

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

22. 11. 1967

Regierungsvorlage

**Bundesgesetz vom XXXXXXXXXXXX
XXX mit dem das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz abgeändert wird (21. 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 und BGBl. Nr. 201/1967, wird abgeändert wie folgt:

1. a) Im § 4 Abs. 1 ist der Punkt am Schluß der Z. 7 durch einen Strichpunkt zu ersetzen. Als Z. 8 ist anzufügen:

„8. Personen, denen Leistungen der beruflichen Ausbildung nach den §§ 199 oder 300 a gewährt werden, wenn die Ausbildung nicht im Rahmen eines Dienst- oder Lehrverhältnisses erfolgt.“

b) § 4 Abs. 3 Z. 7 hat zu lauten:

„7. Bergführer und Fremdenführer, wenn sie diese Tätigkeit auf Grund einer behördlich erteilten Bewilligung im Hauptberuf selbständig ausüben und auf Grund dieser Tätigkeit nicht Mitglieder einer Kammer der gewerblichen Wirtschaft sind;“

2. a) § 5 Abs. 1 Z. 2 hat zu lauten:

„2. Dienstnehmer, ihnen gemäß § 4 Abs. 1 Z. 6 gleichgestellte Personen, ferner Heimarbeiter und ihnen gleichgestellte Personen, hinsichtlich einer Beschäftigung, die nach Abs. 2 als geringfügig anzusehen ist;“

b) § 5 Abs. 2 hat zu lauten:

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

- a) wenn sie für eine kürzere Zeit als für eine Woche vereinbart ist und dem Dienstnehmer für einen Arbeitstag im Durchschnitt ein Entgelt von höchstens 50 S gebührt,
- b) wenn sie für mindestens eine Woche oder auf unbestimmte Zeit vereinbart ist und dem Dienstnehmer ohne Rücksicht auf die Zahl der Arbeitstage als wöchentliches Entgelt höchstens 150 S oder als monatliches Entgelt höchstens 650 S gebührt,
- c) wenn das Entgelt nicht nach zeitlichen Abschnitten, sondern nach einem anderen Maßstab (Akkordlohn, Stücklohn, Leistungen Dritter) vereinbart ist und dem Dienstnehmer in einem Kalendermonat ein Entgelt von höchstens 650 S gebührt.

Eine Beschäftigung, die in den in Betracht kommenden Zeitabschnitten ein die obigen Ansätze nicht übersteigendes Entgelt ergibt, weil infolge Arbeitsmangels im Betrieb die sonst übliche Zahl von Arbeitsstunden nicht erreicht wird (Kurzarbeit), und eine Beschäftigung der in § 1 der Hausbesorgerordnung 1957, BGBl. Nr. 154, bezeichneten Art gilt nicht als geringfügig. Als geringfügig gilt ferner nicht eine auf unbestimmte Zeit vereinbarte Beschäftigung, wenn das daraus gebührende Entgelt nur deshalb nicht mehr als 650 S in einem Monat oder 150 S in einer Woche beträgt, weil die Beschäftigung im Laufe des betreffenden Monats oder der betreffenden Woche begonnen hat, geendet hat oder unterbrochen wurde.“

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

„c) die Teilnehmer an Umschulungs-, Nachschulungs- und sonstigen beruflichen Ausbildungslehrgängen der Gebietskörperschaften, der Landesarbeitsämter, Landesinvalidenämter, Sozialversicherungsträger sowie der gesetzlichen beruflichen Vertretungen der Dienstgeber und Dienstnehmer, soweit die Schulung nicht im Rahmen

eines Dienst- oder Lehrverhältnisses durchgeführt wird, sowie die Lehrenden bei solchen Lehrgängen, ferner Personen, die eine im Rahmen eines Studiums an einer mittleren oder höheren Schule, einer Akademie oder verwandten Lehranstalt oder einer Hochschule vorgeschriebene oder übliche praktische Tätigkeit ausüben, und Volontäre;“.

b) Dem § 8 Abs. 1 Z. 3 ist als lit. g anzufügen:

„g) die Mitglieder der Organe der gesetzlichen beruflichen Vertretungen der Dienstgeber und Dienstnehmer in Ausübung der ihnen auf Grund ihrer Funktion obliegenden Pflichten;“.

4. a) § 10 Abs. 1 hat zu lauten:

„(1) Die Pflichtversicherung der Dienstnehmer, ferner der gemäß § 4 Abs. 1 Z. 3 pflichtversicherten, nicht als Dienstnehmer beschäftigten Personen, der in einem Lehr- oder Ausbildungsverhältnis stehenden Personen, der Personen, denen eine Leistung der beruflichen Ausbildung gewährt wird, sowie der Heimarbeiter und der diesen gleichgestellten Personen beginnt unabhängig von der Erstattung einer Anmeldung mit dem Tag des Beginnes der Beschäftigung beziehungsweise des Lehr- oder Ausbildungsverhältnisses. Für das Ausscheiden aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis, ohne daß dem Ausgeschiedenen ein Ruhegenuß und seinen Hinterbliebenen ein Versorgungsgenuß aus dem Dienstverhältnis zusteht, gilt hinsichtlich des Beginnes der Pflichtversicherung nach diesem Bundesgesetz die Bestimmung des § 11 Abs. 5 entsprechend.“

b) § 10 Abs. 2 hat zu lauten:

„(2) Die Pflichtversicherung der in der Krankenpflege selbständig erwerbstätigen Personen, der selbständigen Pecher und der selbständigen Winzer (§ 4 Abs. 3 Z. 2, 4 und 9), der selbständig Erwerbstätigen und ihrer Familienangehörigen (§ 8 Abs. 1 Z. 3 lit. a und b), der Teilnehmer an Umschulungs-, Nachschulungs- und sonstigen Ausbildungslehrgängen sowie der Lehrenden bei solchen Lehrgängen, der Schüler an mittleren und höheren Schulen sowie der Studierenden an Akademien oder verwandten Lehranstalten und an Hochschulen, die eine vorgeschriebene oder übliche praktische Tätigkeit ausüben, und der Volontäre (§ 8 Abs. 1 Z. 3 lit. c) sowie der Mitglieder der Organe der gesetzlichen beruflichen Vertretungen (§ 8 Abs. 1 Z. 3 lit. g) beginnt mit dem Tag der Aufnahme der versicherungspflichtigen Tätigkeit.“

5. a) § 18 Abs. 1 Z. 2 hat zu lauten:

„2. nach Nichtigerklärung, Aufhebung oder Scheidung der Ehe eines nach Z. 1 Versicherten dessen früherer Ehegatte;“.

b) Dem § 18 Abs. 1 ist als Z. 3 anzufügen:

„3. nach dem Tode eines nach Z. 1 versichert gewesenen selbständig Erwerbstätigen der überlebende Ehegatte.“

c) § 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 Tag des Eintrittes der Rechtskraft des gerichtlichen Urteiles über die Nichtigkeit oder Auflösung der Ehe beziehungsweise mit dem Tag des Todes.“

d) § 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 Nichtigkeit oder Auflösung der Ehe beziehungsweise nach dem Tag des Todes geltend zu machen.“

6. § 19 a Abs. 1 hat zu lauten:

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

7. a) § 26 Abs. 1 Z. 2 lit. g hat zu lauten:

„g) für die bei den gesetzlichen beruflichen Vertretungen der Dienstnehmer und Dienstgeber in der Land- und Forstwirtschaft und deren Berufsvereinigungen Beschäftigten;“.

b) Dem § 26 Abs. 1 Z. 2 ist als lit. k anzufügen:

„k) für die Bediensteten des Viehverkehrsfonds, des Milchwirtschaftsfonds und des Getreideausgleichsfonds.“

c) § 26 Abs. 2 hat zu lauten:

„(2) Wird ein Dienstnehmer in demselben Beschäftigungsverhältnis vorübergehend, jedoch nicht länger als drei Monate, in einer Art beschäftigt, die die Zugehörigkeit zu einem ande-

669 der Beilagen

3

ren Versicherungsträger begründen würde, so bleibt die Zuständigkeit des bisherigen Versicherungsträgers auch für die Dauer der vorübergehenden Beschäftigung unberührt.“

d) § 26 Abs. 3 hat zu lauten:

„(3) Ist eine Betriebskrankenkasse gemäß Abs. 1 Z. 3 lit. b oder Abs. 4 zuständig und verlegt der Pensionsbezieher oder derjenige, dem eine Leistung der beruflichen Ausbildung gewährt wird, in der Folge seinen Wohnsitz, so geht auf seinen Antrag die sachliche Zuständigkeit zur Durchführung der Krankenversicherung auf die örtlich in Betracht kommende Gebietskrankenkasse mit dem der Antragstellung folgenden Monatsersten über.“

e) Dem § 26 ist als Abs. 4 anzufügen:

„(4) Für Personen, denen Leistungen der beruflichen Ausbildung gewährt werden (§ 4 Abs. 1 Z. 8), bleibt für die Dauer dieser Ausbildung jener Träger der Krankenversicherung sachlich zuständig, der die der Ausbildung zuletzt vorangegangene Krankenversicherung durchgeführt hat.“

8. Im § 28 Z. 2 ist der Punkt am Schluß der lit. d durch einen Beistrich zu ersetzen. Als lit. e ist anzufügen:

„e) die Mitglieder der Organe der Landwirtschaftskammern und der Landarbeiterkammern.“

9. a) Im § 29 Abs. 1 ist der Ausdruck „§§ 245 bis 247“ durch den Ausdruck „§§ 245 und 246“ zu ersetzen.

b) Im § 29 Abs. 2 ist der Ausdruck „§§ 245 bis 247“ durch den Ausdruck „§§ 245 und 246“ zu ersetzen.

