach § 10 Abs. 7.

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

1. mit dem Ende des Kalendermonates, in dem der Versicherte seinen Austritt erklärt hat;
2. wenn die Beiträge für zwei volle Kalendermonate rückständig sind, mit dem Ende des zweiten Kalendermonates, frühestens jedoch mit dem Ablauf des ersten vollen Kalendermonates, nach dem der Antrag auf Weiterversicherung gestellt wurde.“

3. a) § 17 Abs. 1 hat zu lauten:

„(1) Personen, die

a) aus der Pflichtversicherung nach diesem Bundesgesetz oder aus einer nach früherer gesetzlicher Regelung ihr entsprechenden Pensions(Renten)versicherung oder aus der Pflichtversicherung nach dem Notarversicherungsgesetz ausgeschieden sind oder ausscheiden und die

b) in den letzten zwölf Monaten vor dem Ausscheiden mindestens sechs oder in den letzten 36 Monaten vor dem Ausscheiden mindestens zwölf Versicherungsmonate in einer oder mehreren gesetzlichen Pensionsversicherungen erworben haben,

sowie Personen, die aus einer Versicherung nach lit. a einen bescheidmäßig zuerkannten Anspruch auf eine laufende Leistung, ausgenommen auf eine Hinterbliebenenpension, hatten, können sich in der Pensionsversicherung weiterversichern, so lange sie nicht in einer gesetzlichen Pensionsversicherung pflichtversichert sind oder einen bescheidmäßig zuerkannten Anspruch auf eine laufende Leistung aus einer eigenen gesetzlichen Pensionsversicherung haben. Bei Personen, für die wegen Ausscheidens aus einer versicherungsfreien Beschäftigung ein Überweisungsbetrag geleistet oder die Nachversicherung durchgeführt wird, sind bei Prüfung der Voraussetzungen nach lit. b auch die der Feststellung des Überweisungsbetrages zugrunde gelegten Zeiten und die Zeiten der Nachversicherung zu berücksichtigen.“

b) § 17 Abs. 3 hat zu lauten:

„(3) Das Recht auf Weiterversicherung ist bis zum Ende des sechsten auf das Ausscheiden aus der Pflichtversicherung bzw. auf das Ende des Anspruches auf die laufende Leistung folgenden Monats geltend zu machen. In den Fällen, in denen gemäß § 410 Z. 1 oder 2 ein Bescheid zu erlassen ist, beginnt diese Frist mit dem rechtskräftigen Abschluß des Verfahrens.“

c) § 17 Abs. 4 hat zu lauten:

„(4) Die im Abs. 1 genannten Zeiträume, in denen mindestens sechs bzw. zwölf Versicherungsmonate erworben sein müssen, der im Abs. 2 genannte Zeitraum von 60 Monaten und die im Abs. 3 genannte Frist von sechs Monaten verlängern sich um neutrale Zeiten im Sinne des § 234, um Zeiten, während derer Wochengeld bezogen wird oder während derer dieser Anspruch ruht, um die Dauer eines Pensionsfeststellungsverfahrens bis zur Zustellung des Feststellungsbescheides bzw. bis zur rechtskräftigen Entscheidung im Leistungsstreitverfahren sowie um Zeiten des ordentlichen oder außerordentlichen Präsenzdienstes auf Grund der Bestimmungen des Wehrgesetzes BGBl. Nr. 181/1955.“

d) § 17 Abs. 5 erster Satz hat zu lauten:

„Personen, die in einer oder mehreren der in Abs. 1 lit. a genannten Pensions(Renten)versicherungen oder in der Pensionsversicherung nach dem Gewerblichen Selbständigen-Pensionsversicherungsgesetz 120 Beitragsmonate erworben haben, können das Recht auf Weiterversicherung jederzeit geltend machen oder eine beendete Weiterversicherung erneuern.“

e) § 17 Abs. 7 Z. 1 hat zu lauten:

„1. mit dem Ende des Kalendermonates, in dem der Versicherte seinen Austritt erklärt hat;“

4. a) § 18 Abs. 2 hat zu lauten:

„(2) Die Selbstversicherung beginnt in den Fällen des Abs. 1 Z. 1 mit dem auf den Beitritt folgenden Tag, in den Fällen des Abs. 1 Z. 2 und 3 mit dem auf den Eintritt der Rechtskraft des gerichtlichen Urteiles über die Nichtigerklärung, Aufhebung oder Scheidung der Ehe bzw. auf den Tag des Todes folgenden Tag.“

b) § 18 Abs. 4 hat zu lauten:

„(4) In den Fällen des Abs. 1 Z. 2 und 3 ist das Recht zum Beitritt innerhalb von sechs Wochen nach dem Tag des Eintrittes der Rechtskraft des gerichtlichen Urteiles über die Nichtigerklärung, Aufhebung oder Scheidung der Ehe bzw. nach dem Tag des Todes geltend zu machen.“

c) Im § 18 Abs. 6 ist der Ausdruck „§ 16 Abs. 7“ durch den Ausdruck „§ 16 Abs. 10“ zu ersetzen.

5. § 40 hat zu lauten:

„Meldung der Zahlungsempfänger

§ 40. Die Zahlungsempfänger (§ 106) sind verpflichtet, jede Änderung in den für den Fortbestand der Bezugsberechtigung maßgebenden Verhältnissen sowie jede Änderung ihres Wohnsitzes bzw. des Wohnsitzes des Anspruchsberechtigten binnen zwei Wochen dem zuständigen Versicherungsträger anzuzeigen.“

6. Nach § 42 ist ein § 42 a mit nachstehendem Wortlaut einzufügen:

„Besondere Auskunftspflicht der Inhaber (Bevollmächtigten) von knappschaftlichen und diesen gleichgestellten Betrieben

§ 42 a. Die Inhaber (Bevollmächtigten) von knappschaftlichen und diesen gleichgestellten Betrieben sind verpflichtet, der Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues jene nichtknappschaftlichen Betriebe bekanntzugeben, die mit Arbeiten im Bereich des knappschaftlichen oder gleichgestellten Betriebes befaßt sind; sie sind ferner verpflichtet, der Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues alle für die Feststellung der Versicherungszugehörigkeit nach § 15 Abs. 4 erforderlichen Auskünfte über die Art der im Bereich des knappschaftlichen oder gleichgestellten Betriebes vergebenen Arbeiten zu erteilen. § 42 gilt entsprechend.“

7. § 43 hat zu lauten:

„Auskunftspflicht der Versicherten und der Zahlungs(Leistungs)-empfänger

§ 43. Die Versicherten sowie die Zahlungs(Leistungs)empfänger sind verpflichtet, den Versicherungsträgern über alle für das Versicherungsverhältnis maßgebenden Umstände längstens binnen 14 Tagen wahrheitsgemäß Auskunft zu erteilen.“

8. § 58 Abs. 1 hat zu lauten:

„(1) Die allgemeinen Beiträge sind am letzten Tage des Kalendermonates fällig, in den das Ende des Beitragszeitraumes fällt. Die Satzung kann, sofern sie einen anderen als den im § 44 Abs. 2 erster Satz bezeichneten Beitragszeitraum bestimmt und für den Fall, daß durch Vereinbarung mit dem Dienstgeber ein abweichender Beitragszeitraum festgelegt wird, vorsehen, daß die Beiträge am letzten Tag des Beitragszeit-

raumes fällig werden. Die Fälligkeit der Sonderbeiträge wird durch die Satzung des Versicherungsträgers geregelt.“

9. a) § 72 Abs. 2 letzter Satz hat zu lauten:

„Der Hundertsatz beträgt:

für das Jahr 1969	460 v. H.,
für das Jahr 1970	490 v. H.,
für das Jahr 1971	520 v. H.“

b) Dem § 72 ist ein Abs. 8 mit folgendem Wortlaut anzufügen:

„(8) Der Bund leistet einen Beitrag in folgender Höhe:

für das Jahr 1969	55'2 Millionen Schilling,
für das Jahr 1970	59'3 Millionen Schilling,
für das Jahr 1971	63'9 Millionen Schilling.

Der Beitrag des Bundes ist monatlich im erforderlichen Ausmaß, nach Tunlichkeit zu je einem Zwölftel zu überweisen.“

10. a) § 73 Abs. 2 wird aufgehoben.

b) § 73 Abs. 3 hat zu lauten:

„(3) Der von den Trägern der Pensionsversicherung zu entrichtende Beitrag beträgt 9'25 v. H. des für das laufende Geschäftsjahr erwachsenden Aufwandes an Pensionen. Zum Pensionsaufwand zählen die Pensionen und die Pensionssonderzahlungen einschließlich der Zuschüsse, ausschließlich der Wohnungsbeihilfen und der Ausgleichszulagen.“

c) § 73 Abs. 4 hat zu lauten:

„(4) Die Beiträge nach Abs. 3 sind vorschussweise in monatlichen Raten in der Höhe eines Zwölftels von 9'25 v. H. der Summe der im vorangegangenen Kalenderjahr ausgezahlten Pensionen (Pensionssonderzahlungen) dem Hauptverband zu überweisen. Der Ausgleich ist innerhalb der ersten sechs Monate des folgenden Kalenderjahres vorzunehmen. Der Hauptverband teilt die einlangenden Beiträge auf die zuständigen Träger der Krankenversicherung nach einem Schlüssel — und zwar gesondert für die Landwirtschaftskrankenkassen — auf, der vom Bundesministerium für soziale Verwaltung auf Antrag des Hauptverbandes unter Berücksichtigung des nachgewiesenen Aufwandes für die Krankenversicherung der Pensionisten festgesetzt wird. Reicht der Beitrag in der Krankenversicherung der Pensionisten nicht aus, um den nachgewiesenen Aufwand zu decken, so ist der in Betracht kommende Aufteilungsschlüssel unter Berücksichtigung des Verhältnisses der Zahl der Pensionisten zur Zahl der übrigen Pflichtversicherten zugunsten jener Träger der Krankenversicherung abzuändern, deren allgemeine finanzielle Lage dies begründet.“

d) § 73 Abs. 5 hat zu lauten:

„(5) Die nach Abs. 1 beitragspflichtigen Träger der Pensionsversicherung und die Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen haben, wenn und so lange sich der Pensionist ständig im Inland aufhält, von jeder zur Auszahlung gelangenden Pension und Pensionssonderzahlung, mit Ausnahme der Waisenpensionen, einen Betrag einzubehalten, der durch Verordnung des Bundesministeriums für soziale Verwaltung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Finanzen gestaffelt nach der Pensionshöhe mit mindestens 1 v. H. der Pension und höchstens 2'6 v. H. der Pension, in keinem Falle mit weniger als 6'80 S monatlich festzusetzen ist. Der Einbehalt ist auch vorzunehmen, wenn sich der Pensionist ständig in einem Staat aufhält, mit dem ein zwischenstaatliches Übereinkommen besteht, das die Krankenversicherung der Pensionisten einschließt, es sei denn, daß das Übereinkommen Gegenteiliges bestimmt.“

11. § 76 hat zu lauten:

„Beitragsgrundlage für Weiterversicherte in der Krankenversicherung

§ 76. (1) Beitragsgrundlage für den Kalendertag ist für in der Krankenversicherung Weiterversicherte die Höchstbeitragsgrundlage (§ 45 Abs. 1 lit. a).

(2) Die Weiterversicherung ist auf Antrag des Versicherten, soweit dies nach seinen wirtschaftlichen Verhältnissen gerechtfertigt erscheint, auf einer niedrigeren als der nach Abs. 1 in Betracht kommenden Beitragsgrundlage, jedoch nicht unter 30 S täglich zuzulassen. Die Herabsetzung der Beitragsgrundlage wirkt, wenn der Antrag zugleich mit dem Antrag auf Weiterversicherung oder innerhalb der sechswöchigen Frist des § 16 Abs. 4 gestellt wird, ab dem Beginn der Weiterversicherung, sonst ab dem auf die Antragstellung folgenden Monatsersten; die Herabsetzung gilt jeweils bis zum Ablauf des nächstfolgenden Kalenderjahres.

(3) Bei Prüfung der wirtschaftlichen Verhältnisse nach Abs. 2 sind auch Unterhaltsverpflichtungen gegenüber dem Versicherten unter entsprechender Anwendung des § 292 a zu berücksichtigen.

(4) Wenn dies einer vereinfachten Berechnung der Beiträge dient, hat die Satzung zu bestimmen, daß die Beitragsgrundlage nach Lohnstufen zu ermitteln ist; § 46 Abs. 2 gilt entsprechend.

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

12. Nach § 76 sind ein § 76 a und ein § 76 b mit folgendem Wortlaut einzufügen:

„Beitragsgrundlage für Weiterversicherte in der Pensionsversicherung

§ 76 a. (1) Beitragsgrundlage für den Kalendertag ist für in der Pensionsversicherung Weiterversicherte die im letzten Beitragszeitraum vor dem Ausscheiden aus der Pflichtversicherung auf den Kalendertag entfallende allgemeine Beitragsgrundlage. Die Beitragsgrundlage ist mit dem ihrer zeitlichen Lagerung entsprechenden Aufwertungsfaktor (§ 108 c) aufzuwerten, jedoch höchstens bis zu dem Betrag der Höchstbeitragsgrundlage in der Pensionsversicherung (§ 45 Abs. 1 lit. b). Diese Aufwertung ist bei jeder Änderung der Aufwertungsfaktoren vorzunehmen.

(2) Die Weiterversicherung in der Pensionsversicherung ist auf Antrag des Versicherten, soweit dies nach den wirtschaftlichen Verhältnissen des Antragstellers gerechtfertigt erscheint, auf einer niedrigeren als der nach Abs. 1 in Betracht kommenden Beitragsgrundlage, jedoch nicht unter 20 S für den Kalendertag zuzulassen. Wurde die Weiterversicherung auf einer niedrigeren als der nach Abs. 1 in Betracht kommenden Beitragsgrundlage zugelassen, so hat der Versicherungsträger bei einer Änderung in den wirtschaftlichen Verhältnissen des Versicherten auf dessen Antrag eine Erhöhung der Beitragsgrundlage bis auf das nach Abs. 1 in Betracht kommende Ausmaß vorzunehmen. Eine solche Erhöhung hat der Versicherungsträger auch von Amts wegen vorzunehmen, wenn ihm eine entsprechende Änderung in den wirtschaftlichen Verhältnissen des Versicherten bekannt wird. Solche Festsetzungen wirken in allen diesen Fällen nur für die Zukunft.

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

Beitragsgrundlage für Selbstversicherte

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

1. für in der Krankenversicherung gemäß § 18 Selbstversicherte die Höchstbeitragsgrundlage (§ 45 Abs. 1 lit. a) unter entsprechender Anwendung der Bestimmungen des § 76 Abs. 2 und 3;

2. für in der Unfallversicherung gemäß § 19 Selbstversicherte der durch die Satzung des Versicherungsträgers festgesetzte Betrag, der nicht niedriger als 30 S täglich und nicht höher als die Höchstbeitragsgrundlage in der in Betracht kommenden Versicherung sein darf;

3. für in der Kranken- und Pensionsversicherung gemäß § 19 a Selbstversicherte ein Betrag in der Höhe des durchschnittlichen Einkommens

des Versicherten aus den Beschäftigungen, die seine Berechtigung zur Selbstversicherung begründen; dieser Betrag darf nicht niedriger als 30 S täglich und nicht höher als die Höchstbeitragsgrundlage in der in Betracht kommenden Versicherung sein.

An die Stelle des in Z. 2 und 3 genannten Betrages von 30 S, ausgenommen, soweit dieser als Beitragsgrundlage in der Krankenversicherung gilt, tritt ab 1. Jänner eines jeden Jahres der unter Bedachtnahme auf § 108 i mit der jeweiligen Richtzahl (§ 108 a Abs. 1) vervielfachte Betrag.

(2) Zum Zwecke einer vereinfachten Berechnung der Beiträge kann die Satzung bestimmen, daß die Beitragsgrundlage nach Lohnstufen zu ermitteln ist; § 46 Abs. 2 gilt entsprechend.

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

13. Im § 84 Abs. 3 ist jeweils der Ausdruck „der Beitragseinnahmen“ durch den Ausdruck „der Einnahmen an Versicherungsbeiträgen“ zu ersetzen.

14. § 89 Abs. 4 hat zu lauten:

„(4) Hat ein Versicherter, dessen Anspruch nach Abs. 1 oder 2 ruht, im Inland Angehörige, für die er im Sinne des § 123 Anspruch auf Leistungen der Krankenversicherung hätte, so sind die für diese Angehörigen vorgesehenen Leistungen zu gewähren. Ruht der Anspruch auf eine Rente (Pension) aus der Unfallversicherung oder aus der Pensionsversicherung, so gebührt den im Inland sich aufhaltenden Angehörigen, die im Falle des Todes des Versicherten — in der Unfallversicherung im Falle des Todes infolge des Arbeitsunfalles (der Berufskrankheit) — Anspruch auf Hinterbliebenenrente (Hinterbliebenenpension) hätten, eine Rente (Pension) in der Höhe der halben ruhenden Rente (Pension) mit Ausnahme allfälliger Kinderzuschüsse und des Hilflosenzuschusses. Zu dieser Rente (Pension) gebühren allfällige Kinderzuschüsse in der Höhe, wie sie zu der ruhenden Rente (Pension) gebühren. Der Anspruch steht in folgender Reihenfolge zu: Ehegatte, Kinder, Eltern, Geschwister.“

15. Im § 90 a Abs. 1 hat der zweite Halbsatz zu lauten:

„hiebei sind der Bezug von Versehrtengeld dem Anspruch auf Versehrtenrente und die Zeit, für die gemäß § 138 Abs. 1 Anspruch auf Krankengeld nicht besteht, sowie ein ruhender Anspruch auf Krankengeld dem Bezug des Krankengeldes gleichzuhalten.“

16. § 96 hat zu lauten:

„Beginn und Ende des Ruhens von Renten- und Pensionsansprüchen

§ 96. Das Ruhen von Renten- und Pensionsansprüchen wird mit dem Beginn des Kalendermonates wirksam, der auf den Eintritt des Ruhensgrundes folgt. Besteht der Ruhensgrund bereits im Zeitpunkt des Anfalles der Leistung (§ 86), wird das Ruhen ab diesem Zeitpunkt wirksam. Die Renten bzw. Pensionen sind von dem Tag an wieder zu gewähren, mit dem der Ruhensgrund weggefallen ist.“

17. § 104 Abs. 1 letzter Satz hat zu lauten:

„Die laufenden Geldleistungen aus der Krankenversicherung können, wenn die Leistungspflicht dem Grunde nach feststeht und dies im wirtschaftlichen Interesse des Versicherten liegt, vom Versicherungsträger bevorschusst werden.“

18. § 105 a Abs. 3 hat zu lauten:

„(3) Der Hilflosenzuschuß zu einer Pension aus der Pensionsversicherung ruht während der Pflege in einer Krankenanstalt, Heilanstalt oder Siechenanstalt ab dem Beginn der fünften Woche dieser Pflege, wenn ein Träger der Versicherung nach diesem Bundesgesetz die Kosten der Pflege trägt.“