10. a) Am Ende des § 31 Abs. 3 Z. 13 ist der Punkt durch einen Strichpunkt zu ersetzen; als Z. 14 und 15 sind anzufügen:

„14. einheitliche Versichertennummern für alle nach den Vorschriften dieses oder eines anderen Bundesgesetzes versicherten Personen zu vergeben;

15. Richtlinien zur Erhebung der für die Versicherung bedeutsamen Daten aller nach den Vorschriften dieses oder eines anderen Bundesgesetzes versicherten Personen aufzustellen sowie eine zentrale Anlage zur Aufbewahrung dieser Daten einzurichten und zu führen.“

b) § 31 Abs. 5 letzter Satz hat zu lauten:

„Die gemäß Abs. 3 Z. 3, 11 und 15 aufgestellten Richtlinien sind in der Fachzeitschrift „Soziale Sicherheit“ zu verlautbaren.“

11. a) § 35 Abs. 1 letzter Satz hat zu lauten:

„Dies gilt entsprechend auch für die gemäß § 4 Abs. 1 Z. 3 pflichtversicherten, nicht als Dienstnehmer beschäftigten Personen.“

b) § 35 Abs. 2 hat zu lauten:

„(2) Bei den nach § 4 Abs. 1 Z. 4 und 5 Pflichtversicherten gilt der Träger der Einrichtung, in der die Ausbildung erfolgt, bei den nach § 4 Abs. 1 Z. 8 Pflichtversicherten der Versicherungsträger, der die berufliche Ausbildung gewährt, als Dienstgeber. Bei Heimarbeitern (§ 4 Abs. 1 Z. 7) gilt als Dienstgeber der Auftraggeber im Sinne der gesetzlichen Vorschriften über die Heimarbeit, auch wenn sich der Auftraggeber zur Weitergabe der Arbeit an die Heimarbeiter einer Mittelsperson bedient.“

12. § 41 Abs. 1 hat zu lauten:

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

13. a) § 44 Abs. 2 hat zu lauten:

„(2) Der Beitragszeitraum umfaßt für Pflichtversicherte, deren Arbeitsverdienst nach Kalendermonaten bemessen oder abgerechnet wird, den Kalendermonat, wobei dieser einheitlich mit 30 Tagen anzunehmen ist, für die anderen Pflichtversicherten die Kalenderwoche, in die der Monatserste fällt und die folgenden vollen Kalenderwochen dieses Kalendermonates. Aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung oder wenn dies zur Sicherung des Beitrageinzuges erforderlich ist, kann die Satzung des Trägers der Krankenversicherung auch längere Beitragszeiträume, höchstens aber ein Vierteljahr, oder kürzere Beitragszeiträume bestimmen. Abweichende Beitragszeiträume können überdies auch durch Vereinbarung mit dem Dienstgeber festgelegt werden; die mit dem Dienstgeber vereinbarten Beitragszeiträume müssen mindestens eine Lohnzahlungsperiode umfassen und dürfen, wenn sie mehr als eine Lohnzahlungsperiode enthalten, die Dauer eines Vierteljahres nicht übersteigen.“

b) § 44 Abs. 6 hat zu lauten:

„(6) Bei Pflichtversicherten nach § 4 Abs. 1 Z. 8 ist als täglicher Arbeitsverdienst der Betrag von 70 S, bei Pflichtversicherten, die kein Entgelt oder keine Bezüge der im Abs. 1 Z. 2 bezeichneten Art erhalten, der Betrag von 30 S anzunehmen.“

14. § 45 Abs. 1 hat zu lauten:

„(1) Die allgemeine Beitragsgrundlage, die im Durchschnitt des Beitragszeitraumes oder des Teiles des Beitragszeitraumes, in dem Beitragspflicht bestanden hat, auf den Kalendertag entfällt, darf die Höchstbeitragsgrundlage nicht überschreiten. Als Höchstbeitragsgrundlage gilt

- a) in der Krankenversicherung
 - ab Beginn des Beitragszeitraumes Jänner 1968 der Betrag von 120 S,
 - ab Beginn des Beitragszeitraumes Jänner 1969 der Betrag von 135 S;

- b) in der Unfall- und Pensionsversicherung der gemäß § 108 d festgestellte Betrag.

Umfaßt der Beitragszeitraum einen Kalendermonat und hat für den ganzen Kalendermonat Beitragspflicht bestanden, so ist bei der Anwendung der Höchstbeitragsgrundlage der Beitragszeitraum jedenfalls mit 30 Tagen anzusetzen.“

15. § 48 wird aufgehoben.

16. a) § 49 Abs. 3 Z. 8 hat zu lauten:

„8. die Beihilfen auf Grund der besonderen gesetzlichen Vorschriften über den Familienlastenausgleich sowie die Wohnungsbeihilfen auf Grund der besonderen gesetzlichen Vorschriften;“

b) § 49 Abs. 3 Z. 9 hat zu lauten:

„9. Zuschüsse des Dienstgebers, die für die Zeit des Anspruches auf laufende Geldleistungen aus der Krankenversicherung gewährt werden, sofern diese Zuschüsse weniger als 50 v. H. der vollen Geld- und Sachbezüge vor dem Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, wenn aber die Bezüge auf Grund gesetzlicher oder kollektivvertraglicher Regelungen nach dem Eintritt der Arbeitsunfähigkeit erhöht werden, weniger als 50 v. H. der erhöhten Bezüge betragen;“

c) § 49 Abs. 3 Z. 12 hat zu lauten:

„12. freie oder verbilligte Mahlzeiten, die der Dienstgeber an nicht in seinen Haushalt aufgenommene Dienstnehmer freiwillig gewährt;“

d) § 49 Abs. 3 Z. 20 hat zu lauten:

„20. die unentgeltliche oder verbilligte Beförderung der eigenen Dienstnehmer und deren Angehörigen bei Beförderungsunternehmen, die Beförderung der Dienstnehmer zwischen Wohnung und Arbeitsstätte auf Kosten des Dienstgebers sowie der Ersatz der tatsächlichen Kosten für Fahrten des Dienstnehmers zwischen Wohnung und Arbeitsstätte mit Massenbeförderungsmitteln;“

17. a) Im § 51 Abs. 4 ist die Zitierung „(§ 4 Abs. 1 Z. 3 und 4)“ durch die Zitierung „(§ 4 Abs. 1 Z. 4 und 5)“ und die Zitierung „(§ 4 Abs. 1 Z. 6)“ durch die Zitierung „(§ 4 Abs. 1 Z. 7)“ zu ersetzen.

b) Im § 51 Abs. 5 ist die Zitierung „(§ 4 Abs. 1 Z. 5 und Abs. 3)“ durch die Zitierung „(§ 4 Abs. 1 Z. 6 und Abs. 3)“ zu ersetzen.

18. In § 52 zweiter Satz ist die Zitierung „§ 51 Abs. 1 bis 3“ durch die Zitierung „§ 51 Abs. 1 und 3“ zu ersetzen.

19. a) § 59 Abs. 1 und 2 haben zu lauten:

„(1) Werden Beiträge nicht innerhalb von elf Tagen nach der Fälligkeit eingezahlt, so sind von diesen rückständigen Beiträgen Verzugszinsen in der Höhe von 2 v. H. über der jeweiligen Rate der Oesterreichischen Nationalbank für den Wechseleskompte zu entrichten. § 108 Abs. 3 der Bundesabgabenordnung, BGBl. Nr. 194/1961, gilt entsprechend. Für die Berechnung der Verzugszinsen können die rückständigen Beiträge auf volle 10 S gerundet werden.

(2) Der zur Entgegennahme der Zahlung berufene Versicherungsträger kann die Verzugszinsen in Berücksichtigung der wirtschaftlichen Verhältnisse des Beitragsschuldners herabsetzen oder nachsehen. Die Verzugszinsen können überdies nachgesehen werden, wenn sie für die Beiträge eines Beitragszeitraumes den Betrag von 10 S nicht übersteigen und die Nachsicht der Verwaltungsvereinfachung dient.“

b) § 59 Abs. 2 und 3 erhalten die Bezeichnung Abs. 3 und 4.

c) Im § 59 Abs. 3 ist der Ausdruck „von acht Tagen“ durch den Ausdruck „von elf Tagen“ zu ersetzen.

20. § 68 Abs. 1 hat zu lauten:

„(1) Das Recht auf Feststellung der Verpflichtung zur Zahlung von Beiträgen verjährt binnen zwei Jahren vom Tage der Fälligkeit der Beiträge. Hat der Dienstgeber überhaupt keine oder bewußt unwahre Angaben über die bei ihm beschäftigten Personen oder über deren Entgelt (auch Sonderzahlungen im Sinne des § 49 Abs. 2) erstattet, so verjährt das Recht auf Feststellung der Verpflichtung zur Nachzahlung der Beiträge binnen sieben Jahren vom Tage ihrer Fälligkeit. Die Verjährung des Feststellungsrechtes wird durch jede zum Zwecke der Feststellung getroffene Maßnahme in dem Zeitpunkt unterbrochen, in dem der Zahlungspflichtige hievon in Kenntnis gesetzt wird.“

21. a) § 73 Abs. 2 letzter Satz hat zu lauten: „Zum Pensionsaufwand zählen die Pensionen und die Pensionssonderzahlungen, wenn von

669 der Beilagen

5

diesen Leistungen gemäß Abs. 5 ein Betrag einzubehalten ist, einschließlich der Zuschüsse, ausschließlich der Wohnungsbeihilfen und der Ausgleichszulagen.“

b) § 73 Abs. 5 hat zu lauten:

„(5) Die nach Abs. 1 beitragspflichtigen Träger der Pensionsversicherung und die Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen haben von jeder zur Auszahlung gelangenden Pension und Pensionssonderzahlung, mit Ausnahme der Waisenpensionen, einen Betrag einzubehalten, sofern sich der Pensionsberechtigte ständig im Inland oder in einem Staat aufhält, mit dem ein die Krankenversicherung der Pensionisten einschließendes zwischenstaatliches Übereinkommen besteht. Die Höhe des einzubehaltenden Betrages ist 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 26 v. H. der Pension, in keinem Falle mit weniger als 6'80 S monatlich festzusetzen.“

22. a) § 74 Abs. 1 letzter Satz hat zu lauten:

„Der Beitrag für die Teilversicherten in der Unfallversicherung nach § 8 Abs. 1 Z. 3 lit. e und g ist in gleicher Höhe einzubezahlen wie der Beitrag der gemäß § 8 Abs. 1 Z. 3 lit. a teilversicherten selbständig Erwerbstätigen.“

b) In § 74 Abs. 3 ist der Punkt am Schluß der Z. 3 durch einen Strichpunkt zu ersetzen; als Z. 4 ist anzufügen:

„4. für die nach § 8 Abs. 1 Z. 3 lit. g teilversicherten Mitglieder der Organe der gesetzlichen beruflichen Vertretungen von der in Betracht kommenden gesetzlichen beruflichen Vertretung.“

23. § 78 Abs. 5 hat zu lauten:

„(5) Für die Beiträge der Familienangehörigen in der Selbstversicherung in der Unfallversicherung (§ 19 Abs. 1 Z. 2) haftet der selbständig Erwerbstätige zur ungeteilten Hand mit dem Versicherten.“

24. § 80 Abs. 5 erster Satz hat zu lauten:

„Beiträge des Bundes nach Abs. 4 sind abgesehen vom übrigen Vermögen des Versicherungsträgers fruchtbringend entweder in mündelsicheren inländischen Wertpapieren oder in gebundenen Einlagen bei Kreditunternehmen anzulegen, auf welche die Voraussetzungen des § 446 Abs. 1 Z. 4 zutreffen.“

25. a) § 94 Abs. 1 hat zu lauten:

„(1) Wird neben einem Pensionsanspruch aus der Pensionsversicherung mit Ausnahme der

Ansprüche auf Knappschaftspension und Knappschaftssold sowie Waisenpension noch Erwerbseinkommen (Abs. 2 und 3) aus einer gleichzeitig ausgeübten Erwerbstätigkeit erzielt, so ruht der Grundbetrag mit dem Betrag, um den das im Monat gebührende Erwerbseinkommen 1800 S übersteigt, höchstens jedoch mit dem Betrag, um den die Summe aus Pension und Erwerbseinkommen im Monat den Betrag von 3200 S übersteigt. An die Stelle der Beträge von 1800 S und 3200 S treten ab 1. Jänner eines jeden Jahres die unter Bedachtnahme auf § 108 i mit der jeweiligen Richtzahl (§ 108 a Abs. 1) vervielfachten Beträge.“

b) § 94 Abs. 3 hat zu lauten:

„(3) Hat der Pensionsberechtigte Anspruch auf eine Beihilfe nach den besonderen Vorschriften über den Familienlastenausgleich, sind vom Erwerbseinkommen für jedes Kind, für das Anspruch auf eine Beihilfe besteht, 500 S im voraus abzusetzen. An die Stelle dieses Betrages tritt ab 1. Jänner eines jeden Jahres der unter Bedachtnahme auf § 108 i mit der jeweiligen Richtzahl (§ 108 a Abs. 1) vervielfachte Betrag.“

26. § 98 Abs. 3 letzter Satz hat zu lauten:

„Der Entbindungsbeitrag und das Sterbegeld können nur in den in Abs. 1 Z. 1 angeführten Fällen übertragen oder verpfändet werden.“

27. § 99 Abs. 3 hat zu lauten:

„(3) Die Entziehung einer Leistung wird, wenn der Entziehungsgrund in der Wiederherstellung oder Besserung des körperlichen oder geistigen Zustandes des Anspruchsberechtigten gelegen ist, mit dem Ablauf des Kalendermonates wirksam, der auf die Zustellung des Bescheides folgt, in allen anderen Fällen — unbeschadet der Bestimmungen des § 107 — mit dem Ende des Kalendermonates, in dem der Entziehungsgrund eingetreten ist.“

28. Im § 104 Abs. 1 ist der Ausdruck „längstens zwei Wochen“ durch den Ausdruck „längstens vier Wochen“ zu ersetzen.

29. § 108 hat zu lauten:

„Bezugsberechtigung im Falle des Todes des Anspruchsberechtigten

§ 108. Ist im Zeitpunkt des Todes des Anspruchsberechtigten eine fällige Geldleistung noch nicht ausgezahlt, so sind, sofern in diesem Bundesgesetz nichts anderes bestimmt wird, nacheinander der Ehegatte, die leiblichen Kinder, die Wahlkinder, die Stiefkinder, der Vater, die

Mutter, die Geschwister bezugsberechtigt, alle diese Personen jedoch nur, wenn sie mit dem Anspruchsberechtigten zur Zeit seines Todes in häuslicher Gemeinschaft gelebt haben. Steht der Anspruch mehreren Kindern oder Geschwistern des Verstorbenen zu, so sind sie zu gleichen Teilen anspruchsberechtig.“

30. § 113 Abs. 1 hat zu lauten:

„(1) Den in § 111 angeführten Personen (Stellen), die die Meldepflichten verletzen, kann ein Beitragszuschlag bis zum zweifachen Ausmaß der nachzuzahlenden Beiträge vorgeschrieben werden. Bei der Festsetzung des Beitragszuschlages hat der Versicherungsträger die wirtschaftlichen Verhältnisse des Beitragsschuldners, das Ausmaß der nachzuzahlenden Beiträge und die Art des Meldeverstoszes zu berücksichtigen.“

31. § 115 hat zu lauten:

„Verschwiegenheitspflicht im Unfallverhütungs- und Betriebskontrolldienst

§ 115. (1) Die fachkundigen Organe der Träger der Unfallversicherung (§ 187) sind verpflichtet, über alle ihnen bei Ausübung ihres Dienstes bekanntgewordenen Geschäfts- und Betriebsgeheimnisse, insbesondere über die ihnen als geheim bezeichneten Einrichtungen, Verfahren und Eigentümlichkeiten des Betriebes, strenge Verschwiegenheit zu bewahren. An diese Verschwiegenheitspflicht, deren Erfüllung die in Betracht kommenden Bediensteten in einem Diensteid zu geloben haben, sind sie auch im Verhältnis außer Dienst, im Ruhestand sowie nach Auflösung des Dienstverhältnisses gebunden. Wer diese Verschwiegenheitspflicht verletzt oder ein bei Ausübung des Dienstes bekanntgewordenes und als solches bezeichnetes Geschäfts- oder Betriebsgeheimnis zu seinem oder eines anderen Vorteil verwertet, wird, wenn die Handlung nicht nach einem anderen Gesetz einer strengeren Bestrafung unterliegt, von den Gerichten wegen Vergehens mit Arrest von drei Monaten bis zu zwei Jahren bestraft.