19. § 107 Abs. 1 hat zu lauten:

„(1) Der Versicherungsträger hat zu Unrecht erbrachte Geldleistungen und an Stelle von Sachleistungen erbrachte Kostenersätze bzw. bare Leistungen (§§ 131, 131 a, 132 und 150) zurückzufordern, wenn der Zahlungsempfänger (§ 106) den Bezug durch bewußt unwahre Angaben, bewußte Verschweigung maßgebender Tatsachen oder Verletzung der Meldevorschriften (§ 40) herbeigeführt hat oder wenn der Zahlungsempfänger (§ 106) erkennen mußte, daß die Leistung nicht oder nicht in dieser Höhe gebührte.“

20. a) § 108 h Abs. 4 hat zu lauten:

„(4) Bei der Anwendung des § 240 tritt an die Stelle des Betrages der Bemessungsgrundlage aus einem früheren Versicherungsfall der Betrag, der sich aus der Vervielfachung dieser Bemessungsgrundlage mit dem Anpassungsfaktor ergibt, der auf die entzogene (erloschene) Pension im Falle ihrer Weitergewährung anzuwenden gewesen wäre. Sind in zeitlicher Folge mehrere Anpassungsfaktoren anzuwenden, ist die Vervielfachung in der Weise vorzunehmen, daß ihr jeweils der für das vorangegangene Jahr ermittelte Betrag zugrunde zu legen ist. Die neuerlich angefallene Pension ist erstmals mit dem Anpassungsfaktor zu vervielfachen, der für das dem Stichtag folgende Jahr festgesetzt ist.“

b) Dem § 108 h ist als Abs. 5 anzufügen:

„(5) Bei der Anwendung des § 264 gilt Abs. 4 entsprechend.“

21. a) § 123 Abs. 3 hat zu lauten:

„(3) Stiefkinder einer Person sind die nicht von ihr abstammenden leiblichen Kinder ihres Ehegatten, und zwar auch dann, wenn der andere leibliche Elternteil des Kindes noch lebt. Die Stiefkindschaft besteht nach Auflösung oder Nichtigerklärung der sie begründenden Ehe weiter.“

Die bisherigen Abs. 3 bis 7 erhalten die Bezeichnung Abs. 4 bis 8.

b) § 123 Abs. 7 (neu) hat zu lauten:

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

c) § 123 Abs. 8 (neu) lit. a hat zu lauten:

„a) auch andere als die in den Abs. 2 und 4 bis 7 bezeichneten Verwandten und die Wahl- und Stiefeltern des Versicherten als Angehörige gelten, wenn sie mit dem Versicherten in Hausgemeinschaft leben und von ihm ganz oder überwiegend erhalten werden.“

22. § 142 Abs. 2 hat zu lauten:

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

23. a) § 152 Abs. 1 erster Satz hat zu lauten:

„Versicherte erhalten ein Familiengeld, solange sie auf Rechnung eines Krankenversicherungsträgers in Anstaltspflege stehen und ihr Anspruch auf Krankengeld ausschließlich aus diesem Grunde ruht, wenn sie Angehörige im Sinne des § 123 Abs. 2, 4, 5, 7 oder 8 haben, die sich gewöhnlich im Inland aufhalten.“

1059 der Beilagen

7

b) § 152 Abs. 5 hat zu lauten:

„(5) In den Fällen des § 143 Abs. 5 lit. a und b ist Familien(Tag)geld in der Höhe zu gewähren, in der es bei Vorliegen der Voraussetzungen nach Abs. 2 lit. a gebühren würde.“

24. § 162 Abs. 3 dritter Satz ist durch folgende Sätze zu ersetzen:

„Fallen in den für die Ermittlung des durchschnittlichen Arbeitsverdienstes maßgebenden Zeitraum

- a) Zeiten der im § 11 Abs. 3 bezeichneten Art oder
- b) Zeiten, während derer die Versicherte infolge Krankheit oder vorübergehender Kurzarbeit nicht das volle Entgelt bezogen hat,

so bleiben diese Zeiten bei der Ermittlung des durchschnittlichen Arbeitsverdienstes außer Betracht. Liegen in dem maßgebenden Zeitraum nur Zeiten der in lit. a oder b bezeichneten Art vor, so verlängert sich der maßgebende Zeitraum um diese Zeiten; diese Zeiten bleiben bei der Berechnung des durchschnittlichen Arbeitsverdienstes außer Betracht.“

25. § 164 Abs. 1 Z. 1 zweiter Halbsatz hat zu lauten:

„er kann durch die Satzung des Versicherungsträgers allgemein oder für einzelne der bezeichneten Personengruppen bis auf 2000 S erhöht werden;“

26. § 176 Abs. 1 Z. 7 hat zu lauten:

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

27. a) § 181 Abs. 1 hat zu lauten:

„(1) Für die gemäß § 8 Abs. 1 Z. 3 lit. a Teilversicherten, die selbständig Erwerbstätige sind, und für die gemäß § 8 Abs. 1 Z. 3 lit. b und d Teilversicherten gilt als Bemessungsgrundlage ein Betrag von 14.245 S im Kalenderjahr. An die Stelle dieses Betrages tritt ab 1. Jänner eines jeden Jahres der unter Bedachtnahme auf § 108 i mit dem jeweiligen Anpassungsfaktor (§ 108 f) vervielfachte Betrag. Hat ein gemäß § 8 Abs. 1 Z. 3 lit. a Teilversicherter die Höher-

versicherung gemäß § 20 Abs. 1 in Anspruch genommen, so erhöht sich die Bemessungsgrundlage um die der Beitragszahlung gemäß § 77 Abs. 4 zugrunde gelegten Beträge.“

b) § 181 Abs. 2 wird aufgehoben.

28. § 186 Eingang hat zu lauten:

„Mittel der Unfallverhütung sind insbesondere:“

29. § 192 erster Satz hat zu lauten:

„Die nach § 7 Z. 2 lit. b teilversicherten Zwischenmeister (Stückmeister), die nach § 7 Z. 3 lit. c teilversicherten öffentlichen Verwalter sowie die nach den §§ 8 und 19 Unfallversicherten, die selbständig erwerbstätig sind, erhalten die Heilbehandlung nach § 191 erst vom Beginn des dritten Monats nach dem Eintritt des Versicherungsfalles an.“

30. Im § 195 Abs. 1 ist der Ausdruck „(§ 123 Abs. 2 bis 6)“ durch den Ausdruck „(§ 123 Abs. 2 und 4 bis 7)“ zu ersetzen.

31. § 197 hat zu lauten:

„Versagung der Versehrtenrente und allfälliger Zuschüsse bei
Zuwiderhandlung

§ 197. (1) Befolgt der Versehrte eine die Unfallheilbehandlung oder die Krankenbehandlung (§ 119) betreffende Anordnung ohne triftigen Grund nicht und wird dadurch seine Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflusst, so können ihm die Versehrtenrente und allfällige Zuschüsse auf Zeit ganz oder teilweise versagt werden, wenn er vorher auf die Folgen seines Verhaltens schriftlich hingewiesen worden ist.

(2) Für die Dauer der Versagung gebührt den im Inland sich aufhaltenden Angehörigen, die im Falle des Todes des Versicherten infolge des Arbeitsunfalles (der Berufskrankheit) Anspruch auf Hinterbliebenenrenten hätten, eine Rente in der Höhe der Hälfte der versagten Rente bzw. des versagten Teiles der Rente mit Ausnahme allfälliger Kinderzuschüsse und des Hilflosenzuschusses. Zu dieser Rente gebühren allfällige Kinderzuschüsse in der Höhe der versagten Kinderzuschüsse bzw. des versagten Teiles dieser Zuschüsse. Der Anspruch steht in folgender Reihenfolge zu: Ehegatte, Kinder, Eltern, Geschwister. Den Leistungsansprüchen der Hinterbliebenen nach dem Ableben des Versicherten wird hiedurch nicht vorgegriffen.“

32. § 204 Abs. 3 erster Satz hat zu lauten:

„Bei den nach § 7 Z. 3 lit. c teilversicherten öffentlichen Verwaltern sowie bei den nach den

§§ 8 und 19 Unfallversicherten, die selbständig erwerbstätig sind, und bei ihren im Betrieb tätigen versicherten Angehörigen fällt die Versichertenrente mit dem Beginn des dritten Monats nach dem Eintritt des Versicherungsfalles an.“

33. § 207 Abs. 2 hat zu lauten:

„(2) Als Kinder gelten

1. die ehelichen Kinder, die legitimierten Kinder und die Wahlkinder;

2. die Stiefkinder, wenn sie von dem Versicherten überwiegend erhalten werden und mit ihm ständig in Hausgemeinschaft leben oder sich nur vorübergehend oder wegen schulmäßiger (beruflicher) Ausbildung oder zeitweilig wegen Heilbehandlung außerhalb seiner Hausgemeinschaft aufhalten;

3. die unehelichen Kinder einer weiblichen Versicherten;

4. die unehelichen Kinder eines männlichen Versicherten, wenn seine Vaterschaft im Verfahren außer Streitsachen oder in einem sonst hierfür gesetzlich vorgesehenen Verfahren anerkannt oder im Prozeßwege gerichtlich festgestellt ist.“

34. Dem § 211 ist als Abs. 3 anzufügen:

„(3) In den Fällen des Abs. 1 können außerdem Leistungen der beruflichen Ausbildung sowie Hilfe zur Erlangung einer Arbeitsstelle gewährt werden. Die §§ 199 bis 201 sind entsprechend anzuwenden.“

35. § 218 Abs. 1 hat zu lauten:

„(1) Den Kindern (§ 207 Abs. 2) des Versicherten, dessen Tod durch einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit verursacht wurde, gebührt bis zum vollendeten 18. Lebensjahr eine Waisenrente; § 207 Abs. 3 ist entsprechend anzuwenden.“

36. § 221 Abs. 1 hat zu lauten:

„(1) Die Pensionsversicherung trifft in ihren Zweigen der Pensionsversicherung der Arbeiter, der Pensionsversicherung der Angestellten und der knappschaftlichen Pensionsversicherung Vorsorge für die Versicherungsfälle des Alters, der geminderten Arbeitsfähigkeit (Invalidität, Berufsunfähigkeit, Dienstunfähigkeit) und des Todes sowie für die Gesundheitsfürsorge.“

37. a) § 222 Abs. 1 Z. 4 wird aufgehoben; der Strichpunkt am Ende der Z. 3 ist durch einen Punkt zu ersetzen.

b) § 222 Abs. 2 Z. 4 wird aufgehoben.

38. a) § 223 Abs. 1 Z. 4 wird aufgehoben; der Strichpunkt am Ende der Z. 3 ist durch einen Punkt zu ersetzen.

b) Im § 223 Abs. 2 ist der Ausdruck „Abs. 1 Z. 1, 2 oder 4“ durch den Ausdruck „Abs. 1 Z. 1 oder 2“ zu ersetzen.

39. Im § 234 Abs. 1 Z. 1 ist der Ausdruck „§ 223 Abs. 1 Z. 1, 2 oder 4“ durch den Ausdruck „§ 223 Abs. 1 Z. 1 oder 2“ zu ersetzen.

40. Im § 236 Abs. 1 Z. 1 haben die Worte „oder der Eheschließung“ zu entfallen.

41. Im § 243 Abs. 1 Z. 1 ist der Ausdruck „§ 76“ durch den Ausdruck „§ 76 a“ zu ersetzen.

42. § 252 Abs. 1 hat zu lauten:

„(1) Als Kinder gelten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr:

1. die ehelichen, die legitimierten Kinder und die Wahlkinder der Versicherten;

2. die Stiefkinder, wenn sie vom Versicherten überwiegend erhalten werden und mit ihm ständig in Hausgemeinschaft leben oder sich nur vorübergehend oder wegen schulmäßiger (beruflicher) Ausbildung oder zeitweilig wegen Heilbehandlung außerhalb seiner Hausgemeinschaft aufhalten;

3. die unehelichen Kinder einer weiblichen Versicherten;

4. die unehelichen Kinder eines männlichen Versicherten, wenn seine Vaterschaft im Verfahren außer Streitsachen oder in einem hierfür sonst gesetzlich vorgesehenen Verfahren anerkannt oder im Prozeßwege gerichtlich festgestellt worden ist.“

43. § 268 wird aufgehoben.

44. Im § 270 ist der Ausdruck „die Hinterbliebenenpensionen, den Ausstattungsbeitrag und die Abfindung“ durch den Ausdruck „die Hinterbliebenenpensionen und die Abfindung“ zu ersetzen.

45. § 290 wird aufgehoben.

46. § 305 hat zu lauten:

„Verweigerung des Heilverfahrens durch den Versicherten

§ 305. (1) Entzieht sich ein Versicherter oder Pensionist ohne triftigen Grund dem vom Versicherungsträger eingeleiteten Heilverfahren (§ 301) und würde eine Invalidität, Berufsunfähigkeit, Dienstunfähigkeit oder Hilflosigkeit durch das Heilverfahren voraussichtlich abgewendet oder behoben werden, so können die Pension und allfällige Zuschläge, Zuschüsse und Zulagen auf Zeit ganz oder teilweise versagt

1059 der Beilagen

9

werden, wenn der Versicherte oder Pensionist auf diese Folgen nachweislich hingewiesen worden ist. Das gleiche gilt, wenn ein Versicherter oder Pensionist durch sein Verhalten den Zweck des Heilverfahrens gefährdet oder vereitelt.

(2) Für die Dauer der Versagung gebührt den im Inland sich aufhaltenden Angehörigen, die im Falle des Todes des Versicherten oder Pensionisten Anspruch auf Hinterbliebenenpension hätten, eine Pension in der Höhe der Hälfte der versagten Pension bzw. des versagten Teiles der Pension mit Ausnahme allfälliger Kinderzuschüsse, des Hilflosenzuschusses und der Ausgleichszulage. Zu dieser Pension gebühren allfällige Kinderzuschüsse in der Höhe der versagten Kinderzuschüsse bzw. des versagten Teiles dieser Zuschüsse. Der Anspruch steht in folgender Reihenfolge zu: Ehegatte, Kinder. Den Leistungsansprüchen der Hinterbliebenen nach dem Ableben des Versicherten (Pensionisten) wird hierdurch nicht vorgegriffen.“

47. a) Im § 308 Abs. 1 erster Satz ist der Ausdruck „nach Abs. 4“ durch den Ausdruck „nach Abs. 5“ zu ersetzen.

b) § 308 Abs. 4 hat zu lauten:

„(4) Wurde ein in einem pensionsversicherungsfreien Dienstverhältnis stehender Dienstnehmer gegen Entfall des Entgeltes beurlaubt und wurde mit dem Ende der Beurlaubung nicht gleichzeitig das pensionsversicherungsfreie Dienstverhältnis beendet, so steht hinsichtlich der Leistung eines Überweisungsbetrages nach Abs. 1 für die während der Beurlaubung erworbenen Beitragszeiten die Beendigung der Beurlaubung einer Aufnahme in ein pensionsversicherungsfreies Dienstverhältnis im Sinne des Abs. 1 gleich.“

Der bisherige Abs. 4 des § 308 erhält die Bezeichnung Abs. 5.

48. § 324 Abs. 3 hat zu lauten:

„(3) Wird ein Renten(Pensions)berechtigter auf Kosten eines Fürsorgeträgers in einem Alters-(Siechen)heim oder Fürsorgeerziehungsheim, einer Heil- und Pflegeanstalt für Nerven- und Geisteskranken, einer Trinkerheilstätte oder einer ähnlichen Einrichtung gepflegt, so geht für die Zeit dieser Anstaltspflege der Anspruch auf Rente bzw. Pension (einschließlich allfälliger Zulagen und Zuschläge) bis zur Höhe der Verpflegungskosten, höchstens jedoch bis zu 80 v. H., wenn der Renten(Pensions)berechtigte auf Grund einer gesetzlichen Verpflichtung für den Unterhalt eines Angehörigen zu sorgen hat, bis zu 50 v. H. dieses Anspruches auf den Fürsorgeträger über. Der vom Anspruchsübergang erfaßte Betrag vermindert sich für jeden weiteren unterhaltsberech-

tigten Angehörigen um je 10 v. H. dieses Anspruches. Wenn und soweit die Verpflegungskosten durch den vom Anspruchsübergang erfaßten Betrag noch nicht gedeckt sind, geht auch ein allfälliger Anspruch auf Hilflosenzuschuß höchstens bis zu 80 v. H. auf den Fürsorgeträger über. Die dem Renten(Pensions)berechtigten für seine Angehörigen zu belassenden Beiträge können vom Versicherungsträger unmittelbar an die Angehörigen ausgezahlt werden.“

49. § 361 Abs. 2 dritter Satz hat zu lauten:

„Der Anspruch auf die Leistungen der Krankenversicherung für Angehörige (§ 123) kann in den Fällen des § 89 Abs. 4 oder wenn der Versicherte die Antragstellung ohne triftigen Grund verweigert, auch vom Angehörigen selbst oder von dessen gesetzlichem Vertreter unmittelbar geltend gemacht werden.“

50. a) § 472 a Abs. 1 erster Satz hat zu lauten:

„In der Krankenversicherung nach § 472 gilt als Grundlage für die Bemessung der Beiträge (Beitragsgrundlage) und der Leistungen der Monatsbezug bzw. die Pensionsleistung mit Ausnahme der Hilflosenzulage bis zu einem Höchstausmaß von 5600 S im Monat (Höchstbeitragsgrundlage), mindestens 1200 S im Monat (Mindestbeitragsgrundlage); ab 1. Jänner 1970 beträgt die Höchstbeitragsgrundlage 6200 S, die Mindestbeitragsgrundlage 1300 S.“

b) § 472 a Abs. 2 erster Satz hat zu lauten:

„Die Höhe des Beitrages ist mit einem Hundertsatz der Beitragsgrundlage (Abs. 1), höchstens mit 5·8 v. H., ab 1. Jänner 1970 höchstens mit 6·2 v. H. dieser Grundlage, durch die Satzung der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen festzusetzen.“

51. Im § 520 einschließlich seiner Überschrift ist der Ausdruck „Leistungsempfänger“ durch den Ausdruck „Zahlungs(Leistungs)empfänger“ zu ersetzen.

52. In der Anlage 1 Z. 38 hat die Liste der Unternehmen zu lauten:

„Krankenhäuser, Heil- und Pflegeanstalten, Entbindungsheime und sonstige Anstalten, die Personen zur Kur und Pflege aufnehmen, ferner Einrichtungen und Beschäftigungen in der öffentlichen und privaten Fürsorge, in Schulen, Kindergärten und Säuglingskrippen und im Gesundheitsdienst sowie in Laboratorien für wissenschaftliche und medizinische Untersuchungen und Versuche sowie in Justizanstalten.“

2

Artikel II

Übergangs- und Schlußbestimmungen

(1) Die erstmaligen Meldungen für Personen, die nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz am 1. Jänner 1969 unterliegen und nicht schon zu dieser Pflichtversicherung angemeldet sind, sind bis 28. Feber 1969 beim zuständigen Versicherungsträger zu erstatten. Die Bestimmungen der §§ 33 bis 38, 41 bis 43 und 111 bis 113 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes sind entsprechend anzuwenden.