(2) Die Bestimmungen des Abs. 1 gelten entsprechend für die gemäß § 42 Abs. 1 mit der Einsicht beauftragten Bediensteten.“

32. § 117 Z. 3 lit. d hat zu lauten:

„d) Wochengeld (§ 162);“.

33. a) Im § 121 Abs. 4 Z. 3 ist die Zitierung „§ 122 Abs. 2 Z. 2 und Abs. 3“ durch die Zitierung „§ 122 Abs. 2 Z. 2 oder Abs. 3“ zu ersetzen.

b) Im § 121 Abs. 4 ist der Punkt am Schluß der Z. 3 durch einen Strichpunkt zu ersetzen. Als Z. 4 und 5 sind anzufügen:

„4. Zeiten, während derer die Voraussetzungen für die Angehörigeneigenschaft (§ 123) erfüllt waren;

5. Zeiten, während derer der Anspruch auf das Arbeitslosengeld ruhte, weil bei Auflösung des Dienstverhältnisses eine Abfertigung gewährt wurde.“

34. § 122 Abs. 2 Z. 2 letzter Satz hat zu lauten:

„Sterbegeld ist auch zu gewähren, wenn der Versicherungsfall des Todes erst nach Ablauf von drei Wochen nach dem Ausscheiden aus der Pflichtversicherung, aber noch während der Gewährung (des Ruhens) von Krankengeld, Anstaltspflege oder Wochengeld eingetreten ist.“

35. § 124 Abs. 1 hat zu lauten:

„(1) Bei Selbstversicherten (§ 18) ist die Leistungspflicht allgemein, soweit nicht für einzelne Leistungen eine längere Wartezeit vorgesehen ist, von der Erfüllung einer Wartezeit von sechs Wochen unmittelbar vor Eintritt des Versicherungsfalles abhängig. Durch die Satzung kann diese Wartezeit auf drei Monate unmittelbar vor Eintritt des Versicherungsfalles erweitert werden. Bei den nach § 18 Abs. 1 Z. 2 und 3 Versicherten sind auf die Wartezeit die Zeiten anzurechnen, die der frühere Ehegatte bis zur Nichtigkeitsklärung, Aufhebung oder Scheidung der Ehe, der verstorbene Ehegatte bis zu seinem Tod, in der Selbstversicherung zurückgelegt hat. Die Satzung kann für Selbstversicherte auch den Kreis der Angehörigen einschränken, doch dürfen weder die Kinder (§ 123 Abs. 2 Z. 2 bis 6) bis zum vollendeten 15. Lebensjahr noch die Ehegattin ausgeschlossen werden, es sei denn, daß die Personen selbst berechtigt sind, der Selbstversicherung in der Krankenversicherung beizutreten.“

36. Der bisherige Inhalt des § 126 erhält die Bezeichnung Abs. 1. Als Abs. 2 ist anzufügen:

„(2) Tritt im Falle des § 134 Abs. 2 oder 3 während der Gewährung von Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit eine Änderung in der Versicherungszuständigkeit ein, so geht die Leistungszuständigkeit auf den versicherungszuständig gewordenen Träger der Krankenversicherung über. Dies gilt auch, wenn die Versicherungszuständigkeit auf den Träger einer nach einem anderen Bundesgesetz geregelten Krankenversicherung übergeht, mit der

Maßgabe, daß die Leistungen vom versicherungszuständig gewordenen Träger der Krankenversicherung nach den für ihn geltenden Vorschriften weiterzugewähren sind.“

37. § 136 Abs. 3 hat zu lauten:

„(3) Für den Bezug eines jeden Heilmittels auf Rechnung des Versicherungsträgers ist, soweit im folgenden nichts anderes bestimmt wird, eine Rezeptgebühr im Betrag von 4 S zu entrichten. Werden mehrere Heilmittel auf einem Rezept verordnet, so sind so oftmals 4 S zu entrichten, als Heilmittel bezogen werden. Die Rezeptgebühr ist bei Abgabe des Heilmittels an die abgebende Stelle für Rechnung des Versicherungsträgers zu zahlen. Die Zahlung ist von dieser Stelle auf dem Rezept zu vermerken.“

38. § 139 Abs. 2 hat zu lauten:

„(2) Durch die Satzung kann die Höchstdauer des Krankengeldanspruches auf 78 Wochen erhöht werden.“

39. a) § 143 Abs. 2 hat zu lauten:

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

b) Dem § 143 Abs. 5 ist folgender Satz anzufügen:

„In den Fällen des Abs. 1 Z. 3 hat eine Erhöhung der Geld- und Sachbezüge, die nach dem Beginn der Arbeitsunfähigkeit auf Grund gesetzlicher oder kollektivvertraglicher Regelungen eintritt, außer Betracht zu bleiben.“

40. § 148 Z. 2 hat zu lauten:

„2. Die den öffentlichen Krankenanstalten gebührenden Verpflegungskostensätze sind, wenn es sich um den Versicherten selbst handelt, zur Gänze vom Versicherungsträger, wenn es sich aber um einen Angehörigen des Versicherten handelt, zu 90 v. H. vom Versicherungsträger und zu 10 v. H. vom Versicherten zu entrichten. Ab Beginn der fünften Woche ununterbrochener Anstaltspflege hat der Versicherungsträger auch für Angehörige des Versicherten die Verpflegungskostensätze zur Gänze zu entrichten.“

41. a) § 152 Abs. 2 hat zu lauten:

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

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

Eine Erhöhung der Geld- und Sachbezüge, die nach dem Beginn der Arbeitsunfähigkeit auf Grund gesetzlicher oder kollektivvertraglicher Regelungen eintritt, hat außer Betracht zu bleiben. Hat der Versicherte mehr als einen Angehörigen, ist das Familiengeld für jeden weiteren für die Begründung des Anspruches auf diese Leistung nach Abs. 1 in Betracht kommenden Angehörigen um 5 v. H. der Bemessungsgrundlage zu erhöhen. Der Gesamtbetrag des erhöhten Familiengeldes darf in keinem Falle 75 v. H. der Bemessungsgrundlage übersteigen.“

b) § 152 Abs. 3 hat zu lauten:

„(3) Versicherten, die wegen Fehlens von nach Abs. 1 in Betracht kommenden Angehörigen keinen Anspruch auf Familiengeld haben, gebührt für die in Abs. 1 bezeichnete Dauer an Stelle des Familiengeldes ein Taggeld. Das Taggeld beträgt bei Vorliegen der Voraussetzungen nach Abs. 2 lit. a 50 v. H. des Krankengeldes (§ 141 Abs. 1 beziehungsweise Abs. 2), bei Vorliegen der Voraussetzungen nach Abs. 2 lit. b 25 v. H. des Krankengeldes (§ 141 Abs. 1 beziehungsweise Abs. 2), in allen Fällen mindestens jedoch 10 S täglich.“

42. § 154 hat zu lauten:

„Hilfe bei körperlichen Gebrechen

§ 154. Bei Verstümmelungen, Verunstaltungen und körperlichen Gebrechen, welche die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit oder die Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, wesentlich beeinträchtigen, kann die Satzung Zuschüsse für die Anschaffung der notwendigen Hilfsmittel vorsehen, soweit nicht ein Anspruch aus der gesetzlichen Unfallversicherung, nach dem Kriegspopferversorgungsgesetz 1957, nach dem Heeresversorgungsgesetz oder nach dem Opferfürsorgegesetz besteht. Als frei-

willige Leistung kann der Versicherungsträger in solchen Fällen überdies, sofern dies notwendig und zweckmäßig ist, Krankenbehandlung und Anstaltspflege gewähren, soweit auf diese Leistungen nicht schon ein Anspruch aus dem Versicherungsfall der Krankheit besteht.“

43. § 158 hat zu lauten:

„Anspruchsberechtigung

§ 158. (1) Aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft einer Versicherten sowie für die als Angehörige geltenden Personen sind die im § 117 Z. 3 für diesen Versicherungsfall vorgesehenen Leistungen beim Zutreffen der Voraussetzungen nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen zu gewähren.

(2) Der Entbindungsbeitrag wird an Weiterversicherte und Selbstversicherte nach § 18 sowie für Angehörige nur gewährt, wenn der Versicherte innerhalb der letzten zwei Jahre vor dem Eintritt des Versicherungsfalles mindestens zehn Monate nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz krankenversichert war; von dieser Wartezeit müssen mindestens sechs Monate im letzten Jahre vor dem Eintritt des Versicherungsfalles zurückgelegt worden sein. Das gleiche gilt hinsichtlich des Wochengeldes für aus der Pflichtversicherung ausgeschiedene, nach § 122 Abs. 2 Z. 2 oder Abs. 3 Anspruchsberechtigte.

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

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

44. a) § 162 Abs. 4 hat zu lauten:

„(4) Vom Anspruch auf Wochengeld sind Weiterversicherte, Selbstversicherte nach § 18 und Pflichtversicherte ausgeschlossen, die gemäß § 138 Abs. 2 vom Anspruch auf Krankengeld ausgeschlossen sind.“

b) Im § 162 Abs. 5 ist der Ausdruck „längstens binnen einer Woche“ durch den Ausdruck „längstens binnen vier Wochen“ zu ersetzen.

45. § 163 wird aufgehoben.

46. § 164 Abs. 1 Z. 1 hat zu lauten:

„1. weiblichen Pflichtversicherten, die Anspruch auf Wochengeld haben (§ 162), im Ausmaß von 400 S;“.

47. § 164 hat zu lauten:

„Entbindungsbeitrag

§ 164. (1) Ein einmaliger Entbindungsbeitrag gebührt:

1. weiblichen Versicherten, die Anspruch auf Wochengeld haben, Selbstversicherten nach § 18 und für Angehörige im Ausmaß von 1000 S;

2. sonstigen weiblichen Versicherten mit Ausnahme der Selbstversicherten nach § 18 im Ausmaß von 2000 S.

(2) In der Krankenversicherung der Pensionisten und der gemäß § 9 einbezogenen Personen wird ein Entbindungsbeitrag nicht gewährt.“

48. § 165 hat zu lauten:

„Zusammentreffen von Ansprüchen auf Wochengeld und Krankengeld

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

49. a) § 166 Abs. 1 Z. 1 hat zu lauten:

„1. solange die Versicherte auf Rechnung eines Versicherungsträgers Anstaltspflege (auch Pflege in einem Entbindungsheim) erhält oder auf Rechnung eines Versicherungsträgers in einem Genesungs-, Erholungs- oder Kurheim oder einer Sonderheilanstalt untergebracht ist oder Anspruch auf Ersatz der Verpflegskosten einem Versicherungsträger gegenüber hat, in der Höhe des dem Versicherungsträger hieraus erwachsenen Aufwandes;“.

b) § 166 Abs. 3 hat zu lauten:

„(3) Solange während einer Anstaltspflege (auch Pflege in einem Entbindungsheim) kein Wochengeld gebührt, ist weiblichen Versicherten Familien- oder Taggeld unter den Voraussetzungen des § 152 in der dort angegebenen Höhe zu gewähren. Ruht der Anspruch auf Wochengeld gemäß Abs. 1 Z. 1 nur teilweise, so wird das in Betracht kommende Familien- oder Taggeld unter Anrechnung des nicht ruhenden, zur Auszahlung gelangenden Wochengeldes gewährt.“

669 der Beilagen

9

50. § 167 hat zu lauten:

„Wochengeld und Entbindungsbeitrag beim Tod der Wöchnerin

§ 167. Stirbt eine Wöchnerin bei der Entbindung oder während der Dauer des Bezuges des Wochengeldes, so ist dieses bis zum Ablauf der gesetzlichen Höchstdauer an denjenigen weiterzuzahlen, der für den Unterhalt des Kindes sorgt. Das gleiche gilt für einen im Zeitpunkt des Todes der Wöchnerin noch nicht ausgezahlten Entbindungsbeitrag.“

51. a) § 169 Abs. 1 hat zu lauten:

„(1) Beim Tod des Versicherten, des sonst nach § 122 Anspruchsberechtigten oder eines Angehörigen (§ 123) ist Sterbegeld zu gewähren.“

b) In § 169 Abs. 2 ist der Ausdruck „§ 122 Abs. 1 oder 2“ durch den Ausdruck „§ 122“ zu ersetzen.

52. § 170 Abs. 1 hat zu lauten:

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

53. § 171 hat zu lauten:

„Höhe des Sterbegeldes

§ 171. (1) Das Sterbegeld beträgt beim Tode des Versicherten (des sonst nach § 122 Anspruchsberechtigten) oder eines Angehörigen (§ 123), unbeschadet der Bestimmungen der Abs. 2 bis 4, das 20fache der Bemessungsgrundlage. Beim Tode des Versicherten (des sonst nach § 122 Anspruchsberechtigten) kann der Versicherungsträger das Sterbegeld durch die Satzung unter Bedachtnahme auf seine finanzielle Leistungsfähigkeit bis zum 40fachen der Bemessungsgrundlage erhöhen.

(2) In der Krankenversicherung der Bezieher einer Pension mit Ausnahme der Bezieher einer Pension aus der knappschaftlichen Pensionsversicherung beträgt das Sterbegeld das Einfache der monatlichen Pension einschließlich einer allfälligen Ausgleichszulage, jedoch ohne Kinder- und Hilflosenzuschuß und ohne Berücksichtigung von Kürzungs- und Ruhensbestimmungen.

(3) In der Krankenversicherung der Bezieher einer Pension aus der knappschaftlichen Pensionsversicherung beträgt das Sterbegeld

1. im Falle des Todes des versicherten Empfängers einer Knappschaftsalterspension, Knappschaftspension oder Knappschaftsvollpension das Dreifache der monatlichen Pension (Gesamtleistung) einschließlich einer allfälligen Ausgleichszulage, jedoch ohne Kinder- und Hilflosenzuschuß und ohne Berücksichtigung von Kürzungs- und Ruhensbestimmungen;

2. im Falle des Todes des versicherten Empfängers einer Witwen(Witwer)pension oder im Falle des Todes des Beziehers einer Waisenpension das Dreifache dieser Pension;

3. im Falle des Todes des Ehegatten eines Pensionsempfängers 50 v. H. oder im Falle des Todes eines Kindes des versicherten Pensionsempfängers 20 v. H. des Sterbegeldes nach Z. 1.

(4) Das Sterbegeld gebührt in den Fällen der Abs. 1 bis 3 mindestens im Ausmaß des jeweiligen Richtsatzes für alleinstehende Pensionsberechtigte aus eigener Pensionsversicherung (§ 292 Abs. 3 lit. a), es darf in den Fällen des Abs. 3 das 90fache der jeweiligen Höchstbeitragsgrundlage in der Krankenversicherung nicht übersteigen.“

54. § 181 a Abs. 1 hat zu lauten:

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

55. § 187 Abs. 3 wird aufgehoben.

56. a) Im § 210 Abs. 1 ist der Ausdruck „einer anerkannten Schädigung nach dem Kriegsopferversorgungsgesetz 1957, BGBl. Nr. 152, beziehungsweise Opferfürsorgegesetz, BGBl. Nr. 183/1947,“ durch den Ausdruck „einer anerkannten Schädigung nach dem Kriegsopferversorgungsgesetz 1957, BGBl. Nr. 152, dem Heeresversorgungsgesetz, BGBl. Nr. 27/1964, beziehungsweise dem Opferfürsorgegesetz, BGBl. Nr. 183/1947,“ zu ersetzen.

b) Im § 210 Abs. 4 ist der Ausdruck „eine anerkannte Schädigung nach dem Kriegsopferversorgungsgesetz 1957, BGBl. Nr. 152, beziehungsweise Opferfürsorgegesetz, BGBl. Nr. 183/1947,“ durch den Ausdruck „eine anerkannte Schädigung nach dem Kriegsopferversorgungsgesetz 1957, BGBl. Nr. 152, dem Heeresversorgungsgesetz, BGBl. Nr. 27/1964, beziehungsweise dem Opferfürsorgegesetz, BGBl. Nr. 183/1947,“ zu ersetzen.