(2) Personen, die nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes als Pflichtversicherte in die Krankenversicherung einbezogen werden und die am 1. Jänner 1969 bei einem Versicherungsunternehmen vertragsmäßig krankenversichert sind, können den Versicherungsvertrag bis 30. Juni 1969 zum Ablauf des auf die Aufkündigung folgenden Kalendermonates aufkündigen. Für den Zeitraum nach dem Erlöschen des Versicherungsvertrages bereits entrichtete Versicherungsbeiträge (Prämien) sind vom Versicherungsunternehmen nicht zu erstatten. Über Verlangen des Versicherungsunternehmens ist der Bestand der Pflichtversicherung nachzuweisen.

(3) Versicherungsunternehmen, die das Versicherungsgeschäft betreiben, können jene Teile der versicherungstechnischen Rückstellungen, die zufolge Kündigung gemäß Abs. 2 aufzulösen sind, steuerfrei auf eine Sonderrücklage für die Umstellung des Geschäftsbetriebes übertragen. Diese Rücklage ist in den folgenden Geschäftsjahren mit einem Teilbetrag von je 20 v. H. gewinnerhöhend (verlustmindernd) aufzulösen.

(4) Personen, die nach den am 31. Dezember 1968 in Geltung gestandenen Vorschriften zur freiwilligen Versicherung in der Krankenversicherung nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz nicht berechtigt waren, es aber bei früherem Wirksamkeitsbeginn der Bestimmungen des Art. I Z. 2 gewesen wären, können das Recht auf freiwillige Versicherung in der Krankenversicherung noch bis zum 28. Feber 1969 geltend machen. Die freiwillige Versicherung beginnt in diesen Fällen mit dem 1. Jänner 1969.

(5) Die sechswöchige Frist zur Geltendmachung des Rechtes auf Weiterversicherung nach § 16 Abs. 4 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes in der Fassung des Art. I Z. 2 gilt auch für Fälle, in denen die Frist von drei Wochen nach § 16 Abs. 1 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes in der am 31. Dezember 1968 in Geltung gestandenen Fassung am 1. Jänner 1969 noch nicht abgelaufen war.

(6) Für Pensionisten, die am 31. Dezember 1968 in der Pensionsversicherung freiwillig ver-

sichert sind, gilt der bescheidmäßig zuerkannte Anspruch auf eine laufende Leistung aus einer eigenen gesetzlichen Pensionsversicherung nicht als Wegfall der Voraussetzungen für die freiwillige Versicherung.

(7) In den Fällen des § 18 Abs. 1 Z. 2 und 3 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes, in denen die sechsmonatige Frist nach § 18 Abs. 4 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes in der am 31. Dezember 1968 in Geltung gestandenen Fassung am 1. Jänner 1969 noch nicht abgelaufen war, kann das Recht zum Beitritt noch bis 12. Feber 1969 geltend gemacht werden.

(8) Liegen die Voraussetzungen für die Herabsetzung der Beitragsgrundlage nach § 76 Abs. 2 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes in der Fassung des Art. I Z. 11 vor, und wird die Herabsetzung bis 28. Feber 1969 beantragt, so wirkt sie ab 1. Jänner 1969.

(9) Die Bestimmungen des Art. I Z. 14 gelten ab 1. Jänner 1969 auch für Rentenansprüche aus der Unfallversicherung, wenn der Versicherungsfall vor dem 1. Jänner 1969 eingetreten ist, und für Pensionsansprüche aus der Pensionsversicherung, wenn der Stichtag vor dem 1. Jänner 1969 liegt bzw. der Versicherungsfall vor dem 1. Jänner 1956 eingetreten ist. Die Leistung gebührt ab 1. Jänner 1969, wenn der Antrag bis 30. Juni 1969 gestellt wird, sonst ab dem auf die Antragstellung folgenden Monatsersten.

(10) § 108 h Abs. 4 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes in der Fassung des Art. I Z. 20 ist auf Fälle, in denen der Stichtag für die entzogene (erloschene) Pension vor dem 1. Jänner 1965 liegt, mit der Maßgabe anzuwenden, daß vor der Vervielfachung mit dem Anpassungsfaktor (den Anpassungsfaktoren) die Neubemessungsvorschriften der 13. Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 320/1963, und der 14. Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 301/1964, auf die Bemessungsgrundlage entsprechend anzuwenden sind.

(11) Die Bestimmungen des Art. I Z. 23 und 31 gelten ab 1. Jänner 1969 auch für Versicherungsfälle, die vor dem 1. Jänner 1969 eingetreten sind.

(12) Die Bestimmungen des Art. I Z. 46 sind ab 1. Jänner 1969 auch auf Versicherungsfälle anzuwenden, in denen der Stichtag vor dem 1. Jänner 1969 liegt bzw. der Versicherungsfall vor dem 1. Jänner 1956 eingetreten ist.

(13) Ab 1. Jänner 1969 sind die Renten aus der Unfallversicherung, wenn und soweit ein in der Satzung festgesetzter Durchschnittssatz die Bemessungsgrundlage bildet und ihnen ein vor dem 1. Jänner 1969 eingetretener Versicherungsfall zugrunde liegt, unter Anwendung des § 181 Abs. 1 des Allgemeinen Sozialversicherungs-

1059 der Beilagen

11

gesetzes in der Fassung des Art. I Z. 27 neu zu bemessen. Dies gilt nach dem 31. Dezember 1968 entsprechend auch für die nach einem in der Satzung festgesetzten Durchschnittssatz bemessenen anderen Geldleistungen sowie bei der Feststellung (Neufeststellung) von Leistungen, die nach der Rechtslage am 31. Dezember 1968 mit einem in der Satzung festgesetzten Durchschnittssatz zu bemessen gewesen wären.

(14) Auf die nach Abs. 12 neu bemessenen Renten sind die Bestimmungen des § 108 g des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes erstmals mit Wirksamkeit ab 1. Jänner 1970 anzuwenden.

(15) Weibliche Personen, denen in der Renten-(Pensions)versicherung aus Anlaß der Eheschließung Beiträge erstattet worden sind oder denen der Ausstattungsbeitrag geleistet worden ist, können auf Antrag durch Rückzahlung des aufgewerteten Ausstattungsbeitrages (Erstattungsbeitrages) die seinerzeit erworbenen Versicherungszeiten zurückerwerben. Zur Entscheidung über den Antrag ist jener Versicherungsträger bzw. dessen Rechtsnachfolger zuständig, der den Ausstattungsbeitrag gewährt bzw. die Beiträge erstattet hat. Die Aufwertung ist mit dem jeweiligen Faktor (§ 108 c) vorzunehmen, der im Kalenderjahr der Antragstellung für das Jahr festgesetzt ist, in dem der Ausstattungsbeitrag (Erstattungsbeitrag) geleistet worden ist. Die Rückzahlung hat in einem Betrag im Kalenderjahr der Antragstellung zu erfolgen. Wenn der Antragstellerin diese Zahlung nach ihrer wirtschaftlichen Lage nicht zugemutet werden kann, hat der Versicherungsträger Teilzahlungen, und zwar höchstens 24 aufeinanderfolgende Monatsraten, beginnend mit dem der Antragstellung folgenden Kalendermonat, zu bewilligen.

(16) Leidet ein Versicherter am 1. Jänner 1969 an einer Krankheit, die erst auf Grund der Bestimmung des Art. I Z. 52 als Berufskrankheit anerkannt wird, so sind ihm die Leistungen der Unfallversicherung zu gewähren, wenn der Versicherungsfall nach dem 31. Dezember 1955 eingetreten ist und der Antrag bis 31. Dezember 1969 gestellt wird. Die Leistungen sind frühestens ab 1. Jänner 1969 zu gewähren. Wird der Antrag später gestellt, gebühren die Leistungen ab dem auf die Antragstellung folgenden Monatsersten.

(17) Dem Art. VI Abs. 27 der 9. Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 13/1962, ist nachstehender Satz anzufügen: „Wird der Antrag nach dem 31. Dezember 1962 gestellt, gebührt die Leistung ab dem der Antragstellung folgenden Monatsersten.“

(18) Im Jahre 1969 beträgt der Beitrag des Bundes zum Ausgleichsfonds der Krankenver-

sicherungsträger (§ 447 a Abs. 3 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes) 10 Millionen Schilling; dieser Betrag ist in zwei gleichen Teilbeträgen am 1. April und am 1. Oktober 1969 dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger zu überweisen.

(19) Für die am 31. Dezember 1965 nach § 17 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes Weiterversicherten und die gemäß § 515 Abs. 1 Z. 2 des genannten Gesetzes als Weiterversicherte geltenden Personen kann die Beitragsgrundlage für jene Monate des Jahres 1966, für die Beiträge entrichtet wurden, auf Antrag bis auf 5850 S erhöht werden. Für die am 31. Dezember 1966 nach § 17 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes Weiterversicherten und die gemäß § 515 Abs. 1 Z. 2 des genannten Gesetzes als Weiterversicherte geltenden Personen kann die Beitragsgrundlage für jene Monate des Jahres 1967, für die Beiträge entrichtet wurden oder noch entrichtet werden, bis auf 6300 S monatlich erhöht werden. Die Erhöhung ist in beiden Fällen nur zulässig, wenn der Versicherte ein der beantragten höheren Beitragsgrundlage entsprechendes Gesamteinkommen nachweist. Anträge können nur bis längstens 31. Dezember 1969 bei sonstigem Ausschluß gestellt werden. Die Beiträge gelten noch als wirksam entrichtet, wenn sie innerhalb eines halben Jahres nach Bewilligung des Antrages gezahlt werden.

Artikel III**Wirksamkeitsbeginn**

(1) Dieses Bundesgesetz tritt, soweit im folgenden nichts anderes bestimmt wird, am 1. Jänner 1969 in Kraft.

(2) Es treten in Kraft

- a) rückwirkend mit dem 1. Jänner 1962 die Bestimmung des Art. II Abs. 17;
- b) rückwirkend mit dem 1. Mai 1965 die Bestimmungen des Art. I Z. 20;
- c) mit dem Beginn der Beitragsperiode Jänner 1969 die Bestimmungen des Art. I Z. 8.

(3) § 76 a des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes in der Fassung des Art. I Z. 12 tritt am 1. Jänner 1969 mit der Maßgabe in Kraft, daß seine Bestimmungen auch für Fälle gelten, in denen die Weiterversicherung vor dem 1. Jänner 1969 begonnen wurde.

Artikel IV

Mit der Vollziehung dieses Bundesgesetzes ist das Bundesministerium für soziale Verwaltung betraut.

Erläuternde Bemerkungen

Die dem Bundesministerium für soziale Verwaltung bis zum Sommer 1966 zur Kenntnis gekommenen Änderungswünsche zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz waren Gegenstand einer im Herbst des Jahres 1966 mit Vertretern der Interessenvertretungen der Dienstgeber und Dienstnehmer abgehaltenen Beratung. Das Ziel dieser einwöchigen Besprechung war, einen Überblick darüber zu erhalten, welche Vorschläge bei einer künftigen Novellierung berücksichtigt werden sollen und an welche Lösungen gedacht werden könnte. Ein Teil der Änderungswünsche — es waren vorwiegend jene, die sich auf Verbesserungen des Abschnittes IV des Neunten Teiles bezogen — konnte noch in der 19. Novelle, BGBl. Nr. 67/1967, berücksichtigt werden.

Einzelne Beratungsergebnisse, die sich auf den Zweiten Teil bezogen haben, haben ihren Niederschlag in der 21. Novelle, BGBl. Nr. 6/1968, gefunden. In den Erläuternden Bemerkungen zu dieser Novelle wurde ausgeführt, daß die zu den Teilen Unfall- und Pensionsversicherung vorgemerkten Änderungen sowie einige Änderungswünsche, die sich auf Bestimmungen des Allgemeinen Teiles beziehen, neuerlich zurückgestellt werden mußten, weil bei der 21. Novelle die Erschließung erhöhter Einnahmen für die Krankenversicherung im Vordergrund stand. Es wurde angekündigt, diese Änderungen „in einem im Frühjahr des kommenden Jahres zur Versendung gelangenden Entwurf einer 22. Novelle zur Diskussion“ zu stellen. Diese Zusage ist insoweit eingelöst worden, als alle aus der erwähnten Beratung resultierenden Änderungsvorschläge und auch die nicht geringe Zahl von Änderungswünschen, die dem Bundesministerium für soziale Verwaltung seither zugekommen ist, soweit sie sich auf die ersten drei Teile des Gesetzes beziehen, im Entwurf einer 23. Novelle Anfangs Juli zur Diskussion gestellt wurden. Die vorgemerkten Änderungen, die sich auf die Teile Vier bis Zehn beziehen, werden für eine weitere Novelle, die zu einem späteren Zeitpunkt in Kraft treten soll, zurückgestellt. Für diese Vorgangsweise sind zwei Überlegungen maßgebend:

1. Die 23. Novelle soll vor allem wegen der Neuregelung der Weiterversicherung, der Leistungsverbesserung in der bäuerlichen Unfallversicherung und der Erhöhung der Beiträge der Pensionsversicherungsträger zur Krankenversicherung der Pensionisten mit 1. Jänner 1969 in Kraft treten. Das Begutachtungsverfahren mußte somit Ende September 1968 abgeschlossen werden, um noch Zeit für die Berücksichtigung der Stellungnahmen, für die Vorlage an den Ministerrat und schließlich für die parlamentarische Behandlung zu haben. Ein zu umfangreicher Entwurf hätte diesen Zeitplan unmöglich gemacht. Das Bundesministerium für soziale Verwaltung ist der Meinung, daß es der Möglichkeit einer gründlichen Beratung des Entwurfes dient, wenn er sich auf Änderungen des Allgemeinen Teiles und der Teile Kranken- und Unfallversicherung beschränkt.

2. Im Bereich des Pensionsversicherungsrechtes sollen als Ergebnis der Beratungen des Bundesministeriums für soziale Verwaltung mit Vertretern der Dienstgeber und Dienstnehmer und fortgesetzter Beratungen der Versicherungsträger im Rahmen des Hauptverbandes einige wesentliche Änderungen vorgenommen werden. Sie würden unter anderem darauf hinauslaufen, die Absichten des Gesetzgebers bei Gesetzwerdung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes im Bezug auf die Bestimmung des § 253 effektvoller zu verwirklichen als dies gegenwärtig der Fall ist und jene Schwierigkeiten zu beseitigen, die sich aus der Aufeinanderfolge von Versicherungsfällen, insbesondere der Versicherungsfälle des Alters, ergeben. Aber auch die sogenannte Wanderversicherung bedarf einer Neuregelung. Schließlich muß das Ausgleichszulagenrecht unter Berücksichtigung der praktischen Erfahrungen mit der Handhabung dieser Vorschriften einer Revision unterzogen werden. Derartige Änderungen bedürfen einer reiflichen Überlegung sowohl vom sozialpolitischen als auch vom finanziellen und verwaltungsökonomischen Standpunkt, ehe sie in einem Entwurf zur Diskussion gestellt werden können. Diese Überlegungen sind zur Zeit noch nicht abgeschlossen. Einen Entwurf

zu versenden, der an diesen Problemen vorbeigeht und sich im Bereiche der Pensionsversicherung lediglich mit Bereinigungen des Gesetzestextes beschäftigt, scheint nicht sinnvoll zu sein.

Freilich ließen sich — wegen des innigen Zusammenhanges einzelner Bestimmungen — auch einige Änderungen des Vierten Teiles nicht vermeiden, was aber, eben wegen des erwähnten Zusammenhanges, keine Preisgabe des Grundsatzes bedeutet, daß sich der vorliegende Entwurf als eine Bereinigungsnovelle zu den ersten drei Teilen des Gesetzes darstellt. Darüber hinaus enthält er aber auch einige wesentliche meritatorische Änderungen, die zu 1. bereits angedeutet wurden.

Der besseren Übersichtlichkeit halber wird im folgenden eine Darstellung der wichtigsten Änderungen gegeben:

1. Neuregelung der Weiterversicherung in der Kranken- und Pensionsversicherung im Sinne einer Erleichterung der Voraussetzungen. Die Drei-Wochen-Frist für die Weiterversicherung in der Krankenversicherung wird auf sechs Wochen verlängert. Bezieher einer Leistung aus der Pensionsversicherung verlieren das Recht auf Weiterversicherung; sie können jedoch innerhalb der üblichen Frist nach dem Erlöschen oder dem Entzug des Leistungsanspruches eine Weiterversicherung in der Pensionsversicherung eingehen.

2. Die Finanzierung der bäuerlichen Unfallversicherung wird auf eine neue Basis gestellt, mit dem Ziel, die Mittel für die längst notwendige Verbesserung der Leistungen bereitzustellen.

3. Der Beitragssatz von 87 v. H. in der Krankenversicherung der Pensionisten wird auf 925 v. H. erhöht. Von Pensionen, die ins Ausland überwiesen werden, dürfen Beiträge zur Krankenversicherung nicht mehr einbehalten werden.

4. Die Frage der Bildung der Beitragsgrundlage in der freiwilligen Weiterversicherung wird in Anlehnung an eine im Hauptverband erarbeitete Lösung neu geregelt. In der Krankenversicherung soll grundsätzlich die Höchstbeitragsgrundlage Beitragsgrundlage sein. Eine Herabsetzung ist gegen Nachweis entsprechender wirtschaftlicher Verhältnisse möglich.

5. Einem Wunsch der Fürsorgeträger Rechnung tragend soll der Hilflosenzuschuß dann nicht mehr ruhen, wenn der Pensionist auf Kosten der Fürsorge in einer Kranken-, Heilanstalt oder in einem Siechenheim untergebracht ist, auch wenn später ein Sozialversicherungsträger dem Fürsorgeträger Ersatz für seine Aufwendungen leistet (im Zusammenhang damit muß auch § 324 ASVG. geändert werden).

6. Durch eine Änderung des § 108 h über die Anpassung der Pensionen wird erreicht, daß Leistungen, die auf einer Bemessungsgrundlage aus einem früheren Versicherungsfall beruhen,

ohne Verzögerung angepaßt werden, weil der Pensionist ohnedies schon beim Anfall der Leistung aus dem früheren Versicherungsfall die Anpassungsverzögerung mitgemacht hat.

7. Die Mitglieder der Österreichischen Wasserrettung werden in Ausübung der ihnen obliegenden Pflichten so behandelt, als ob sie unfallversichert wären.

8. Durch eine Änderung des § 181 wird bewirkt, daß die Bemessungsgrundlage, die für die gemäß § 8 Abs. 1 Z. 3 lit. a teilversicherten selbständig Erwerbstätigen gilt, auch für die in der Land- und Forstwirtschaft Erwerbstätigen gelten wird.

9. Der Versicherungsfall der Eheschließung wird beseitigt; Frauen, die die Leistung aus diesem Versicherungsfall in Anspruch genommen haben, sollen die Möglichkeit erhalten, den Erstattungsbetrag zurückzahlen zu können.