57. § 226 Abs. 3 letzter Satz wird aufgehoben.

2

58. Im § 243 Abs. 1 Z. 1 ist der Ausdruck „§§ 44 bis 48“ durch den Ausdruck „§§ 44 bis 47“ zu ersetzen.

59. a) Im § 319 a Abs. 1 ist der Ausdruck „80 Millionen Schilling“ durch den Ausdruck „120 Millionen Schilling“ zu ersetzen.

b) Im § 319 a Abs. 3 ist der Ausdruck „4 Millionen Schilling“ durch den Ausdruck „6 Millionen Schilling“ zu ersetzen.

60. Im § 320 a ist der Ausdruck „höchstens jedoch bis zum sechsfachen Betrag“ durch den Ausdruck „höchstens jedoch bis zum zwölfwachen Betrag“ zu ersetzen.

61. Im § 363 Abs. 2 ist der Ausdruck „10 S“ durch den Ausdruck „30 S“ zu ersetzen.

62. Im § 409 ist die Zitierung „(§ 7 Z. 2 und § 8 Abs. 1 Z. 2)“ durch die Zitierung „(§ 7 Z. 2)“ zu ersetzen.

63. § 433 Abs. 1 Z. 4 hat zu lauten:

„4. für die Träger der Unfallversicherung einschließlich der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter;“

64. Dem § 447 a ist als Abs. 5 anzufügen:

„(5) Von den Jahreseinnahmen (Abs. 2) sind 30 v. H. zur Bildung einer Rücklage zu verwenden, die nur zur Deckung eines außerordentlichen Aufwandes aus den im § 447 c Abs. 1 lit. a angeführten Gründen herangezogen werden darf. Die Rücklage ist fruchtbringend in mündelsicheren inländischen Wertpapieren oder in Einlagen bei Kreditunternehmen anzulegen, auf welche die Voraussetzungen des § 446 Abs. 1 Z. 4 zutreffen.“

65. § 447 b hat zu lauten:

„Zuschüsse aus dem Ausgleichs-
fonds

§ 447 b. (1) Den beitragspflichtigen Krankenversicherungsträgern (§ 447 a Abs. 4) gebühren nach Maßgabe der Abs. 2 bis 7 für ein Geschäftsjahr Zuschüsse aus dem Ausgleichsfonds, wenn in diesem Geschäftsjahr die durchschnittliche Beitragseinnahme je Pflichtversicherten die Ausgleichsgrenze (Abs. 2) nicht erreicht.

(2) Ausgleichsgrenze ist der Durchschnitt aller Beitragseinnahmen je Pflichtversicherten, die im Rechnungsabschluß des betreffenden Geschäftsjahres bei allen beitragspflichtigen Krankenversicherungsträgern nachgewiesen sind.

(3) Bei der Ermittlung der durchschnittlichen Beitragseinnahme je Pflichtversicherten gemäß

Abs. 1 und Abs. 2 ist der sich aus der monatlichen Zählung der Pflichtversicherten ergebende Jahresdurchschnitt heranzuziehen.

(4) In den Fällen des Abs. 1 gebührt der Zuschuß — unbeschadet der Bestimmungen der Abs. 5 und 7 — in der Höhe des Betrages, der sich durch Vervielfachung des Unterschiedsbetrages zwischen der Ausgleichsgrenze und der durchschnittlichen Beitragseinnahme je Pflichtversicherten des in Betracht kommenden Krankenversicherungsträgers mit der Zahl der bei diesem im Jahresdurchschnitt pflichtversicherten Personen ergibt.

(5) Der Zuschuß gebührt für ein Geschäftsjahr höchstens in dem Ausmaß, das erforderlich ist, um die bei dem Krankenversicherungsträger am Ende des Geschäftsjahres vorhandenen liquiden Mittel auf ein Sechstel der Jahresaufwendungen dieses Versicherungsträgers zu erhöhen. Er gebührt überdies höchstens im Ausmaß des Betrages, um den bei dem in Betracht kommenden Krankenversicherungsträger 101 v. H. der Aufwendungen des betreffenden Geschäftsjahres die Einnahmen — ausgenommen allfällige Zuschüsse und Zuwendungen aus dem Ausgleichsfonds — übersteigen.

(6) Als liquide Mittel im Sinne des Abs. 5 gelten die Barbestände zuzüglich der Einlagen bei Geldinstituten und 70 v. H. des Bilanzwertes der Wertpapiere abzüglich der noch nicht abgeführten, für fremde Rechnung eingehobenen Beiträge sowie der am Ende des Geschäftsjahres buchmäßig fälligen unberichtigten Versicherungsleistungen und sonstigen Verbindlichkeiten.

(7) Die sich aus der Anwendung der Abs. 4 und 5 für ein Geschäftsjahr ergebenden Zuschüsse dürfen zusammen 10 v. H. der am Ende dieses Geschäftsjahres frei verfügbaren Mittel des Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger nicht überschreiten und sind innerhalb dieses Höchstausmaßes verhältnismäßig zu kürzen.

(8) Der Hauptverband hat die gemäß Abs. 1 gebührenden Zuschüsse nach Vorliegen der zu ihrer Ermittlung notwendigen Unterlagen den in Betracht kommenden Krankenversicherungsträgern zu überweisen.“

66. a) Der bisherige § 447 b erhält die Bezeichnung § 447 c.

b) § 447 c Abs. 1 lit. b hat zu lauten:

„b) um eine unterschiedliche Belastung aus der Gewährung von Sachleistungen, von Leistungen der erweiterten Heilfürsorge, der Krankheitsverhütung sowie aus dem Betrieb eigener Einrichtungen der Krankenbehandlung ganz oder teilweise auszugleichen oder“.

c) § 447 c Abs. 6 wird aufgehoben.

67. Als § 447 d ist einzufügen:

„Darlehen aus dem Ausgleichs-
fonds

§ 447 d. (1) Aus den Mitteln des Ausgleichs-
fonds können den beitragspflichtigen Kranken-
versicherungsträgern auch Darlehen gewährt wer-
den. Für diesen Zweck dürfen Mittel höchstens
bis zur Höhe von 50 v. H. der Rücklage nach
§ 447 a Abs. 5 verwendet werden.

(2) Die Bestimmungen des § 447 c Abs. 3 bis 5
gelten entsprechend.“

68. a) § 457 Abs. 1 hat zu lauten:

„(1) Die Träger der Krankenversicherung
haben, soweit nichts anderes vorgesehen ist, für
jeden Versicherten, für den sie Beiträge zu einer
Pensionsversicherung einheben, die Versiche-
rungsunterlagen, die zur Feststellung der Lei-
stungen einer Pensionsversicherung erforderlich
sind, genau aufzuzeichnen, diese Aufzeichnungen
durch eine im Verordnungsweg zu bestimmende
Frist aufzubewahren und auf Verlangen dem
Hauptverband sowie dem zuständigen Träger
der Pensionsversicherung bekanntzugeben.“

b) § 457 Abs. 3 hat zu lauten:

„(3) Soweit die Beiträge zur Pensionsversiche-
rung der Arbeiter und Angestellten unmittelbar
an den Träger der Pensionsversicherung zu ent-
richten sind, hat dieser die Aufzeichnungen nach
den Abs. 1 und 2 selbst zu führen und auf Ver-
langen dem Hauptverband bekanntzugeben.“

69. § 458 erster Satz hat zu lauten:

„Die Behörden der Arbeitslosenversicherung so-
wie der Kriegsopferversorgung sind verpflichtet,
auf Verlangen den Trägern der Krankenversiche-
rung und dem Hauptverband alle Tatsachen aus
ihrem Geschäftsbereich bekanntzugeben, die für
die Pensionsansprüche aus der Pensionsversiche-
rung von Bedeutung sind.“

70. § 472 Abs. 2 Z. 3 hat zu lauten:

„3. die Höhe des Behandlungsbeitrages (§ 63
Abs. 4 des Bundesgesetzes über die Kranken- und
Unfallversicherung öffentlich Bediensteter) durch
die Satzung unter Bedachtnahme auf die finan-
zielle Leistungsfähigkeit der Versicherungsanstalt
festzusetzen ist, wobei der Behandlungsbeitrag
25 v. H. des jeweiligen Vertragstarifes für die in
Betracht kommende Leistung nicht übersteigen
darf.“

71. § 498 hat zu lauten:

„§ 498. Soweit das Notarversicherungsgesetz
1938, BGBl. Nr. 2, auf Bestimmungen des Bun-
desgesetzes, betreffend die gewerbliche Sozial-
versicherung, Bezug nimmt, sind die an deren
Stelle getretenen Vorschriften des vorliegenden
Bundesgesetzes entsprechend anzuwenden.“

72. Im § 500 Abs. 1 ist die Zitierung „§§ 502
Abs. 4 und 5, 503, 504 und 506“ durch die Zitie-
rung „§§ 502 Abs. 4 und 5, 503 und 506“ zu
ersetzen.

73. Im § 506 a zweiter Satz hat der Ausdruck
„unter entsprechender Anwendung des § 48“ zu
entfallen.

Artikel II

Im § 64 Abs. 3 des Beamten-Kranken- und
Unfallversicherungsgesetzes, BGBl. Nr. 200/1967,
ist der Ausdruck „3 S“ durch den Ausdruck „4 S“
zu ersetzen.

Artikel III

Übergangsbestimmungen

(1) Die erstmaligen Meldungen für Personen,
die nach den Bestimmungen dieses Bundes-
gesetzes der Pflichtversicherung nach dem All-
gemeinen Sozialversicherungsgesetz am 1. Jänner
1968 unterliegen und nicht schon zur Pflicht-
versicherung angemeldet sind, sind bis 29. Feber
1968 beim zuständigen Versicherungsträger zu
erstatten. Die Bestimmungen der §§ 33 bis 38,
41 bis 43 und 111 bis 113 des Allgemeinen So-
zialversicherungsgesetzes sind entsprechend an-
zuwenden.

(2) Personen, die am 31. Dezember 1967 nach
den in diesem Zeitpunkt geltenden Vorschriften
pflichtversichert waren, nach den Bestimmungen
dieses Bundesgesetzes aber nicht mehr pflichtver-
sichert wären, bleiben pflichtversichert, solange
die Beschäftigung, welche die Pflichtversicherung
nach den bisherigen Vorschriften begründet hat,
weiter ausgeübt wird. Im übrigen sind die Be-
stimmungen dieses Bundesgesetzes auf eine solche
Pflichtversicherung anzuwenden, jedoch kann der
Versicherte bis 30. Juni 1968 bei dem für die
Einhebung der Beiträge in Betracht kommenden
Versicherungsträger den Antrag stellen, aus der
Pflichtversicherung ausgeschieden zu werden;
einem solchen Antrag hat der Versicherungs-
träger mit Wirkung von dem auf den Antrag
folgenden Monatsersten stattzugeben.

(3) Personen, die nach den Bestimmungen
dieses Bundesgesetzes als Pflichtversicherte in die
Kranken- oder Unfallversicherung einbezogen
werden und die am 1. Jänner 1968 bei einem
Versicherungsunternehmen vertragsmäßig kran-
ken- oder unter Einschluß der Arbeitsunfälle
unfallversichert sind, können den Versicherungs-
vertrag bis 30. Juni 1968 zum Ablauf des auf
die Aufkündigung folgenden Kalendermonates
auflösen. Für den Zeitraum nach dem Erlö-
schen des Versicherungsvertrages bereits ent-
richtete Versicherungsbeiträge (Prämien) sind
vom Versicherungsunternehmen nicht zu er-
statten.

(4) Versicherungsunternehmen, die das Versicherungsgeschäft betreiben, können jene Teile der versicherungstechnischen Rückstellungen, die zufolge Kündigung gemäß Abs. 3 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.

(5) Personen, die nach den am 31. Dezember 1967 in Geltung gestandenen Vorschriften zur Selbstversicherung in der Krankenversicherung nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz nicht berechtigt waren, es aber bei früherem Wirksamkeitsbeginn der Bestimmungen des Artikels I Z. 5 lit. a und b dieses Bundesgesetzes gewesen wären, können das Recht auf Selbstversicherung in der Krankenversicherung noch bis zum 29. Feber 1968 geltend machen. Die Selbstversicherung beginnt in diesen Fällen mit dem 1. Jänner 1968.

(6) Ist die Ehe vor dem 1. Jänner 1968 aufgelöst worden und war die sechsmonatige Frist des § 18 Abs. 4 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes am 31. Dezember 1967 noch nicht abgelaufen, kann der Beitritt zur Selbstversicherung in der Krankenversicherung noch bis 29. Feber 1968 erfolgen.

(7) Wurde ein Dienstnehmer am 31. Dezember 1967 in demselben Beschäftigungsverhältnis vorübergehend, jedoch noch nicht länger als drei Monate in einer Art beschäftigt, die die Zugehörigkeit zu einem anderen Versicherungsträger begründen würde, so bleibt die Zuständigkeit des bisherigen Versicherungsträgers unberührt, sofern die vorübergehende Beschäftigung nicht über den 31. März 1968 hinaus dauert.

(8) Wird die Höchstdauer des Krankengeldanspruches durch die Satzung auf Grund der Bestimmungen des § 139 Abs. 2 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes in der Fassung des Art. I Z. 38 dieses Bundesgesetzes auf 78 Wochen erhöht, so ist diese Satzungsbestimmung ab ihrem Wirksamkeitsbeginn auch auf Fälle anzuwenden, in denen der Krankengeldanspruch am Beginn der 26. Woche vor dem Wirksamkeitsbeginn der Satzungsänderung noch nicht erschöpft war.

(9) Die Bestimmungen des Art. I Z. 40 und 49 gelten ab 1. Jänner 1968 auch für Versicherungsfälle, die vor dem 1. Jänner 1968 eingetreten sind.

(10) § 158 Abs. 1 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes in der Fassung des Art. I Z. 43 dieses Bundesgesetzes ist auf Antrag auch auf Versicherungsfälle anzuwenden, die vor dem 1. Jänner 1968 eingetreten sind, sofern die Entbindung nach dem 31. Dezember 1967 erfolgt.

(11) Stillgeld gebührt nach Maßgabe der Bestimmungen des § 163 des Allgemeinen Sozial-

versicherungsgesetzes in der am 31. Dezember 1968 geltenden Fassung für die weitere Dauer des Anspruches über den 31. Dezember 1968 hinaus, wenn die Entbindung vor dem 1. Jänner 1969 erfolgt ist.

Artikel IV

Schl u ß b e s t i m m u n g e n

(1) Für die am 31. Dezember 1967 nach § 17 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes Weiterversicherten und die gemäß § 515 Abs. 1 Z. 2 des genannten Gesetzes als Weiterversicherte geltenden Personen kann die Beitragsgrundlage auf Antrag bis auf 6750 S monatlich erhöht werden. Die Erhöhung ist nur zulässig, wenn der Versicherte ein der beantragten höheren Beitragsgrundlage entsprechendes Gesamteinkommen nachweist. Sie wird mit dem der Antragstellung folgenden Monatsersten wirksam. Ein solcher Antrag kann nur bis längstens 31. Dezember 1968 bei sonstigem Ausschluß gestellt werden.

(2) Die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt hat am 10. April 1968 der Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter einen Betrag von 195 Millionen Schilling und der Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues einen Betrag von 5 Millionen Schilling zu überweisen.

(3) Der gemäß § 80 Abs. 1 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes für das Jahr 1968 gebührende Bundesbeitrag vermindert sich um 200 Millionen Schilling.

(4) Im Jahre 1968 beträgt der Beitrag des Bundes zum Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger (§ 447 a Abs. 3 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes) 10 Millionen Schilling; dieser Betrag ist in zwei gleichen Teilbeträgen am 1. April und am 1. Oktober 1968 dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger zu überweisen.

Artikel V

W i r k s a m k e i t s b e g i n n

(1) Dieses Bundesgesetz tritt, soweit nichts anderes bestimmt wird, am 1. Jänner 1968 in Kraft.

(2) Es treten in Kraft

- a) rückwirkend mit dem 1. Juli 1967 die Bestimmungen des Art. I Z. 63 und 71;
- b) mit dem Beginn der Beitragsperiode Jänner 1968 die Bestimmungen des Art. I Z. 13 bis 16 und 19;
- c) mit dem 1. Jänner 1969 die Bestimmungen des Art. I Z. 26, 32, 45, 47 und 50.

(3) § 158 Abs. 2 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes in der Fassung des Art. I Z. 49 dieses Bundesgesetzes tritt am 1. Jänner 1969 in Kraft.