10. Die Anlage 1 (Berufskrankheitenliste) wird um Infektionskrankheiten in Schulen, Kindergärten und Säuglingskrippen sowie in Justizanstalten erweitert.

11. Durch eine Reihe von Übergangsvorschriften wird sichergestellt, daß die Leistungsverbesserungen — sie halten sich angesichts der finanziellen Situation in bescheidenen Grenzen und sind im wesentlichen nur für Einzelfälle von Interesse — auch auf Versicherungsfälle anzuwenden sind, die in der Vergangenheit liegen.

In finanzieller Hinsicht wird der Entwurf eine Umschichtung der Mittel innerhalb der Sozialversicherung dadurch bewirken, daß die aus der Aufhebung des § 268 resultierende Ersparnis an Mitteln für eine Erhöhung des Beitrages der Pensionsversicherungsträger zur Krankenversicherung der Pensionisten verwendet wird. Für den Beitrag des Bundes zur bäuerlichen Unfallversicherung für das Jahr 1969 wird im Bundesfinanzgesetz für dieses Jahr vorgesorgt.

Im übrigen wird auf die Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen des Entwurfes verwiesen.

Zu Art. I Z. 1 (§ 7):

Durch Z. 1 lit. a und b des Entwurfes soll dem Erkenntnis des Verfassungsgerichtshofes vom 30. Juni 1966, Zl. G 10/66, folgend die differenzierte Behandlung von Rechtsanwaltsanwärttern, die in der Kanzlei ihrer Eltern, Großeltern usw. beschäftigt sind und allen übrigen Rechtsanwaltsanwärttern beseitigt werden. In Hinkunft sollen alle Rechtsanwaltsanwärtter in der Kranken- und Unfallversicherung teilversichert sein.

Zu Art. I Z. 2 (§ 16):

Zu § 16, betreffend die Weiterversicherung in der Krankenversicherung, liegen dem Bundesministerium für soziale Verwaltung mehrere Änderungswünsche vor. Zunächst soll aus rechts-

systematischen Gründen im Abs. 2 lit. b auch auf die Möglichkeit der Nichtigerklärung der Ehe Bedacht genommen werden, wie dies etwa schon im Bereich der Selbstversicherung geschehen ist. Abs. 2 lit. c erweist sich in der Praxis als zu eng, weil das Recht zur Weiterversicherung nur der im Inland zurückbleibenden Ehegattin, den Kindern, Enkeln, Wahl- und Stiefkindern eingeräumt ist. In den verhältnismäßig seltenen Fällen der Anwendung dieser Bestimmung kommt es häufig zu Härten, die daraus entstehen, daß der Personenkreis, für den der Versicherte nach § 123 Anspruch hatte, größer war als der Kreis, der zur Weiterversicherung berechtigt ist. Es erscheint daher richtig, die Möglichkeit zur Weiterversicherung zumindest allen jenen Personen zu geben, die dieses Recht im Falle des Todes des Versicherten geltend machen könnten.

Ein weiterer Änderungswunsch betrifft die Frist, innerhalb der das Recht auf Weiterversicherung geltend zu machen ist; sie soll auf sechs Wochen verlängert werden, um Fälle von Fristversäumnis möglichst auszuschließen. Ähnliche Motive liegen der Berücksichtigung der Anregung zugrunde, Zeiten der Dauer bestimmter Verfahren in Verwaltungssachen sowie Zeiten des Präsenzdienstes fristverlängernd wirken zu lassen. Insbesondere im ersten Fall kommt es immer wieder zu Schwierigkeiten, weil der Betroffene in der Meinung, daß sein Ausscheiden aus der Versicherung zu Unrecht erfolgt sei, vom Recht auf Weiterversicherung keinen Gebrauch macht. Wenn dann nach Verstreichen eines längeren Zeitraumes das Ausscheiden aus der Versicherung rechtskräftig wird, ist die Frist für die Geltendmachung des Rechtes auf Weiterversicherung schon lange verstrichen.

Schließlich wurde — um Auslegungsdifferenzen zu vermeiden — im neuen Abs. 3 ausdrücklich die Möglichkeit statuiert, auch eine Weiterversicherung fortsetzen zu können, ähnlich wie heute schon die andere Form der freiwilligen Versicherung, nämlich die Selbstversicherung, fortgesetzt werden kann.

Die Berücksichtigung der erwähnten Änderungsvorschläge wurde dazu benützt, § 16 übersichtlicher zu gestalten. In den Abs. 1 bis 3 werden nunmehr die Personenkreise umschrieben, die zur Weiterversicherung berechtigt sind und die Voraussetzungen angeführt, unter denen dieses Recht geltend gemacht werden kann. Abs. 4 setzt die Frist für die Ausübung dieses Rechtes fest und nimmt auf die erwähnten sozialen Momente dadurch Bedacht, daß er die Frist von sechs Wochen erst mit den aus lit. a bis d sich jeweils ergebenden Zeitpunkten beginnen läßt. Zeiten der in Abs. 1 lit. a und b bezeichneten Art sollen die sechswöchige Antragsfrist unterbrechen, die Frist soll nach Wegfall des Unterbrechungsgrundes neu zu laufen beginnen. Diese

Regelung nimmt darauf Bedacht, daß Zeiten der Anstaltspflege bzw. des Kranken- oder Wochen-geldbezuges usw. auch nach dem Ende der Pflichtversicherung innerhalb der für die Weiterversicherung vorgesehenen Antragsfrist (zum Beispiel wenn der Versicherungsfall innerhalb der Schutzfrist des § 122 Abs. 2 Z. 2 eingetreten ist) beginnen können und auch in diesen Fällen konsequenterweise die Möglichkeit gewahrt bleiben soll, das Recht auf Weiterversicherung nach dem Ende der in Betracht kommenden Zeit noch geltend machen zu können. Abs. 5 trifft eine Aussage bezüglich des Beginnes der Versicherung, wobei an der Grundregelung festgehalten wird, daß sie zeitlich an das Ende der Pflichtversicherung anschließt. Lediglich in den Fällen des Abs. 3 lit. a bis d muß eine Sonderregelung getroffen werden, weil sonst die Weiterversicherung oft für Jahre zurück eintreten würde, was weder vom Standpunkt der Riskentragung noch unter dem Gesichtspunkt der Nachzahlung der Beiträge durch den Versicherten vertreten werden könnte. Die Abs. 6, 7 und 8 entsprechen den Abs. 3, 4 und 5 des geltenden Rechtes. Abs. 9 übernimmt im wesentlichen die Regelung des Abs. 6 mit der Änderung, daß die Fristverlängerung berücksichtigt wird und die Frist im Interesse einer Vereinfachung der Vorschrift mit der Ablehnung des Antrages auf Ausstellung einer Bescheinigung über die vorläufige Krankenversicherung (§ 10 Abs. 7) zu laufen beginnt.

Abs. 10 schließlich entspricht dem derzeitigen Abs. 7, wobei einer Anregung der Versicherungsträger folgend, die Weiterversicherung auch durch die Erklärung des Austrittes nicht mehr an jedem beliebigen Tag, sondern nur mehr zum Ende eines Kalendermonates beendet werden kann. Dies bewirkt eine Entlastung der Verwaltung, weil die Beiträge zur Weiterversicherung nach § 78 Abs. 1 zu Beginn des Kalendermonates fällig sind und im Falle des Austrittes während des Monats gegenwärtig rückverrechnet werden müssen.

Abschließend sei noch darauf verwiesen, daß § 76 in der Fassung des Entwurfes wesentlich strenger gefaßt wird als dies jetzt der Fall ist. Diese Änderung macht die an sich geringfügige Erweiterung des Kreises der Berechtigten und eine gewisse Lockerung in den Voraussetzungen für die Weiterversicherung möglich.

Zu Art. I Z. 3 (§ 17):

§ 17 Abs. 1 enthält — abgesehen davon, daß er übersichtlicher gestaltet und damit leichter lesbar gemacht werden soll — die wesentliche Änderung, daß Personen, die eine laufende Leistung aus der Pensionsversicherung beziehen, zur Weiterversicherung nicht mehr berechtigt sein sollen. Die Versicherungsträger machen die Wahrnehmung, daß immer wieder Leistungsbezieher von der Möglichkeit der Weiterversicherung Ge-

brauch machen, teils um für den Fall des Entzuges (des Erlöschens) des Leistungsanspruches einen Versicherungsschutz zu haben, teils um sich aus dem nächsten Versicherungsfall eine höhere Leistung zu sichern. Nun ist aber die freiwillige Weiterversicherung für solche Fälle nicht gedacht. Wer eine Leistung bezieht — und sei es auch nur eine befristete — soll nicht auch noch der Riskengemeinschaft angehören. Die Zeiten des Pensionsbezuges sind im Interesse des Versicherten ohnedies neutralisiert (§ 234 Abs. 1 Z. 2), sodaß ein sozialversicherungsrechtlicher Nachteil nur dadurch entstehen kann, daß nach Entziehung (Erlöschen) eines Leistungsanspruches, wenn nicht sofort eine versicherungspflichtige Beschäftigung angetreten wird oder wenn mangels eines Arbeitsplatzes eine solche nicht angetreten werden kann, eine Lücke im Versicherungsverlauf entsteht, weil das Recht auf Weiterversicherung infolge Fristablaufes verloren gegangen ist. Diesem Fall soll in § 17 Abs. 1 dadurch Rechnung getragen werden, daß Personen, die eine laufende Leistung bezogen haben, das Recht auf Weiterversicherung eingeräumt wird, das nach Abs. 3 innerhalb von sechs Monaten nach dem Ende des Leistungsanspruches geltend zu machen ist. Ausgeschlossen von dieser Begünstigung sind lediglich Bezieher einer Hinterbliebenenpension, weil die Leistung, die sie beziehen, nicht auf eigenen Versicherungszeiten beruht und sie auch vor Anfall der Leistung kein Recht auf Weiterversicherung hatten.

Aus den gleichen Überlegungen wie in der Krankenversicherung soll in den Fällen des § 410 Z. 1 oder 2 die Frist für die Geltendmachung des Rechtes auf Weiterversicherung erst mit dem rechtskräftigen Abschluß des Verfahrens zu laufen beginnen.

Im Interesse einer Vereinheitlichung und auch einer leichteren Durchführung der Vorschrift wird im neuen Abs. 4 vorgesehen, daß die dort genannten Zeiten die Beobachtungszeiträume nach Abs. 1 und 2 sowie die Antragsfrist nach Abs. 3 verlängern. Damit werden die Möglichkeiten, von der Weiterversicherung Gebrauch zu machen, erleichtert, was jedoch aus den Gründen, die im letzten Absatz der Begründung zu § 16 dargelegt sind, und die entsprechend auch für die Weiterversicherung in der Pensionsversicherung gelten, vertreten werden kann.

Die Neufassung des Abs. 5 erster Satz war durch die Änderung des Abs. 1 bedingt. Was die Änderung des Abs. 7 Z. 1 anlangt, wird auf die Begründung zu § 16 Abs. 10 Z. 1 verwiesen.

Schließlich sei noch auf die Schutzbestimmung für die am 31. Dezember 1968 freiwillig weiterversicherten Pensionisten hingewiesen, für die die Tatsache des Leistungsbezuges nicht als Grund für die Beendigung der Weiterversicherung gelten soll. Es steht ihnen selbstverständlich frei, ihre Weiterversicherung durch Austritt zu beenden,

weil auch sie für den Fall des Entzuges (Erlöschens) der laufenden Leistung die Möglichkeit haben werden, die Weiterversicherung jederzeit wiederaufzunehmen.

Zu Art. I Z. 4 (§ 18):

Die Änderungen des § 18 sind mit einer Ausnahme lediglich formeller Natur. Im neuen Abs. 2 wird der Ausdruck „des gerichtlichen Urteiles über die Nichtigkeit“ durch den der allgemeinen Diktion entsprechenderen Ausdruck „des gerichtlichen Urteiles über die Nichtigkeitsklärung“ ersetzt. Auch soll nicht mehr von der Auflösung der Ehe sondern nur von den beiden hier in Betracht kommenden Auflösungsgründen, nämlich der Aufhebung und Scheidung gesprochen werden. Für den Fristenlauf beim dritten möglichen Auflösungsgrund, das ist der Tod, ist ohnedies eine Sonderregelung getroffen. Im Abs. 6 wird — bedingt durch die Änderung des § 16 — die Zitierung „§ 16 Abs. 7“ durch die Zitierung „§ 16 Abs. 10“ ersetzt. Abs. 4 wird der Diktion des neuen Abs. 2 angepaßt und darüber hinaus — dies ist eine meritorische Änderung — die Frist für die Geltendmachung des Rechtes auf Beitritt zur Selbstversicherung von sechs Monaten auf sechs Wochen verkürzt. Dieses Vorhaben steht mit der Verlängerung der Frist für die Geltendmachung des Rechtes auf Weiterversicherung in der Krankenversicherung von drei auf sechs Wochen im Zusammenhang. Das Bundesministerium für soziale Verwaltung ist der Meinung, daß es der Rechtssicherheit dient, wenn die Fristen im Bereich der freiwilligen Versicherung innerhalb eines Versicherungszweiges einheitlich sind.

Zu Art. I Z. 5, 7, 19 und 51 (§§ 40, 43, 107 und 520):

Die Änderung der §§ 40 und 43 steht mit der Änderung des § 107 Abs. 1 in Zusammenhang. Danach sind zu Unrecht erbrachte Geldleistungen zurückzufordern, „wenn der Empfänger den Bezug durch bewußt unwahre Angaben, bewußte Verschweigung maßgebender Tatsachen oder Verletzung der Meldevorschriften (§ 40) herbeigeführt hat“. Diese Fassung führt dazu, daß nach der herrschenden Judikatur eine zu Unrecht erbrachte Geldleistung nicht zurückgefordert werden kann, wenn die Zahlung beispielsweise an einen gesetzlichen Vertreter geleistet wurde, obwohl in der Person des Anspruchsberechtigten die Anspruchsvoraussetzungen weggefallen sind und der gesetzliche Vertreter die Meldung hierüber unterlassen hat. Um diese rechtspolitisch verfehlt eingeschränkte Rückforderungsrechte zu beseitigen, soll § 107 Abs. 1 auf den „Leistungsempfänger bzw. Zahlungsempfänger“ — und zwar, um auszuschließen, daß der bürgerlich-rechtliche Begriff des Zahlungsempfängers darunter verstanden werden könnte, des Zahlungs-

empfängers im Sinne des § 106 — abgestellt werden. Darauf mußten auch die Meldevorschriften der §§ 40 und 43 zugeschnitten werden. Die weitere Änderung des § 107 Abs. 1 ist in ähnlicher Fassung bereits in dem zur Stellungnahme versendeten Entwurf einer 21. Novelle zur Diskussion gestellt worden. Sie ist von den Versicherungsträgern in ihrer Gesamtheit als notwendig verlangt worden. Die Neuregelung hätte insbesondere für die Unfall- und Pensionsversicherungsträger Bedeutung, da es Fälle geben kann, in denen durch Maschinenfehler eine Stellenwertverschiebung eintritt und die Rückforderung des Mehrbetrages gegenwärtig problematisch wäre.

Der Österreichische Arbeiterkammertag hat in seiner Stellungnahme zum Entwurf der 21. Novelle die Notwendigkeit, die Versicherungsträger gegen die oben geschilderten Zwischenfälle abzusichern, anerkannt, die Regelung jedoch als zu weitgehend und zu unbestimmt abgelehnt. Um ihm Gelegenheit zur Ausarbeitung eines Alternativvorschlages zu geben, hat der Kammertag ersucht, die Änderung vorläufig zurückzustellen. Diesem Wunsch wurde Rechnung getragen.

In seiner jüngsten Äußerung zum gegenständlichen Problem tritt der Arbeiterkammertag für die Beibehaltung der gegenwärtigen Fassung des § 107 Abs. 1 ein, weil er meint, daß die von den Versicherungsträgern ins Treffen geführten Argumente nicht zu überzeugen vermögen. Für die einzelnen Geschäftsfälle müßten die Versicherungsträger — so wie bisher. — durch besondere Kontrollen trachten, die Anweisung überhöhter Bezüge zu vermeiden. Diesem Vorbringen kann nicht gefolgt werden, weil es bei dem Massenbetrieb der Versicherungsträger trotz sorgfältiger Kontrolle immer wieder zu Überzahlungen kommen wird. Wesentliche Interessen der Versicherten werden durch die Änderung nicht berührt, weil die Rückforderung nach der neuen Fassung ohnedies nur möglich sein wird, wenn der Empfänger erkennen mußte, daß ihm die Leistung nicht oder nicht in der angewiesenen Höhe gebührt. Aus der Verwendung des Wortes „mußte“ im Gegensatz etwa zu dem Wörtchen „konnte“ geht schon hervor, daß die Rückforderung aus dem Titel des § 107 nur möglich sein soll, wenn die Anweisung so überhöht war, daß dies auch dem einfachen, mit den einschlägigen Vorschriften nicht vertrauten oder schon alten und gebrechlichen Pensionisten auffallen mußte.

Zu Art. I Z. 6 (§ 42 a):

Der knappschaftlichen Pensionsversicherung sind nach § 15 Abs. 4 unter anderem auch Personen zugehörig, die in nicht knappschaftlichen Betrieben tätig sind, sofern sie mit Arbeiten im

Bereich des knappschaftlichen oder gleichgestellten Betriebes beschäftigt sind und diese Arbeiten dem Aufschluß, der Gewinnung oder der Förderung von Bodenschätzen, dem Schutz der Belegschaft oder der Erhaltung des Bergwerkes oder gefristeter Bergwerksanlagen dienen. Diesem Versichertenkreis sind also insbesondere Personen zuzurechnen, die bei Baufirmen oder anderen Unternehmen tätig werden, wenn sie im Bereich eines knappschaftlichen oder gleichgestellten Betriebes mit Arbeiten der erwähnten Art beschäftigt sind. Es wird sich hiebei in der Regel um Abraumarbeiten zum Aufschluß der Lagerstätten, das Gewinnen oder Verladen (einschließlich des Abtransportes) von Versatzmaterial innerhalb des Werkgeländes, die Errichtung von Hochbauten im Werkgelände und ähnlichem handeln.

In Erfüllung der gesetzlichen Vorschrift des § 15 Abs. 4 muß die Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues darauf dringen, daß die knappschaftlichen Betriebe alle an nicht knappschaftliche Betriebe (insbesondere Baufirmen) vergebenen Arbeiten melden, die innerhalb des Werkgeländes vorgenommen werden. Es ist nun strittig, ob die Auskunftspflicht des § 42 hierfür ausreicht. Das Bundesministerium für soziale Verwaltung hat — in einem konkreten Streitfall um seine Meinung gefragt — die Auffassung vertreten, daß § 42 die Auskunftspflicht für alle Arbeiten einschließt, die im Bereich eines knappschaftlichen Betriebes durchgeführt werden. Diese Auffassung ist aber im Verwaltungsverfahren, das beim Landeshauptmann endet hat, verworfen worden. Die Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues ist sohin derzeit nicht in der Lage, der ihr nach § 15 Abs. 4 auferlegten Verpflichtung nachzukommen. Diese unbefriedigende Situation soll durch die Schaffung des § 42 a beendet und für die Fälle der gegenständlichen Art die Auskunftspflicht des Betriebsinhabers rechtlich einwandfrei festgelegt werden. Der allgemeinen Rechtsprechung des Verwaltungsgerichtshofes folgend, wird die Auskunftspflicht auf die tatsächlichen Verhältnisse abgestellt und demjenigen auferlegt, der den Betrieb in seiner Macht und Gewahrsame hat (Betriebsinhaber) bzw. demjenigen, der vom Betriebsinhaber mit der Betriebsführung bzw. mit der Erfüllung der Melde- und Auskunftspflichten beauftragt wurde.

Zu Art. I Z. 8 (§ 58 Abs. 1):

Durch Art. I Z. 13 lit. a der 21. Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 6/1968, wurde im § 44 Abs. 2 die Möglichkeit geschaffen, mit dem Dienstgeber eine Vereinbarung über den Beitragszeitraum zu treffen. Dementsprechend muß im § 58 Abs. 1 nicht nur auf einen durch die Satzung abweichend festge-

setzen, sondern auch auf einen infolge einer Vereinbarung mit dem Dienstgeber abweichenden Beitragszeitraum Bedacht genommen werden.

Zu Art. I Z. 9, 27 und Art. II Abs. 13 und 14 (§ 72 Abs. 2 und 8 und § 181 Abs. 1 und 2):

Die Unfallversicherung der gemäß § 8 Abs. 1 Z. 3 lit. b Teilversicherten wird durch Beiträge finanziert, die vorwiegend in einem Hundertsatz der Beitragsgrundlage zu entrichten sind. Beitragsgrundlage für diese Beiträge ist der Grundsteuermaßbetrag. Der Hundertsatz ist durch die Satzung der Land- und Forstwirtschaftlichen Sozialversicherungsanstalt gegenwärtig mit 420 % festgesetzt.

Die Bemessungsgrundlage für die Leistungen bildet nach § 181 Abs. 3 ein ebenfalls in der Satzung der Versicherungsanstalt festgesetzter Betrag (Durchschnittssatz).

Die Vollrente, die im Jahre 1954 400 S betragen hat, betrug im Jahre 1967 unter Berücksichtigung der Zusatzrente 518'90 S und beträgt im laufenden Jahr 552'10 S. Die Erhöhung, die die Renten im Bereiche der bäuerlichen Unfallversicherung erfahren haben, ist somit außerordentlich gering; die Renten sind von ihrer ursprünglichen Kaufkraft weit entfernt. Die Ursache für die nur bescheidene Erhöhung der Unfallrente liegt in der bedrängten finanziellen Lage des Zweiges Unfallversicherung einerseits und andererseits darin, daß der sogenannte Hebesatz nicht ausreichend erhöht werden konnte, weil die Finanzkraft der bäuerlichen Bevölkerung hierfür nicht ausreichte.

Der Zweig Unfallversicherung wird im Jahre 1968 einen Gebarungsabgang von zirka 15'5 Millionen Schilling aufweisen. Der Abgang wird voraussichtlich noch aus den Überschüssen der vorangegangenen Jahre gedeckt werden können. In den folgenden Jahren würde sich, wenn an der Finanzierungsmethode nichts geändert wird, der Abgang vergrößern, weil praktisch gleichbleibenden Beitragseinnahmen steigende Leistungsverpflichtungen gegenüberstehen.

Angesichts dieser Sach- und Rechtslage und der Dringlichkeit der Verbesserung der bäuerlichen Unfallrenten mußte ein neues Finanzierungssystem gefunden werden. Dieses System sieht zunächst vor, daß sowohl der Hundertsatz für die Bemessung der Beiträge, als auch die Bemessungsgrundlage — wie in allen anderen Versicherungszweigen — im Gesetz geregelt werden. Die Mittel für eine ausgeglichene Gebarung des Zweiges Unfallversicherung und für die so notwendige Leistungsverbesserung sollen einerseits durch steigende Beiträge der Versicherten und andererseits durch einen im Gesetz festgesetzten Beitrag des Bundes aufgebracht werden. Die Beitragsregelung wird auf die Jahre 1969 bis 1971 beschränkt, weil im Jahre 1971 eine neue Ein-

heitswertbewertung erfolgen wird, deren Ergebnisse bei der Prüfung der Finanzierung des Zweiges Unfallversicherung ab 1972 berücksichtigt werden sollen und weiters deshalb, weil gegenwärtig nicht mit genügender Sicherheit abzusehen ist wie sich die Anpassungsfaktoren nach dem Pensionsanpassungsgesetz, deren Höhe die Renten und damit den Aufwand der Unfallversicherung beeinflussen wird, ab 1972 entwickeln werden.

Die Renten sollen mit Wirksamkeit mit 1. Jänner 1969 neu bemessen werden, wobei als Bemessungsgrundlage nach § 181 Abs. 1 ASVG. in der Fassung des Art. I Z. 27 des Entwurfes eine Bemessungsgrundlage von theoretisch 14.245 S in Betracht käme. Theoretisch deshalb, weil dieser Betrag im Zeitpunkt seines Wirksamkeitsbeginnes (1. Jänner 1969) bereits mit dem Anpassungsfaktor für 1969 (1'071) zu vervielfachen sein wird. Praktisch wird also die Bemessungsgrundlage für 1969 15.256 S betragen, daraus ergibt sich eine Vollrente einschließlich der Zusatzrente in der Höhe von 871'80 S gegenüber einer Rente von 591'30 S bei unveränderter Rechtslage. Die Steigerung beträgt 47'4 %. Diese Leistungsverbesserung soll — wie durch die Schlußbestimmung des Art. II Abs. 13 sichergestellt wird — auch für die bereits laufenden Leistungen wirksam werden. Die erstmalige Anpassung nach § 108 g ASVG. wird mit 1. Jänner 1970 erfolgen.

Die finanziellen Auswirkungen der in Aussicht genommenen Maßnahmen sind in der folgenden Übersicht dargestellt, bei der für 1970 ein Anpassungsfaktor von 1'062 und für 1971 ein solcher von 1'063 in Rechnung gestellt ist.

	1969	1970	1971
	Millionen Schilling		
Gebarungsabgang bei ungeänderter Gesetzeslage	34'2	51'8	69'7
Mehraufwand für die Erhöhung der Renten nach dem vorliegenden Entwurf	42'6	45'3	48'2
Gesamter Gebarungsabgang, der durch Mehreinnahmen zu decken ist	76'8	97'1	117'9
Mehreinnahmen:			
Erhöhung der Beiträge der Versicherten nach § 72 Abs. 2 ASVG. ...	21'6	37'8	54'0
Beitrag des Bundes nach § 72 Abs. 8 ASVG. ...	55'2	59'3	63'9
Summe der Mehreinnahmen	76'8	97'1	117'9

Das im vorliegenden Entwurf enthaltene Finanzierungskonzept stellt somit aller Voraussicht nach für die Jahre 1969 bis 1971 eine ausgeglichene Gebarung sicher. Von dem erwarteten gesamten Gebarungsabgang tragen die Versicherten 28,1 % im Jahre 1969, 38,9 % im Jahre 1970 und 45,8 % im Jahre 1971, während der relative Anteil des Bundes dementsprechend von 71,9 % über 61,1 % auf 54,2 % absinkt.

Zu Art. I Z. 10 (§ 73):

Der Entwurf sieht drei bedeutsame Änderungen gegenüber dem geltenden Recht vor:

- a) der Beitragssatz für den von der Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter, der Land- und Forstwirtschaftlichen Sozialversicherungsanstalt und der Pensionsversicherungsanstalt der Angestellten zu entrichtenden Beitrag in der Krankenversicherung der Pensionisten soll von 8,7 v. H. auf 9,25 v. H. erhöht werden;
- b) von den Pensionen, deren Bezieher sich nicht ständig im Inland aufhalten, soll ein Einbehalt für Zwecke der Krankenversicherung nach § 73 Abs. 5 nicht mehr vorgenommen werden;
- c) bei der Festsetzung des Aufteilungsschlüssels für die Beiträge ist auch auf das Verhältnis der Zahl der pflichtversicherten Erwerbstätigen zu der Zahl der krankenversicherten Pensionisten Bedacht zu nehmen.

Die finanzielle Mehrbelastung, die die Erhöhung des Beitragssatzes bewirkt, läßt sich deshalb nicht mehr länger hinauschieben, weil der Abgang in der Krankenversicherung der Pensionisten im Jahre 1969 bei unveränderter Rechtslage eine Höhe von rund 250 Millionen Schilling erreichen würde, also etwa ebenso hoch wäre wie die Beitragseinnahmen aus der mit Jänner 1969 wirksam werdenden Erhöhung der Höchstbeitragsgrundlage von 120 S auf 135 S. Im einzelnen ergibt sich voraussichtlich folgendes Bild der Gebarung:

	Einnahmen Millionen Schilling	Ausgaben	Abgang
Gebietskrankenkassen ..	1491	1715	224
Landwirtschaftskrankenkassen ..	143	164	21
Betriebskrankenkassen Versicherungsanstalt der österreichischen Eisen- bahnen, Versicherungs- anstalt des österreichi- schen Bergbaues	31	36	5
Alle Kassen	1665	1915	250

Um diesen Abgang zu decken, müßte der Beitragssatz auf 10 v. H. erhöht werden, was aber dem Bund, zu dessen Lasten die Beitragserhöhung in den Jahren 1969 und 1970 infolge

der Sonderregelung bezüglich des Bundesbeitrages gehen wird, nicht zugemutet werden kann. Die Hinaufsetzung des Beitragssatzes auf 9,25 v. H. wird den Krankenversicherungsträgern Mehreinnahmen in der Höhe von rund 100 Millionen Schilling bringen. Dieser Betrag wird durch die Aufhebung des § 268 beim Bundesbeitrag erspart, so daß der öffentlichen Hand aus der Erhöhung des Beitragssatzes kein Mehraufwand erwachsen wird.

Die Änderung des Abs. 3 wird auch dazu benützt, den längst überholten Abs. 2 ersatzlos aufzuheben.

Die Neufassung des Abs. 4 berücksichtigt die Aufhebung des Abs. 2 und nimmt weiters eine Änderung bezüglich der Festsetzung des Aufteilungsschlüssels vor. Die Praxis zeigt, daß sich das Verhältnis der Zahl der krankenversicherten Pensionisten zu den übrigen Pflichtversicherten bei den einzelnen Krankenversicherungsträgern sehr unterschiedlich entwickelt. Je ungünstiger das Verhältnis dieser beiden Größen wird, umso mehr müssen die im Erwerbsleben stehenden Versicherten zur Deckung des Abganges in der Krankenversicherung der Pensionisten beitragen. Damit werden aber diesen Krankenversicherungsträgern Mittel für andere Zwecke, etwa für Leistungen der Gesundheitsfürsorge, entzogen. Es erscheint daher richtig, bei Festsetzung des Aufteilungsschlüssels auch auf diese Erscheinung Bedacht zu nehmen und dies ausdrücklich im Gesetz anzuordnen.

Die Änderung im Abs. 5 bezieht sich — wie bereits ausgeführt — darauf, daß nur Pensionisten, die sich ständig im Inland aufhalten, mit der Umlage für Zwecke der Krankenversicherung belastet werden sollen. Eine solche Änderung war schon in der Regierungsvorlage einer 21. Novelle zum ASVG. vorgesehen, sie hat aber damals nicht die Zustimmung der gesetzgebenden Körperschaften gefunden. Da aus dem Kreis der Betroffenen an die Bundesregierung immer wieder der Wunsch herangetragen wird, den Einbehalt fallen zu lassen, wird die Änderung neuerlich vorgesehen. Sie erscheint deshalb begründet, weil der „Beitragspflicht“ tatsächlich keine Leistungsberechtigung gegenüber steht. Nach § 8 Abs. 1 Z. 1 lit. a ASVG. sind nämlich nur jene Pensionisten in der Krankenversicherung pflichtversichert und damit anspruchsberechtigt, die sich ständig im Inland aufhalten. Auch während eines gelegentlichen Besuches in Österreich besteht somit kein Leistungsanspruch. Die Basis für die Bemessung der Beiträge für die Pensionsversicherungsträger soll allerdings um die Auslandspensionen nicht vermindert werden, weil dies

1. das Beitragsaufkommen schmälern und damit der Tendenz kostendeckender Beiträge zuwiderlaufen und

2. einen nicht unbeachtlichen Administrativaufwand verursachen würde.

Der Mehraufwand aus der zuletzt erläuterten Gesetzesänderung wird sich auf etwa 3 Millionen Schilling belaufen. Auch dieser Betrag wird durch die Aufhebung des § 268 eingespart werden.

Zu Art I Z. 11, 12 und 41 (§§ 76, 76 a, 76 b und 243):

§ 76 in der geltenden Fassung steht schon seit langem bei den Versicherungsträgern, aber auch im Kreise der Versicherten, vor allem der in der Pensionsversicherung Weiterversicherten, zur Diskussion.

Zu § 76: Was die Beitragsgrundlage in der Krankenversicherung anlangt, weisen die Versicherungsträger darauf hin, daß die Versicherten sehr rasch und stichhältig jede Änderung ihrer wirtschaftlichen Verhältnisse anzeigen bzw. nachweisen, die zu einer Herabsetzung der Beitragsgrundlage führt, daß es ihnen aber umgekehrt kaum möglich ist, das Vorliegen der Voraussetzungen für eine Hinaufsetzung der Beitragsgrundlage nachzuweisen. Die Krankenkassen sind nicht in der Lage den gesamten Versichertenkreis diesbezüglich ständig zu beobachten. Dazu kommt, daß die Leistungsverbesserungen der letzten Jahre die Weiterversicherung noch interessanter gemacht haben und, daß daher immer mehr an sich versicherungsfremde Personen zu beitragsrechtlichen Bedingungen in die Weiterversicherung einströmen, die in keinem Verhältnis zu den Leistungsansprüchen stehen.

Eine bei der Wiener Gebietskrankenkasse für Arbeiter und Angestellte anfangs dieses Jahres durchgeführte Erhebung hat ergeben, daß rund 63% aller Weiterversicherten selbständig Erwerbstätige, rund 30% im Haushalt Tätige und Befürsorgte und der Rest Bezieher ausländischer Renten, Pensionswerber und Studenten sind. In absoluten Zahlen ausgedrückt entfielen auf die einzelnen Gruppen rund 8800 bzw. 4000 bzw. 1000 Personen. Unter den selbständig Erwerbstätigen nehmen den größten Anteil, nämlich 13%, im Betrieb des Ehegatten tätige Frauen ein, gefolgt von im Handel und Gewerbe selbständig Erwerbstätigen, Lohnfuhrwerksunternehmern, Pensionisten nach dem Gewerblichen Selbständigen-Pensionsversicherungsgesetz und freiberuflich tätigen Ärzten mit immer noch rund 4% (absolut 534).

Im Hinblick auf diese Sach- und Rechtslage galt es für die Bildung der Beitragsgrundlage ein System zu finden, das die Versicherten veranlaßt, in regelmäßiger Wiederkehr ihre Einkommensverhältnisse nachzuweisen. § 76 in der Fassung des Entwurfes sieht vor, die jeweilige Höchstbeitragsgrundlage zur Beitragsgrundlage in der Krankenversicherung zu machen. Jene Versicherten, die der Meinung sind, daß diese Beitrags-

grundlage ihren wirtschaftlichen Verhältnissen nicht entspricht, können unter Nachweis dieser Verhältnisse eine Herabsetzung der Beitragsgrundlage beantragen. Um eine laufende Kontrolle zu ermöglichen, werden Herabsetzungen nur bis zum Ende des nächstfolgenden Kalenderjahres wirken. Die Herabsetzung selbst wird bei Neueintritten in die Versicherung ab Beginn der Versicherung wirken, wenn der Antrag innerhalb der sechswöchigen Frist des § 16 Abs. 4 gestellt wird, sonst ab dem der Antragstellung folgenden Monatsersten. Die Beweislast wird damit von den Versicherungsträgern auf die Versicherten überwältigt, was aber angesichts des Leistungsniveaus einerseits und des Verwaltungsnotstandes der Versicherungsträger andererseits gerechtfertigt erscheint. Für den reibungslosen Übergang auf das neue Recht sorgt die Übergangsbestimmung, daß Herabsetzungsanträge, die bis 28. Feber 1969 eingebracht werden, noch auf den 1. Jänner 1969 zurückwirken. Der Entwicklung des Geldwertes und der durchschnittlichen allgemeinen Beitragsgrundlage folgend, wird die „Mindestbeitragsgrundlage“ von 15 S auf 30 S erhöht.

Um die Schwierigkeiten bei Auslegung des Begriffes „wirtschaftliche Verhältnisse“ etwas zu verkleinern, soll durch die Anwendung des § 292 a ein einheitlicher Maßstab für die Beurteilung der Frage geschaffen werden, ob und inwieweit Unterhaltsverpflichtungen bei Beurteilung dieser Verhältnisse zu berücksichtigen sind.

Die Abs. 4 und 5 des § 76 (neu) dienen der Vereinfachung der Berechnung der Beiträge.

Das Aufrollen der Problematik des § 76 bot auch Anlaß, die Bildung der Beitragsgrundlage in der freiwilligen Weiterversicherung im Interesse der besseren Übersichtlichkeit in drei Paragraphen zu regeln. Der Reihenfolge der Regelung der freiwilligen Versicherung selbst (§§ 16, 17 und 18) folgend, beinhaltet nun § 76 die Beitragsgrundlage für Weiterversicherte in der Krankenversicherung, § 76 a die Beitragsgrundlage für Weiterversicherte in der Pensionsversicherung und § 76 b die Beitragsgrundlage für Selbstversicherte.

Zu § 76 a: Im Zuge der Neuregelung der Bestimmungen über die Beitragsgrundlagen zur freiwilligen Versicherung waren im versendeten Entwurf der 23. Novelle auch hinsichtlich der Ermittlung der Beitragsgrundlage zur Weiterversicherung in der Pensionsversicherung verschiedene Änderungen vorgesehen. Im Begutachtungsverfahren wurde von mehreren Seiten auf den engen Zusammenhang hingewiesen, der zwischen diesen Änderungen und den im Leistungsrecht der Pensionsversicherung vorzunehmenden Änderungen besteht. Im Hinblick darauf, daß diese Neuregelungen in der Pensionsversicherung erst in einer weiteren Novelle zum

ASVG. behandelt werden sollen, wurde vorgeschlagen, auch die in Aussicht genommenen Änderungen hinsichtlich der Ermittlung der Beitragsgrundlagen zur Weiterversicherung in der Pensionsversicherung vorläufig zurückzustellen. Dieser Anregung wurde Rechnung getragen. Der neugefaßte § 76 a enthält daher die bisher geltenden Bestimmungen über die Beitragsgrundlagen, soweit sie sich auf die Weiterversicherung in der Pensionsversicherung beziehen. Lediglich die bisher mit 15 S festgesetzte Mindestbeitragsgrundlage soll in Anpassung an die seit der letzten Festsetzung (1. Jänner 1966) eingetretene Änderung des Geldwertes auf 20 S erhöht werden. Diese neue Mindestbeitragsgrundlage von 20 S wird auf Grund des Art. III Abs. 3 auch für alle jene Fälle Geltung haben, in denen die Weiterversicherung bereits vor dem 1. Jänner 1969 begonnen wurde.

Zu § 76 b: § 76 b enthält die Regelung für die Beitragsgrundlage in der Selbstversicherung. Die Bestimmung entspricht dem geltenden Recht mit der Maßgabe, daß die Selbstversicherten, was die Beitragsgrundlage in der Krankenversicherung anlangt, so wie die Weiterversicherten behandelt werden sollen.

Zu Art. I Z. 13 (§ 84):

§ 84 Abs. 3 in der geltenden Fassung könnte auch so verstanden werden, daß bei den Trägern der Pensionsversicherung unter den „Beitrags-einnahmen“ nicht nur die Versicherungsbeiträge sondern auch der Beitrag des Bundes gemeint ist. Um diese nicht beabsichtigte Auslegung auszuschließen, soll auch im Abs. 3 ausdrücklich von den Einnahmen an Versicherungsbeiträgen gesprochen werden.

Zu Art. I Z. 14, 31, 46 und 49 (§§ 89 Abs. 4, 197, 305 und 361 Abs. 2):

Eine Reihe von sozialversicherungsrechtlichen Vorschriften sieht unter bestimmten Voraussetzungen das gänzliche Ruhen bzw. die gänzliche oder teilweise Versagung einer Leistung vor. Unter Bedachtnahme darauf, daß auch in diesen Fällen die Unterhaltspflicht des Versicherten weiter besteht, gewährt das Gesetz schon derzeit den im Inland sich aufhaltenden Angehörigen gewisse Leistungen.

§ 89 Abs. 4 regelt die Versorgung der Angehörigen jenes Versicherten, dessen Leistungsansprüche wegen Haft oder Auslandsaufenthalt ruhen. Nach geltendem Recht sind in diesem Falle in der Krankenversicherung, wenn der Versicherte im Inland „Angehörige (§ 123)“ hat, die für Angehörige vorgesehenen Leistungen zu erbringen. An dieser Regelung soll grundsätzlich festgehalten werden. Es ist jedoch zweifelhaft, ob die Zitierung des „(§ 123)“ lediglich als Hinweis auf den Personenkreis, der für diese Rege-

lung in Betracht kommt, zu verstehen ist oder, ob damit auch auf die Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen nach § 123 abgezielt wird. Diese Frage soll durch die vorgeschlagene Fassung in letzterem Sinne beantwortet werden. Die Angehörigen werden die Ansprüche beim zuständigen Versicherungsträger selbst geltend machen können (siehe § 361 Abs. 2 in der Fassung der Vorlage). Der Versicherungsträger wird jeweils zu prüfen haben, ob im Zeitpunkt der Inanspruchnahme die Voraussetzungen für den Leistungsanspruch erfüllt sind („... Anspruch ... hätte“). Damit wird erreicht, daß beispielsweise auch ein nach Eintritt des Ruhensgrundes geborenes Kind leistungsberechtigt sein wird, andererseits aber einem Kind, für das zu dieser Zeit noch die Anspruchsberechtigung gegeben war, keine Leistungen mehr gebühren, weil es etwa inzwischen die Altersgrenze überschritten hat.

Im Bereich der Unfall- und Pensionsversicherung läßt der geltende Wortlaut „eine Rente in der halben Höhe der ruhenden Rente“ — dies gilt analog auch für die Pension — die Frage offen, ob in die angeordnete Halbierung die Ausgleichszulage oder ein Hilflosenzuschuß einzubeziehen ist und ob für die Angehörigen ein eigener Ausgleichszulagenanspruch entsteht. Der Österreichische Arbeiterkammertag und der Hauptverband haben überdies schon vor längerer Zeit angeregt, daß sich die Halbierung nicht auf die Kinderzuschüsse beziehen sollte, weil die Lage der Kinder durch die Haft oder den Auslandsaufenthalt so wenig als möglich beeinträchtigt werden soll. Die Zweifelsfrage, wie hoch die Leistung in der halben Höhe der ruhenden Leistung tatsächlich ist, sowie der sozialpolitisch berücksichtigungswürdige Vorschlag des Arbeiterkammertages und des Hauptverbandes haben das Bundesministerium für soziale Verwaltung veranlaßt, die gegenständliche Fassung zur Diskussion zu stellen. Den Angehörigen soll in der schon bisher getroffenen Reihenfolge ein Anspruch auf eine eigene Leistung in der Höhe der halben ruhenden Leistung — ausgenommen Kinderzuschüsse und einen allfälligen Hilflosenzuschuß — gebühren. Zu dieser Leistung sollen aus den oben erwähnten Gründen die Kinderzuschüsse in voller Höhe hinzutreten. Der Hilflosenzuschuß soll zur Gänze ruhen, weil er eine Leistung ist, die wegen des besonderen Leidenszustandes des Versicherten (Versehrten) und zur Abgeltung der Kosten des erhöhten Pflegeaufwandes gebührt, ein solcher Aufwand aber bei Zutreffen der in Rede stehenden Ruhensgründe nicht besteht. Zu der Leistung wird keine Ausgleichszulage gebühren, was sich daraus ergibt, daß es keinen Richtsatz gibt, der für die Bemessung dieser Zulage herangezogen werden könnte. Auch bei der Bemessung der Leistung für die Angehörigen wird eine Ausgleichszulage, die allen-

falls zur ruhenden Leistung gebührte, außer Betracht bleiben [verba: „... in der Höhe der halben ruhenden Rente (Pension) ...“]. Sollte die Leistung aus der Sozialversicherung in der nunmehr vorgesehenen Höhe nicht ausreichen, um den Lebensunterhalt der Angehörigen bestreiten zu können, wird es Aufgabe der Fürsorge sein, die fehlenden Mittel nach den für sie geltenden Grundsätzen bereitzustellen. Die gleiche Lösung wird auch für die Fälle der Versagung der Versehrtenrente nach § 197 und die Versagung der Pension nach § 305 in Aussicht genommen. Da in der Unfall- und Pensionsversicherung auch eine nur teilweise Versagung der Rente (Pension) in Betracht kommen kann, wird es Sache des Versicherungsträgers sein, im Einzelfall festzustellen, ob und in welchem Ausmaß allfällige Zuschüsse zur Rente (Pension), das sind Kinderzuschüsse und Hilflosenzuschuß, von der Versagung betroffen werden. Dehnt der Versicherungsträger die Versagung auch auf die Zuschüsse aus, so wird der versagte Teil des Kinderzuschusses den Angehörigen zusammen mit der ihnen gebührenden Rente (Pension) ausgezahlt.

Zu Art. I Z. 15 (§ 90 a):

Einer Anregung des Hauptverbandes folgend wird im Hinblick auf die Analogie zu § 90 Abs. 1 auch im § 90 a die Zeit, für die gemäß § 138 Abs. 1 Krankengeldanspruch nicht besteht (es sind dies die ersten drei Tage einer unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit) dem Bezug von Krankengeld gleichgehalten.

Zu Art. I Z. 16 (§ 96):

Im Interesse einer einheitlichen Praxis der Versicherungsträger wird durch die Neufassung sichergestellt, daß das Ruhen eines Renten-(Pensions)anspruches dann mit dem Leistungsbeginn wirksam wird, wenn der Ruhensgrund schon zur Zeit des Leistungsanfalles bestanden hat.

Zu Art. I Z. 17 (§ 104 Abs. 1):

Es ereignet sich immer wieder, daß Versicherte im Laufe einer Kalenderwoche mit Beginn der folgenden Woche vom Krankenstand „abgeschrieben“ werden und ihnen bei dieser Gelegenheit das Krankengeld für die restliche Dauer des Krankenstandes vorschußweise ausgezahlt wird. Dieser Vorgang stellt eine Vereinfachung für die Verwaltung des Versicherungsträgers dar, kommt aber auch dem Versicherten entgegen, der ansonst in der ersten Arbeitswoche nach dem Krankenstand das restliche Krankengeld bei der Zahlstelle beheben müßte. Diese Praxis steht allerdings mit § 104 Abs. 1 in Widerspruch, der eine Bevorschussung laufender Leistungen aus der Krankenversicherung nur zuläßt, wenn das Ausmaß der Leistung aus Gründen, die nicht in der Person des Versicherten gelegen sind, noch nicht ermittelt werden kann.

Durch die Änderung des letzten Satzes soll dem Bedürfnis der Praxis Rechnung getragen und die Bevorschussung ermöglicht werden, wenn die Leistungspflicht dem Grunde nach feststeht und die Bevorschussung im wirtschaftlichen Interesse des Versicherten liegt.

Zu Art. I Z. 18 (§ 105 a Abs. 3):

Die Arbeitsgemeinschaft für öffentliche Fürsorge und Jugendwohlfahrtspflege, Sektion öffentliche Fürsorge und Sektion Jugendwohlfahrtspflege, haben schon vor langer Zeit angeregt, § 105 a Abs. 3 in der Fassung der 8. Novelle, BGBl. Nr. 294/1960, dahin zu ändern, daß der letzte Satzteil „... oder hierfür einem Fürsorgeträger nach den Bestimmungen des Abschnittes II des Fünften Teiles Ersatz leistet.“ entfällt. Die Vertreter aller Bundesländer in der genannten Arbeitsgemeinschaft sehen in dieser Bestimmung eine unverständliche Schlechterstellung der Fürsorgeträger. In seiner Stellungnahme zu diesem Anliegen hat der Hauptverband nach Herstellung des Einvernehmens mit den Pensionsversicherungsträgern mitgeteilt, daß gegen eine entsprechende Änderung des § 105 a Abs. 3 keine Bedenken bestünden, unter einem aber auch § 324 dahin abgeändert werden sollte, daß der Hilflosenzuschuß in Zukunft ebenso wie die Pension zur Deckung der Verpflegskosten herangezogen werden müsse (siehe diesbezüglich die Neufassung des § 324 Abs. 3).

Die Änderung des § 105 a Abs. 3 wurde auch benützt, zu prüfen, ob das System der Gewährung von Hilflosenzulagen nach dem Pensionsgesetz 1965, PG. 1965, BGBl. Nr. 340, in die gesetzliche Pensionsversicherung übernommen werden soll. Hiefür spräche, daß die Zuerkennung der Hilflosenzulage nach dem Grad der Hilflosigkeit (das PG. 1965 kennt drei Stufen der Hilflosigkeit) die Berücksichtigung des individuellen Leidenszustandes ermöglichen würde. Andererseits würde man sich mit einem solchen System vom Versicherungsprinzip entfernen, das in der Relation zwischen Beitragsleistung und Versicherungsdauer einerseits und Höhe der Leistung andererseits seinen Ausdruck findet. Als Ergebnis der vom Bundesministerium für soziale Verwaltung über dieses Problem veranlaßten Diskussion kann festgehalten werden, daß die geltende Regelung verwaltungstechnisch wesentlich einfacher durchzuführen ist als die Regelung des Pensionsgesetzes 1965, was im Hinblick auf den viel größeren Personenkreis der in der gesetzlichen Pensionsversicherung in Betracht kommenden Leistungsfälle stark ins Gewicht fällt. Es darf auch nicht übersehen werden, daß eine nach dem Grad der Hilflosigkeit abgestufte Zulage weit mehr Anlaß zu Leistungsstreitverfahren bieten würde als das geltende System. Auch der Übergang auf die neue Rechtslage würde

Schwierigkeiten bereiten: wollte man es für die schon zuerkannten Fälle beim geltenden Recht belassen, würden sich diejenigen Leistungsbezieher benachteiligt fühlen, die auf Grund der neuen Regelung einen höheren Hilflosenzuschuß zu erwarten hätten. Andererseits würden sich die nach dem neuen Recht in der niedrigsten Stufe eingereihten Pensionisten, denen nach geltendem Recht ohne Rücksicht auf den Grad ihrer Hilflosigkeit ein Zuschuß in der Höhe der halben Pension gebührt, benachteiligt fühlen. Wollte man auch die bereits laufenden Fälle in das neue System übernehmen, liefe dies in vielen Fällen auf eine Verringerung der Leistung hinaus. Um dies zu vermeiden, müßte der Zuschuß in der niedrigsten Stufe mit zirka 760 bis 800 S festgesetzt werden, was unter Berücksichtigung einer entsprechenden Staffelung nach oben einen gegenwärtig nicht zu bedeckenden Mehraufwand zur Folge hätte. Aus diesen Überlegungen nimmt das Bundesministerium für soziale Verwaltung von einer weiteren Verfolgung einer Anpassung des § 105 a an das System der Hilflosenzulage nach dem Pensionsgesetz 1965 Abstand.

Zu Art. I Z. 20 (§ 108 h Abs. 4):

Nach § 108 h Abs. 4 gilt in den Fällen des § 240, soweit es sich um die Anpassung der Bemessungsgrundlage aus einem früheren Versicherungsfall handelt, die Bestimmung des § 108 g Abs. 6 entsprechend. Diese Regelung läuft darauf hinaus, daß an die Stelle der Bemessungsgrundlage nach § 240 der mit dem Anpassungsfaktor vervielfachte Betrag der Bemessungsgrundlage zu treten hat. Die Regelung ist allerdings nicht zweifelsfrei, weshalb eine neue Fassung zur Diskussion gestellt wird, die dem geltenden Grundsatz folgend, eine präzisere Aussage darüber trifft, was im Falle der Bemessungsgrundlage nach § 240 in Bezug auf die Anpassung zu geschehen hat.

Im ersten Satz des neuen Absatzes 4 wird angeordnet, daß die Bemessungsgrundlage aus dem früheren Versicherungsfall, ehe sie für die Bemessung des Grundbetrages und der Steigerungsbeträge (nach Maßgabe des § 240) herangezogen wird, anzupassen ist. Anpassungsfaktor ist jener Faktor, der auf die entzogene (erloschene) Pension anzuwenden gewesen wäre, wenn sie weitergewährt worden wäre. Nachstehendes Beispiel möge diese Absicht verdeutlichen: Aus einem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit hat für die Zeit vom 1. Jänner 1965 bis 31. März 1966 ein Pensionsanspruch gebührt. Mit 1. Mai 1967 fällt wieder eine Leistung aus dem gleichen Versicherungsfall an. Die Voraussetzungen für die Anwendung des § 240 liegen vor. Die Pension, die ab 1. Jänner 1965 gebührt hat, wäre erstmals mit 1. Jänner 1967 mit dem für dieses Jahr festgesetzten An-

passungsfaktor zu vervielfachen gewesen. Mit diesem Faktor wird die Bemessungsgrundlage nach § 240 zu vervielfachen sein, bevor sie der Bemessung der Pension, die ab 1. Mai 1967 gebührt, zugrunde gelegt wird. Wird in Fortsetzung dieses Beispiels angenommen, daß ein neuer Pensionsanspruch erst ab 1. Mai 1968 zustande kommt, müßte der Betrag der Bemessungsgrundlage nach § 240 zunächst mit dem Anpassungsfaktor für 1967 und dieser Betrag sodann mit dem Anpassungsfaktor für 1968 vervielfacht werden. Dies bringt der zweite Satz des Abs. 4 zum Ausdruck, wenn er davon ausgeht, daß „in zeitlicher Folge mehrere Anpassungsfaktoren anzuwenden“ sind. Schließlich war noch ein drittes Problem zu bereinigen, nämlich die Anpassung der wiederangefallenen Pension selbst. Hiefür würde ohne besondere Anordnung § 108 h Abs. 1 gelten, was auf eine Anpassungsverzögerung hinausliefe. Nun soll aber in den Fällen des § 240 der Versicherte möglichst so behandelt werden, als ob die Pension nicht weggefallen wäre; es darf daher auch keine Anpassungsverzögerung eintreten, die der Versicherte im übrigen schon einmal auf sich nehmen mußte. Im obigen Beispiel (Pensionsanspruch ab 1. Mai 1968) würde die Pension also bereits mit 1. Jänner 1969 mit dem für dieses Jahr festgesetzten Anpassungsfaktor vervielfacht werden. § 270, der im geltenden Abs. 4 zitiert wird, brauchte im Interesse einer leichteren Lesbarkeit des Gesetzestextes nicht mehr zitiert werden, weil nach § 270 ohnedies für die Bemessung der Leistungen aus der Pensionsversicherung der Angestellten die Bestimmungen der Pensionsversicherung der Arbeiter gelten.

Bezüglich § 267 wird im neuen Abs. 5 die entsprechende Anwendung des Abs. 4 (neu) angeordnet. § 289 brauchte nicht mehr zitiert werden, weil er ohnedies auf § 267 verweist.

Zu Art. I Z. 21 (§ 123):

Um die Auslegung des Begriffes „Stiefkind“ im Einzelfall nicht der Rechtsprechung zu überlassen, wird eine Legaldefinition vorgesehen, die der Begriffsbestimmung folgt, die bereits im § 10 Abs. 10 GSKVG. verankert ist. So wie dort wird die Stiefkindschaft auch nach Nichtigerklärung oder Auflösung der sie begründenden Ehe weiter bestehen, wobei als Auflösungsgründe die Aufhebung, die Scheidung und der Tod in Betracht kommen. Von einer Änderung der §§ 207 und 252, die den Kinderbegriff für den Bereich der Unfall- bzw. Pensionsversicherung definieren, wurde abgesehen, weil es keinem Zweifel unterliegen kann, daß die in § 123 gegebene Definition auch dort zu gelten hat, wo im Bereich des ASVG. vom „Stiefkind“ die Rede ist bzw. dieser Begriff ausgelegt werden muß.

Eine weitere Klarstellung und in Verbindung damit eine geringfügige Ausweitung des Kreises der Angehörigen erfolgt im neuen Abs. 7 (jetzt Abs. 6). Hier läßt der Klammerausdruck „auch Stief- oder Pflege Tochter“ zweifeln, ob es sich um eine demonstrative oder taxative Aufzählung handelt und somit die Wahltochter von der Angehörigeneigenschaft etwa ausgeschlossen sei. Im Hinblick darauf, daß der Angehörigenbegriff im Bereiche der Krankenversicherung allgemein sehr weit gezogen ist, kann die Aufzählung nur demonstrativ verstanden werden. Um jeden Zweifel auszuschließen, sollen nunmehr alle weiblichen Personen taxativ aufgezählt werden, die unter der Voraussetzung des Abs. 7 als Angehörige in Betracht kommen können. Die Anführung auch der Wahl-, Stief- und Pflegemutter ist eine logische Folge der Tatsache, daß die Wahl-, Stief- und Pflege Tochter als Angehörige gelten kann.

Im neuen Abs. 8 war eine Zitierungsänderung und im Hinblick auf die Angehörigeneigenschaft der Wahl- und Stiefkinder (Abs. 2 Z. 2 und 5) aus systematischen Gründen die Einbeziehung auch der Wahl- und Stiefeltern notwendig.

Zu Art. I Z. 22 (§ 142 Abs. 2):

Wird das Krankengeld aus den im § 142 Abs. 1 angeführten Gründen versagt, gebührt den im Inland wohnenden bedürftigen Angehörigen eine Leistung in der Höhe des halben versagten Krankengeldes, wenn die übrigen im Abs. 2 angeführten Voraussetzungen zutreffen. Diese Leistung gebührt den Angehörigen ohne Rücksicht darauf, ob der Anspruch des Versicherten auf Krankengeld, wenn er nicht versagt wäre, ruhen würde. Nach dem Wortlaut des Gesetzes muß auch dann, wenn die Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit etwa die Folge des Mißbrauches von Suchtgiften ist und der Versicherte Anspruch auf Weiterleistung der vollen Geld- und Sachbezüge vor dem Eintritt der Arbeitsunfähigkeit hat, den bedürftigen Angehörigen das halbe Krankengeld gewährt werden. Diese Angehörigen sind damit günstiger behandelt als die Angehörigen eines Versicherten, bei dem die Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit nicht auf einen Tatbestand nach § 142 Abs. 1 zurückgeht. Eine weitere Begünstigung des Versicherten bzw. seiner Angehörigen in den Fällen des § 142 liegt darin, daß die Bestimmungen des § 139 über die Dauer des Krankengeldanspruches auf das halbe Krankengeld nach § 142 Abs. 2 nicht anwendbar sind. Diese Gründe haben dazu geführt, § 142 Abs. 2 dahin zu ändern, daß den Angehörigen die Hälfte des Krankengeldes zu gewähren ist, das dem Versicherten gebührt hätte, wenn kein Versagungsgrund vorläge. Durch den Ausdruck „das den Versicherten gebührt hätte“ werden sowohl die Bestimmungen des § 139 als

auch die Bestimmungen des § 143 auf das halbe Krankengeld, das den Angehörigen unter den Voraussetzungen des Abs. 2 gebührt, anwendbar.

Zu Art. I Z. 23 lit. a und b (§ 152):

Die Prüfung der Anwendbarkeit der im § 152 Abs. 5 angeführten Bestimmungen auf den Familien(Tag)geldanspruch hat zu dem Ergebnis geführt, daß Abs. 5 weitgehend ins Leere geht.

Anspruch auf Familien(Tag)geld setzt voraus, daß der Krankengeldanspruch ausschließlich aus dem Grunde der Anstaltspflege ruht. Ist der Versicherte aus einem der im § 142 Abs. 1 angeführten Gründe in Anstaltspflege, kommt es zu keinem Ruhen, sondern zur Versagung des Krankengeldanspruches, was weiter zur Folge hat, daß ein Anspruch auf Familien(Tag)geld nicht entstehen kann. Die entsprechende Anwendung des § 142 ist daher nicht möglich.

Die Anwendung des § 143 Abs. 1 Z. 3 auf den Familien(Tag)geldanspruch ist nicht notwendig, weil die dort vorgesehenen Ruhensgründe ohnedies im § 152 selbst und zwar im Abs. 2 unter lit. a und b angeführt sind. Die Anwendung des Abs. 4 des § 143 ist problematisch, weil die Auffassung vertreten werden könnte, daß ein mehrfacher Anspruch auf Familiengeld überhaupt nicht entstehen kann. Nach § 152 Abs. 1 erhalten Versicherte ein Familiengeld, solange sie auf Rechnung „des Versicherungsträgers“ in Anstaltspflege stehen. Aus der Verwendung des bestimmten Artikels könnte geschlossen werden, daß Familiengeld nur derjenige Versicherungsträger gewähren darf, der die Kosten der Anstaltspflege übernommen hat, sodaß auch bei mehrfacher Versicherung nur ein Träger zur Erbringung der Leistungen nach § 152 berechtigt bzw. verpflichtet wäre. Für diese Auslegung spricht auch, daß im § 143 Abs. 1 Z. 1 die Worte auf Rechnung „eines Versicherungsträgers“ gebraucht werden, sodaß kein Zweifel besteht, daß aus jeder von mehreren Versicherungen Krankengeldanspruch besteht, der Anspruch auf diese Leistung aber ruht, wenn auf Rechnung eines der beteiligten Träger Anstaltspflege gewährt wird. Um die gleiche Rechtslage in Bezug auf den Familien(Tag)geldanspruch herzustellen und Auslegungszweifel zu beseitigen, genügt es im § 152 Abs. 1 den bestimmten Artikel durch den unbestimmten Artikel zu ersetzen. Außerdem soll einer Empfehlung des Hauptverbandes folgend, ausdrücklich vom Krankenversicherungsträger gesprochen werden, um klar zu stellen, daß nicht etwa auch von einem Unfallversicherungsträger gewährte stationäre Heilbehandlung oder der von einem Pensionsversicherungsträger gewährte Krankenhausaufenthalt (zum Zwecke der Begutachtung) gemeint sind. Auf die entsprechende Anwendung des § 143 Abs. 4 kann also verzichtet werden. Es bleiben somit lediglich die

Bestimmungen des § 143 Abs. 5 lit. a und b, deren Anwendung notwendig ist, um sicherzustellen, daß die dort genannten Bezüge das Entstehen des Anspruches auf Familien(Tag)geld nicht hindern. Der dem § 143 Abs. 5 durch die 21. Novelle, BGBl. Nr. 6/1968, angefügte letzte Satz brauchte nicht übernommen zu werden, weil auch § 152 Abs. 2 die gleiche Ergänzung erfahren hat.

Was die Höhe des Familien(Tag)geldanspruches bei Anspruch auf Bezügen der im § 143 Abs. 5 lit. a und b bezeichneten Art anlangt, war die Überlegung maßgebend, daß Krankengeld in diesem Fall in voller Höhe gebührt, also so, als ob kein Entgeltanspruch bestünde oder lediglich ein Anspruch auf weniger als 50 v. H. der vollen Geld- und Sachbezüge vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit. Dem entsprechend soll auch Familiengeld in der Höhe nach § 152 Abs. 2 lit. a gewährt werden.

Zu Art. I Z. 24 (§ 162 Abs. 3):

Gemäß § 162 Abs. 3 gebührt das Wochengeld in der Höhe des auf den Kalendertag entfallenden Teiles des durchschnittlichen Arbeitsverdienstes der letzten 13 Wochen, vermindert um die gesetzlichen Abzüge. Bei Versicherten, deren Arbeitsverdienst nach Kalendermonaten bemessen oder abgerechnet wird, ist der Nettoarbeitsverdienst der letzten drei Kalendermonate zugrunde zu legen. Fallen in den für die Ermittlung des durchschnittlichen Arbeitsverdienstes maßgebenden Zeitraum Zeiten, während derer die Versicherte infolge Krankheit oder vorübergehender Kurzarbeit nicht das volle Entgelt bezogen hat, so verlängert sich der maßgebende Zeitraum um diese Zeiten, die ihrerseits bei der Berechnung des durchschnittlichen Verdienstes außer Betracht bleiben.

Der Hauptverband hat dem Bundesministerium für soziale Verwaltung berichtet, einige Krankenversicherungsträger und auch eine Reihe von Dienstgebern hätten ihm mitgeteilt, daß die Ermittlung des maßgebenden Nettoarbeitsverdienstes bei Monatslöhnern, die nicht dem Angestelltengesetz unterliegen, auf Schwierigkeiten stößt. Diese Schwierigkeiten ergeben sich dann, wenn innerhalb der letzten drei Kalendermonate vor dem Eintritt des Versicherungsfalles Krankenstandszeiten vorliegen, während derer die Versicherte keinen Anspruch auf Weiterzahlung des vollen Entgeltes hatte. Nach dem Gesetzeswortlaut verlängert sich in solchen Fällen der Berechnungszeitraum um den der Dauer des Krankenstandes entsprechenden Zeitraum, sodaß noch ein Teil des den erwähnten drei Kalendermonaten vorangegangenen Kalendermonates zu berücksichtigen ist. Da die Versicherte aber während dieses ganzen Monats gearbeitet und Entgelt bezogen hat, läßt sich nicht ohne weiteres

feststellen, welcher Nettoarbeitsverdienst auf den der Dauer des Krankenstandes entsprechenden Zeitraum entfallen ist. Es kann sich hier nur um einen fiktiven Abrechnungsbetrag handeln, und zwar müßte bei der Ermittlung des Nettoarbeitsverdienstes von dem auf den erwähnten Zeitraum entfallenden Bruttoverdienst ausgegangen werden. Dadurch wirkt sich die Lohnsteuerprogression dahin aus, daß ein überhöhter Durchschnittsarbeitsverdienst anzunehmen wäre, weil bei Heranziehung des auf den Teil eines Monats umgelegten Arbeitsverdienstes die Progression nicht in dem gleichen Maße zu einer Schmälerung des Nettoverdienstes führt, wie bei vollen Monatsbezügen.

Die Ermittlung des durchschnittlichen Nettoarbeitsverdienstes in solchen Fällen ist verwaltungstechnisch überaus kompliziert und daher praktisch kaum durchführbar. Die nunmehr vorgeschlagene Lösung soll die aufgezeigten Schwierigkeiten beseitigen.

Zu Art. I Z. 25 (§ 164 Abs. 1 Z. 1):

Um Zweifel auszuschließen wird ausdrücklich bestimmt, daß die Satzung nicht für alle der drei in Betracht kommenden Gruppen den Entbindungsbeitrag bis auf 2000 S erhöhen muß. Diese Differenzierung findet in der unterschiedlichen Beitragsbelastung der in Betracht kommenden Gruppen und in den unterschiedlichen Leistungsansprüchen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft ihre sachliche Begründung.

Zu Art. I Z. 26 (§ 176 Abs. 1 Z. 7):

Durch die vorgeschlagene Änderung soll der Versicherungsschutz auf Personen, die als Mitglieder der österreichischen Wasser-Rettung einen Unfall im Rahmen der Ausbildung, der Übungen und des Einsatzfalles bzw. die als freiwillige Helfer dieser Organisation im Einsatzfall einen Unfall erleiden, ausgedehnt werden. Die im Dachverband „Österreichische Wasserrettung“ zusammengefaßte Vereinigung der österreichischen Rettungsschwimmer hat als statutarische Zielsetzung die Schaffung und Förderung aller Maßnahmen und Einrichtungen, die der Bekämpfung des Ertrinkungstodes dienen. In Erfüllung dieser Aufgabe werden Rettungsschwimmer und Rettungstaucher ausgebildet; während der Badesaison werden viele Badestellen durch Mitglieder der Österreichischen Wasserrettung überwacht; schließlich werden die Mitglieder auch in Katastropheneinsätzen zu Rettungsaktionen herangezogen. Ausbildung und Einsatz dieser Personen erfolgen damit ebenso im öffentlichen Interesse wie bei den übrigen bisher im § 176 Abs. 1 Z. 7 ASVG. angeführten Personen. Mit ihrer Einbeziehung in den Unfallschutz wird daher auch die Gleichstellung in sozialversicherungsrechtlicher Hinsicht erreicht.

Zu Art. I Z. 28 (§ 186):

Ebenso wie bei der Umschreibung der Aufgaben der Unfallheilbehandlung im § 189 Abs. 2 sollen auch die Mittel der Unfallverhütung in der gegenständlichen Bestimmung des § 186 demonstrativ aufgezählt werden, um der Unfallverhütung, der nach der Absicht des Gesetzgebers die vordringlichste Aufgabe im Bereich der Unfallversicherung zukommt, im Sinne der Erfordernisse der Praxis ein größeres Betätigungsfeld einzuräumen.

Zu Art. I Z. 29 und 32 (§§ 192 und 204 Abs. 3):

Für selbständig Erwerbstätige und ihre mitversicherten Familienangehörigen besteht sowohl hinsichtlich des Anspruches auf Unfallheilbehandlung (§ 192) als auch bezüglich des Anspruches auf Versehrtenrente (§ 204 Abs. 2) eine Karenzfrist von zwei Monaten. Bei der Umschreibung des Personenkreises der selbständig Erwerbstätigen ist jedoch in den beiden angeführten Rechtsvorschriften eine Diskrepanz festzustellen. Einerseits sind die nach § 8 Abs. 1 Z. 3 lit. f in der Unfallversicherung teilversicherten freiberuflich tätigen Pflichtmitglieder einer Tierärztekammer im § 192 nicht angeführt, obgleich sie von der Regelung des § 204 Abs. 3 über den Anfall der Versehrtenrente ab dem Beginn des dritten Monats nach dem Eintritt des Versicherungsfalles erfaßt werden. Andererseits sind die nach § 7 Z. 3 lit. c in der Unfallversicherung teilversicherten öffentlichen Verwalter wohl im § 192 angeführt, die Bestimmung über den Anfall der Versehrtenrente (§ 204 Abs. 3) findet auf sie aber keine Anwendung. Diese Unstimmigkeiten sollen durch die vorgeschlagenen Änderungen beseitigt werden.

Zu Art. I Z. 30 (§ 195 Abs. 1):

Die Zitierungsänderung ergibt sich aus der im § 123 vorgenommenen Änderung der Absatzbezeichnungen.

Zu Art. I Z. 33, 35 und 42 (§§ 207 Abs. 2, 218 Abs. 1 und 252 Abs. 1):

Nach der geltenden Rechtslage sind in der Unfall- und Pensionsversicherung auch die Stiefkinder als Kinder anzusehen, und zwar ohne Rücksicht darauf, ob sie im Haushalt des Versicherten leben und der Versicherte für ihren Unterhalt sorgt. Ihnen steht nach dem Tode des Versicherten und bei Erfüllung der sonstigen Voraussetzungen ein Anspruch auf Waisenrente (Waisenpension) zu (§§ 218 Abs. 1 und 260). Die Anwendung der Kürzungsbestimmungen der §§ 220 und 267 kann dazu führen, daß durch ein Stiefkind die Leistungsansprüche der Witwe und der leiblichen Kinder geschmälert werden. Es kann jedoch sozialpolitisch kein Grund gesehen

werden, auch für diejenigen Stiefkinder Leistungsansprüche nach dem Tod des Versicherten vorzusehen, die vom Versehrten (Versicherten) zu dessen Lebzeiten weder in seine Hausgemeinschaft aufgenommen noch von ihm versorgt worden waren. Es wird daher vorgeschlagen, für Stiefkinder die Kindeseigenschaft im Bereich der Unfall- und Pensionsversicherung von der Erfüllung der Voraussetzung abhängig zu machen, daß sie vom Versehrten (Versicherten) überwiegend erhalten wurden und mit ihm ständig in Hausgemeinschaft gelebt haben.

Mit der Änderung des § 218 Abs. 1 sollen demnach auch Ansprüche auf Waisenrenten nicht den Kindern schlechthin, sondern nur den Kindern zugebilligt werden, denen diese Eigenschaft durch Gesetz zuerkannt worden ist. Hinsichtlich der Waisenpensionen ergibt sich dies schon aus dem bisherigen Wortlaut des § 260, der daher diesbezüglich nicht geändert zu werden braucht.

Zu Art. I Z. 34 (§ 211 Abs. 3):

Die Leistungen der Berufsfürsorge sind nach § 198 an Versehrte zu gewähren, sie setzen demnach voraus, daß der Versicherungsfall eingetreten ist. Übergangsrente und Übergangsgeld hingegen können nach § 211 Abs. 1 auch im Falle der Gefahr des Entstehens einer Berufskrankheit gewährt werden. Mit der vorgeschlagenen Ergänzung des Gesetzes soll eine rechtliche Grundlage dafür geschaffen werden, den gebotenen Berufswechsel nicht nur durch Gewährung der im Abs. 1 vorgesehenen Geldleistungen, sondern auch durch Gewährung von Leistungen der beruflichen Ausbildung und der Hilfe zur Erlangung eines Arbeitsplatzes zu erleichtern.

Zu Art. I Z. 36 bis 40 und 43 bis 45 und Art. II Abs. 15 (§ 221 bis 223, 234, 236, 268, 270 und 290):

Die Einrichtung des Ausstattungsbeitrages und das mit seiner Gewährung verbundene völlige Unwirksamwerden der vorhergehenden Beitragszeiten führt immer wieder dazu, daß Versicherte, die von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht haben, nach einem Scheitern ihrer Ehe oder nach dem Tod des Ehegatten in wirtschaftliche Schwierigkeiten geraten, wenn sich mit fortschreitendem Lebensalter herausstellt, daß wegen der Unwirksamkeit der früheren Versicherungszeiten kein Anspruch auf eine Leistung der Pensionsversicherung besteht. Auch die von den Pensionsversicherungsträgern den Antragstellern auf Ausstattungsbeitrag gegebenen Hinweise auf die versicherungsrechtlichen Folgen konnten nicht verhindern, daß in unüberlegter Weise der Ausstattungsbeitrag in Anspruch genommen und um einen im Verhältnis nicht ausschlaggebenden Betrag der Versicherungsverlauf schwerstens beein-

trächtigt wurde. Andererseits läßt aber die Inanspruchnahme des Ausstattungsbeitrages immer häufiger spekulative Tendenzen erkennen. Zahlreiche Versicherte nehmen diese Leistung unter dem Aspekt in Anspruch, daß neben der Versorgung aus der Versicherung des Ehegatten auch nach einer durchgeführten Beitragserrstattung immer noch eine Leistung erworben werden kann. Diese Leistung wird zwar, da weniger Versicherungsmonate vorliegen, vermindert, in vielen Fällen wird aber die Wirkung dieser Minderung wieder durch den Grundbetragszuschlag nach § 261 Abs. 4 ASVG. aufgehoben.

Unter diesen Umständen kommt, um sowohl Benachteiligungen als auch Spekulationen auszuschalten, der von Interessenvertretungen und Versicherungsträgern herangetragenem Anregung Berechtigung zu, die Möglichkeit einer Beitragserrstattung aus Anlaß der Verehelichung überhaupt zu beseitigen. Die Bestimmung des § 268 und die damit in Verbindung stehenden Bestimmungen sollen daher ab 1. Jänner 1969 aufgehoben werden. Wie dies für den Personenkreis der begünstigten Personen schon seit Jahren der Fall ist (§ 542 ASVG.), soll in diesem Zusammenhang in einer Übergangsbestimmung allen jenen weiblichen Versicherten, die bisher die Beitragserrstattung in Anspruch genommen haben, die Möglichkeit geboten werden, durch Rückzahlung des aufgewerteten Ausstattungsbeitrages (Erstattungsbeitrages) die seinerzeitig erworbenen Versicherungszeiten zurückzuerwerben.

Die Aufhebung des § 268 führt für den Bund zu einer Ersparnis von 105 Millionen Schilling, welcher Betrag, wie zu § 73 ausgeführt wurde, für die hinsichtlich des Beitrages in der Krankenversicherung der Pensionisten in Aussicht genommenen Maßnahmen verwendet wird.

Zu Art. I Z. 47 (§ 308):

In der letzten Zeit mehren sich die Fälle, in denen in einem pensionsversicherungsfreien Dienstverhältnis stehende Dienstnehmer für längere Zeit gegen Entfall der Bezüge beurlaubt werden und während dieses Karenzurlaubes zum Beispiel als Vertragslehrer bei einem anderen öffentlich-rechtlichen Dienstgeber tätig sind. Während der Zeit dieser Tätigkeit unterliegen sie der Pflichtversicherung nach dem ASVG.

Für den Fall der Anrechnung der während des Karenzurlaubes in der Pensionsversicherung nach dem ASVG. erworbenen Beitragszeiten für die Bemessung des Ruhe(Versorgungs)genusses erhält der öffentlich-rechtliche Dienstgeber mangels Erfüllung der bezüglichlichen Voraussetzungen keinen Überweisungsbetrag. Aus der Regelung des § 308 Abs. 1 ASVG. folgt nämlich, daß nur für die bis zur Aufnahme in ein öffentlich-rechtliches Dienstverhältnis erworbenen Beitragszeiten ein Überweisungsbetrag zu leisten ist. Durch den

Antritt des Karenzurlaubes wird aber das pensionsversicherungsfreie Dienstverhältnis nicht beendet, sodaß im Anschluß an den Karenzurlaub auch keine Neuaufnahme erfolgt. Erhält der Bund aber für die angerechneten Ruhegenußvordienstzeiten keinen Überweisungsbetrag nach den sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen, so hat der Beamte einen besonderen Pensionsbeitrag zu leisten (siehe im einzelnen § 56 Pensionsgesetz 1965).

Um diesen unbefriedigenden Rechtszustand zu beseitigen und die Leistung des Überweisungsbetrages auch in den angeführten Fällen vorzusehen, ist es notwendig, die Wiederaufnahme der Tätigkeit im pensionsversicherungsfreien Dienstverhältnis im Anschluß an die Beendigung des Karenzurlaubes der Aufnahme in ein pensionsversicherungsfreies Dienstverhältnis im Sinne des § 308 Abs. 1 ASVG. gleichzusetzen. Diese Gleichsetzung hat aber nur hinsichtlich der Leistung des Überweisungsbetrages für die während der Beurlaubung erworbenen Beitragszeiten zu gelten. Sie gilt nicht als auslösendes Moment für eine aufgeschobene Nachversicherung (§ 531), sie wirkt sich auch nicht in der Form aus, daß ein Fall nach § 529 zu einem Überweisungsfall nach § 308 wird. Die Gleichstellung hat nur den einzigen Zweck — unabhängig von der sonstigen rechtlichen Beurteilung des Falles —, die während der Karenzierung erworbenen Beitragszeiten für den Ruhe(Versorgungs)genuß gegen Leistung des Überweisungsbetrages berücksichtigen zu können.

Für den Fall des Übertrittes gemäß § 311 Abs. 2 unmittelbar im Anschluß an die Beurlaubung bedarf es keiner besonderen Regelung, weil der unmittelbare Übertritt als ein Ausscheiden aus dem früheren Dienstverhältnis (§ 311 Abs. 1) und als eine unmittelbar darauf folgende Aufnahme in ein neues pensionsversicherungsfreies Dienstverhältnis (§ 308 Abs. 1) betrachtet werden kann. Die Aufnahme in das neue pensionsversicherungsfreie Dienstverhältnis läßt die Anwendung des § 308 Abs. 1 zu.

Zu Art. I Z. 48 (§ 324 Abs. 3):

Wie bereits zur vorgeschlagenen Neufassung des § 105 a Abs. 3 ausgeführt wurde, hat der Hauptverband im Zusammenhang mit dieser Änderung auch eine Anpassung des § 324 Abs. 3 ASVG. in dem Sinn angeregt, daß der Hilflosenzuschuß in Zukunft ebenso wie die Pension zur Deckung der Verpflegskosten heranzuziehen ist. Da diesem Vorschlag Berechtigung zukommt, wurde er in der vorliegenden Neufassung des § 324 Abs. 3 berücksichtigt. Vom Anspruchsübergang werden demnach die Renten (Pensionen) samt allen Zulagen und Zuschlägen, aber ohne Kinderzuschuß und Hilflosenzuschuß erfaßt. Ist der Renten(Pensions)berechtigte für Ange-

hörige sorgepflichtig, tritt, so wie bisher, der Anspruchsübergang nur in vermindertem Maß ein. Die Kinderzuschüsse werden, da sie vom Anspruchsübergang überhaupt nicht erfaßt werden, in unverminderter Höhe zu der dem Renten(Pensions)berechtigten verbleibenden Leistung ausgezahlt. Der Hilflosenzuschuß geht bis zum Höchstausmaß von 80 v. H. ebenfalls auf den Fürsorgeträger über, aber nur soweit, als die dem Fürsorgeträger erwachsenden Verpflegungskosten durch den Übergang des Anspruches auf Renten (Pension) noch nicht gedeckt sind. Der verbleibende Teil des Hilflosenzuschusses kommt dem Renten(Pensions)berechtigten selbst zugute. Die Änderung wurde weiters benützt, um den bisherigen zweiten Satz des § 324 Abs. 2 zu eliminieren, weil ihm seit der Einführung der zeitlich unbegrenzten Gewährung der Anstaltspflege in der Krankenversicherung keine Bedeutung mehr zukommt.

Zu Art. I Z. 50 (§§ 472 a Abs. 1 und 472 a Abs. 2):

Im Entwurf einer 2. Novelle zum Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz (B-KUVG.) sind unter anderem Maßnahmen vorgesehen, die eine Entspannung der finanziellen Situation bei der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter als Träger der Krankenversicherung nach dem B-KUVG. herbeiführen sollen. Bei diesen Maßnahmen zur Erschließung von Mehreinnahmen handelt es sich um eine etappenweise Erhöhung der Höchst- und Mindestbeitragsgrundlage und um eine ebenfalls etappenweise Erhöhung des Rahmens, innerhalb dessen die Satzung der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter den Beitragssatz festzusetzen hat.

Die Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen, die gemäß § 472 ASVG. für die Bundesbahnbediensteten, welche der Bundesbahnbesoldungsordnung 1963 unterliegen, die Krankenversicherung nach den Bestimmungen des B-KUVG. durchzuführen hat, ist in einer ähnlich schwierigen Finanzlage wie die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter. Die Ursache ist dieselbe, nämlich, daß die Kosten für die von der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen in der Krankenversicherung zu erbringenden Sachleistungen relativ stärker ansteigen als die Beitragseinnahmen. Die Einbeziehung der Sonderzahlungen bis zum Betrag von 9600 S jährlich in die Beitragspflicht auf Grund der 22. Novelle zum ASVG., BGBl. Nr. 282/1968, analog wie in der (1.) Novelle zum B-KUVG., BGBl. Nr. 284/1968, wird zwar den Gebarungsabgang in der Krankenversicherung nach dem B-KUVG. bei der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen für 1968 auf ein erträgliches Maß verringern. Doch für die Jahre 1969

und 1970 ist bereits wieder mit beträchtlichen Gebarungsabgängen zu rechnen; und zwar im Jahre 1969 mit rund 35 Millionen Schilling und im Jahre 1970 mit rund 70 Millionen Schilling.

So wie für den Bereich der Krankenversicherung nach dem B-KUVG. bei der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter durch den Entwurf einer 2. Novelle zum B-KUVG. sollen daher auch für den Bereich der von der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen nach dem B-KUVG. durchzuführenden Krankenversicherung diese Gebarungsabgänge durch die etappenweise Erschließung von Mehreinnahmen weitgehend beseitigt werden.

Dementsprechend ist in Aussicht genommen, in der Krankenversicherung nach dem B-KUVG. bei der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen ab 1. Jänner 1969 die Höchstbeitragsgrundlage von 4800 S auf 5600 S und die Mindestbeitragsgrundlage von 1000 S auf 1200 S zu erhöhen. Ferner soll der gesetzliche Rahmen, innerhalb dessen durch die Satzung der Beitragssatz festzusetzen ist, von 5'5 v. H. auf 5'8 v. H. hinaufgesetzt werden. Den Berechnungen zufolge wird die Erhöhung der Höchst- und Mindestbeitragsgrundlage rund 10'5 Millionen Schilling und eine Erhöhung des Beitragssatzes auf 5'8 v. H. (die im Hinblick darauf, daß die hierfür erforderliche Satzungsänderung frühestens erst mit 1. März 1969 wirksam werden kann) rund 18 Millionen Schilling an Mehreinnahmen bringen. Darüber hinaus beabsichtigt die Anstalt ab 1. März 1969 bestimmte Behandlungsbeiträge zu verdoppeln und dadurch im eigenen Wirkungsbereich weitere rund 5 Millionen Schilling an Mehreinnahmen zu erschließen.

Als zweite Etappe ist ab 1. Jänner 1970 die neuerliche Erhöhung der Höchst- und Mindestbeitragsgrundlage von 5600 S auf 6200 S vorgesehen. Dadurch werden der Anstalt gegenüber der derzeitigen Rechtslage Mehreinnahmen in der Höhe von rund 15'5 Millionen Schilling zufließen. Darüber hinaus soll auch das Ausmaß, innerhalb dessen der Beitragssatz durch die Satzung bestimmt wird, von 5'8 v. H. auf 6'2 v. H. neuerlich erhöht werden. Die Hinaufsetzung des Beitragssatzes auf 6'2 v. H. durch die Satzung der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen bedeutet für sie im Vergleich zur geltenden Gesetzeslage Mehreinnahmen in der Größe von rund 52'5 Millionen Schilling. Die schon erwähnte Verdoppelung gewisser Behandlungsbeiträge wird weitere rund 6 Millionen Schilling an Mehreinnahmen bringen.

Derzeit beträgt für den Versicherten in der Krankenversicherung der öffentlich Bediensteten bei der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen der höchste Monatsbeitrag 132 S (2'75 v. H. von 4800 S). Dieser höchste Beitrag

würde sich ab 1. Jänner 1969 auf 154 S (275 v. H. von 5600 S) und ab 1. März 1969 bei satzungsmäßiger Erhöhung des Beitragssatzes auf das volle Ausmaß auf 162'40 S (29 v. H. von 5600 S) erhöhen. Eine weitere Erhöhung auf 192'20 S (31 v. H. von 6200 S) würde bei voller Ausschöpfung des Beitragssatzes durch die Satzung ab 1. Jänner 1970 eintreten.

Im Jahre 1969 hätte von den durch den Entwurf erwarteten Mehreinnahmen der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen in der Krankenversicherung nach dem B-KUVG. (28'5 Millionen Schilling) der Bund als Dienstgeber der Versicherten rund 14 Millionen Schilling aufzubringen. Hierzu kämen noch rund 1 Million Schilling aus der sich ergebenden Erhöhung des Zuschlages zu den Beiträgen nach § 472 a Abs. 2 ASVG. als Folge der Hinaufsetzung der Höchst- und Mindestbeitragsgrundlage. Für diese Mehrbelastung wird im Bundesvoranschlag 1969 Vorsorge getroffen.

Im Vergleich zur derzeitigen Rechtslage hätte im Jahre 1970 der Bund als Dienstgeber der Versicherten in der Krankenversicherung nach dem B-KUVG. bei der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen von den durch den Entwurf erwarteten Mehreinnahmen der Anstalt (68'5 Millionen Schilling) rund 34 Millionen Schilling zu tragen. Außerdem würde sich für ihn der Zuschlag zu den Beiträgen gemäß § 472 a Abs. 2 ASVG. um rund 1'5 Millionen Schilling erhöhen. Diese Mehrbelastung des Bundes von 35'5 Millionen Schilling im Jahre 1970 läge um 20'5 Millionen Schilling über der für 1969 errechneten Mehrbelastung.

Zu Art. I Z. 52 und Art. II Abs. 16 (Z. 38 der Anlage 1):

Der Österreichische Arbeiterkammertag hat angeregt, in die Aufzählung der geschützten Unternehmungen bei der laufenden Nr. 38 der Berufskrankheitenliste (Anlage 1 zum ASVG.) auch die Einrichtungen der Kindergärten und Säuglingskrippen aufzunehmen, weil die dort beschäftigten Personen in einem erhöhten Ausmaß der Gefahr von Ansteckungen ausgesetzt sind und es der Rechtsprechung auf Grund der geltenden Rechtslage nicht möglich sei, konkrete Fälle sozial befriedigend zu lösen. Der Vorschlag des Österreichischen Arbeiterkammertages erscheint gerechtfertigt, zumal für die in Kindergärten und Säuglingskrippen beschäftigten Personen die Gefahr der Ansteckung mit verschiedenen Kinderkrankheiten, aber auch mit Tuberkulose und Darminfektionskrankheiten besonders groß ist. Ähnliche Überlegungen gelten auch für Lehrpersonen, und, wie das Bundesministerium für Justiz aufmerksam gemacht hat, auch für die in den Justizanstalten tätigen Bediensteten. Durch eine Übergangsbestimmung wird sichergestellt,

daß auch für Fälle, in denen bei Inkrafttreten des Gesetzes eine Infektionskrankheit besteht, die nach den geänderten Voraussetzungen als Berufskrankheit anzusehen ist, die Leistungen der Unfallversicherung gebühren.

Zu Art. II Abs. 17:

Durch die 9. Novelle zum ASVG. wurde unter anderem die Anlage 1 zum ASVG. (Berufskrankheitenliste) ergänzt. Nach der Übergangsbestimmung des Art. VI Abs. 27 dieser Novelle sind die Leistungen der Unfallversicherung auch zu gewähren, wenn ein Versicherter im Zeitpunkt des Wirksamkeitsbeginnes der 9. Novelle (1. Jänner 1962) an einer Krankheit litt, die erst auf Grund der 9. Novelle als Berufskrankheit anerkannt wurde, wenn der Antrag auf die Leistungen bis 31. Dezember 1962 gestellt wurde. Hingegen fehlte eine Bestimmung, daß die Leistungen, wenn auch erst ab einem späteren Zeitpunkt, zu gewähren sind, wenn der Leistungsantrag nach dem 31. Dezember 1962 gestellt wird. Wie der Österreichische Arbeiterkammertag mitteilte, sind solche Fälle tatsächlich eingetreten, in denen der Leistungsantrag erst nach dem 31. Dezember 1962 gestellt wurde und die deshalb von der Leistungsgewährung ausgeschlossen waren. Um auch für diese Fälle die Leistungen der Unfallversicherung sicherzustellen, soll der in der Übergangsbestimmung des Art. VI Abs. 27 der 9. Novelle zum ASVG. fehlende Satz nunmehr angefügt werden. Damit sollen, wie sonst in derartigen Fällen üblich, die Leistungen, wenn der Antrag nach dem 31. Dezember 1962 gestellt wird, ab dem der Antragstellung folgenden Monatsersten gebühren.

Zu Art. II Abs. 18:

Nach § 447 a Abs. 3 hätte der Bund für das Jahr 1969 einen Beitrag zum Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger in der Höhe von 50 Millionen Schilling zu leisten. Die angespannte Finanzlage des Bundes läßt einen Beitrag in dieser Höhe nicht zu. Der Bund soll aus diesem Titel lediglich mit 10 Millionen Schilling belastet werden.

Zu Art. II Abs. 19:

Aus dem Kreise der Personen, die seinerzeit von der Befreiungsbestimmung des § 189 GSPVG. Gebrauch gemacht und die Weiterversicherung in der Pensionsversicherung nach dem ASVG. aufrechterhalten hatten, wurde auf eine Unbilligkeit hingewiesen, die die bestehende Gesetzeslage für diejenigen Versicherten bringt, bei denen der Versicherungsfall in den nächsten Jahren eintreten wird bzw. schon eingetreten ist. Mit dem 1. Jänner 1966 hat die Höchstbeitragsgrundlage

nach dem GSPVG. mit 5850 S die gleiche Höhe erreicht wie die Höchstbeitragsgrundlage in der Pensionsversicherung nach dem ASVG. und entwickelt sich seither gleichlaufend weiter. Für die in der Pensionsversicherung nach dem ASVG. Weiterversicherten betrug die höchst erreichbare Beitragsgrundlage auf Grund der Bestimmung des Art. IV Abs. 7 der 14. Novelle zum ASVG., BGBl. Nr. 301/1964, in den Jahren 1965, 1966 und 1967 unverändert 4800 S und wurde erst auf Grund der Bestimmung des Art. IV Abs. 1 der 21. Novelle zum ASVG., BGBl. Nr. 6/1968, für die Zeit ab 1968 auf 6750 S als der im Jahre 1968 geltenden Höchstbeitragsgrundlage der Pflichtversicherung erhöht. Die höchst erreichbare Beitragsgrundlage in der Weiterversicherung lag daher in den Jahren 1966 und 1967 unter der für diese Jahre geltenden Höchstbeitragsgrundlage der Pflichtversicherung nach dem ASVG. und GSPVG., die 5850 S bzw. 6300 S betrug. Dies wird von den oben bezeichneten Personen, soweit bei ihnen die Beitragsgrundlagen der Jahre 1966 und 1967 für die Leistungsbemessung in Betracht kommen, als unbillig empfunden, weil für sie, hätten sie sich seinerzeit der Pflichtversicherung nach dem GSPVG. unterworfen, die höheren Höchstbeitragsgrundlagen des GSPVG. anwendbar gewesen wären. Mit der Regelung des Art. II Abs. 19 des Entwurfes wird daher den Weiterversicherten die Möglichkeit eröffnet, gegen Nachweis eines entsprechenden Gesamteinkommens auf Antrag die Beitragsgrundlagen des Jahres 1966 bis auf 5850 S und die Beitragsgrundlagen des Jahres 1967 bis auf 6300 S zu erhöhen. Da für das Jahr 1966 und den größten Teil des Jahres 1967 der zweijährige Zeitraum des § 225 Abs. 1 Z. 3 ASVG. im Zeitpunkt der frühestmöglichen Antragstellung auf diese Erhöhung bereits abgelaufen ist, können Beiträge nur für solche Monate nachgezahlt werden, die seinerzeit durch rechtzeitige Entrichtung der der früheren Beitragsgrundlage entsprechenden Beiträge bereits als Beitragsmonate der freiwilligen Versicherung erworben wurden. Es wird aber nicht möglich sein, allfällige Lücken zwischen den bereits erworbenen Beitragsmonaten nunmehr durch Nachzahlung des gesamten Beitrages auszufüllen. Hinsichtlich der Wirksamkeit der nachzuentrichtenden Beitragsteile mußte eine Ausnahme von der Regelung des § 230 ASVG. getroffen werden. Auf Grund des letzten Satzes des Art. II Abs. 19 des Entwurfes gelten die Beiträge noch als wirksam entrichtet, wenn sie innerhalb eines halben Jahres nach Bewilligung des Antrages gezahlt werden. Dies bedeutet unter anderem, daß auch in Fällen, in denen der Stichtag bereits eingetreten ist, die auf die Beitragsgrundlagenerhöhung entfallenden Beitragsteile wirksam entrichtet werden und damit zu einer Erhöhung der angefallenen Leistung führen können.