(4) Art. I Z. 46 tritt mit 1. Jänner 1968 mit der Maßgabe in Kraft, daß der erhöhte Entbindungsbeitrag in allen Fällen gebührt, in denen die Entbindung im Jahre 1968 erfolgt.

(5) § 164 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes in der Fassung des Art. I Z. 47 dieses Bundesgesetzes tritt am 1. Jänner 1969 mit der Maßgabe in Kraft, daß er unabhängig vom Zeitpunkt des Eintrittes des Versicherungsfalles in allen Fällen anzuwenden ist, in denen die Entbindung nach dem 31. Dezember 1968 erfolgt.

(6) Die Bestimmungen des § 447 b des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes in der Fassung des Art. I Z. 65 dieses Bundesgesetzes treten am 1. Jänner 1968 mit der Maßgabe in Kraft, daß im Geschäftsjahr 1968 Anspruch auf Zuschüsse besteht, wenn die Voraussetzungen hierfür im Geschäftsjahr 1967 erfüllt waren.

Artikel VI

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

Erläuternde Bemerkungen

Schon in den Erläuternden Bemerkungen zur 19. Novelle zum ASVG. vom 8. Feber 1967, BGBl. Nr. 67, wurde darauf hingewiesen, daß an das Bundesministerium für soziale Verwaltung in den letzten Jahren zahlreiche Änderungsanträge bzw. Änderungswünsche, betreffend das ASVG., herangetragen wurden, die — ihre sachliche Berechtigung vorausgesetzt — der legislatischen Behandlung zugeführt werden sollen. Das dem Ministerium vorliegende Material ist im Herbst des vergangenen Jahres mit Vertretern der Interessenvertretungen der Dienstnehmer und der Dienstgeber gesichtet und geprüft worden. Ein Teil der Änderungswünsche konnte schon in der 19. Novelle berücksichtigt werden. Es bestand die Absicht, die restlichen Vormerkungen in einer 20. Novelle zur Diskussion zu stellen. Inzwischen hat aber der Gesetzgeber das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz (B.-KUVG.), BGBl. Nr. 200/1967, beschlossen, wodurch einige Änderungen des ASVG. notwendig geworden sind, die den Gegenstand der 20. Novelle bildeten.

Nunmehr liegt der Entwurf einer 21. Novelle vor, in deren Mittelpunkt die Erschließung erhöhter Einnahmen für die soziale Krankenversicherung steht. Um diesen Entwurf, für den infolge der Notwendigkeit des Inkrafttretens der Novelle mit 1. Jänner 1968 bzw. mit Beginn der Beitragsperiode Jänner 1968 nur eine relativ kurze Begutachtungszeit zur Verfügung steht, nicht zu umfangreich zu gestalten, beschränkt er sich im allgemeinen auf den oben erwähnten Zweck. Darüber hinaus enthält der Entwurf einige technische Änderungen, wie etwa

die Beseitigung kleinerer Redaktionsversehen anläßlich früherer Novellierungen des Gesetzes, die Behebung von Zitierungsfehlern und ähnliches. Änderungen, die im Bundesministerium für soziale Verwaltung vorgemerkt sind und sich auf Paragrafen beziehen, die im Zuge der 21. Novelle geändert werden müssen, wurden gleichfalls mitberücksichtigt.

Die Änderungen, die zu den Teilen Unfallversicherung und Pensionsversicherung vorgemerkt sind, sowie einige Änderungswünsche, die sich auf Bestimmungen im Allgemeinen Teil beziehen, mußten neuerlich zurückgestellt werden; sie sollen in einem im Frühjahr des kommenden Jahres zur Versendung gelangenden Entwurf einer 22. Novelle zur Diskussion gestellt werden.

Allgemein kann gesagt werden, daß im vorliegenden Entwurf — abgesehen von den Maßnahmen zur Erschließung vermehrter Einnahmen der Krankenkassen — nur Änderungen aufgenommen wurden, die keine allzu große Problematik aufwerfen. Fragen, die einer eingehenden Diskussion und damit auch einer längeren Begutachtung bedürfen, wurden zurückgestellt.

Was nun das Hauptthema der gegenständlichen Novelle anlangt, ist dazu folgendes zu sagen:

Die soziale Krankenversicherung hat sich zuletzt in den Jahren 1958 und 1959 in einem finanziellen Engpaß befunden, dem der Gesetzgeber durch verschiedene Maßnahmen in der 4. und 6. Novelle (BGBl. Nr. 293/1958 und BGBl. Nr. 87/1960) entgegengetreten ist. Vor allem die

Maßnahmen der 6. Novelle, die mit Beginn der Beitragsperiode Mai 1960 wirksam wurden, haben die Kassen aus der Finanzkrise herausgeführt und bewirkt, daß sie in ihrer Gesamtheit bis einschließlich 1966 aktiv gebaren konnten.

Die folgende Tabelle zeigt die Gebarungsergebnisse aller ASVG-Krankenkassen seit 1962 sowie die voraussichtlichen Ergebnisse der Jahre 1967 und 1968 (letztere ausgehend von der geltenden Rechtslage):

Tabelle 1

Gebarung der ASVG.-Krankenkassen in den Jahren 1962 bis 1968

(Gebiets-, Betriebs- und Landwirtschaftskrankenkassen, Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen, Abteilung A, Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues)

	Erfolgsrechnungen					Voranschläge	Schätzung	
	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1967	1968
	Millionen Schilling							
Einnahmen								
Beiträge der pflichtversicherten Erwerbstätigen	3.279	3.438	3.670	4.045	4.284	4.445	4.490	4.650
Sonstige Beiträge	1.026	1.146	1.288	1.454	1.574	1.631	1.695	1.820
Übrige Einnahmen ..	415 ¹⁾	464 ²⁾	482 ³⁾	510 ⁴⁾	525 ⁵⁾	521	535	550
Summe ...	4.720	5.048	5.440	6.009	6.383	6.597	6.720	7.020
Ausgaben:								
Versicherungsleistungen	4.280	4.673	4.962	5.414	5.835	6.316	6.315	6.750
Übrige Ausgaben	322	355	385	422	423	433	435	450
Summe ...	4.602	5.028	5.347	5.836	6.258	6.749	6.750	7.200
Gebarungserfolg	+118	+ 20	+ 93	+173	+125	-152	- 30	-180

Davon Zuwendungen aus dem Ausgleichsfonds: ¹⁾ 9 Millionen Schilling, ²⁾ 12 Millionen Schilling, ³⁾ 22 Millionen Schilling, ⁴⁾ 19 Millionen Schilling, ⁵⁾ 5 Millionen Schilling.

Die Übersicht läßt die Frage entstehen, welche Gründe für die rasche Verschlechterung der finanziellen Lage maßgebend sind.

Als Hauptursache muß die Tatsache angeführt werden, daß die Einnahmensteigerung hinter der Ausgabensteigerung zurückbleibt, was wieder darin seine Begründung hat, daß die Höchstbeitragsgrundlage seit Mai 1960 mit 100 S pro Kalendertag, das sind 3000 S für den Kalendermonat, unverändert geblieben ist. Lohnerhöhungen, die sich über 3000 S abspielen, bewirken daher keine Erhöhung der Einnahmen der Krankenversicherungsträger. Immer mehr Versicherte haben in den letzten Jahren Beitragsgrundlagen von über 3000 S erreicht, so daß trotz der nicht unbeachtlichen Lohnerhöhungen der letzten Jahre die Krankenversicherungsträger nur verhältnismäßig bescheidene Einnahmensteigerungen erzielen konnten. Auch hierüber gibt die Tabelle 1 Aufschluß. Es ist richtig, daß durch das Stagnieren der Höchstbeitragsgrundlage auch die von der Bemessungsgrundlage abhängigen Geldleistungen nur von maximal 3000 S monatlich bemessen werden. Dieser „Ersparungseffekt“ fällt aber nicht so sehr ins Gewicht,

weil der Aufwand für Krankenunterstützungen erst an vierter Stelle der Ausgaben steht. Den höchsten Aufwand verursachen die von der Bemessungsgrundlage unabhängigen Ausgaben für ärztliche Hilfe, für Anstaltspflege und für Heilmittel. Diese Aufwendungen sind aber der Lohnentwicklung gefolgt, häufig sogar kräftiger als die Löhne gestiegen. Daraus resultiert ein immer stärkeres Auseinanderklaffen zwischen Einnahmen und Ausgaben, das schließlich in Verbindung mit der letzten Honorarerhöhung für die ärztlichen und sonstigen Vertragspartner zu einem Abgang im Jahre 1968 von schätzungsweise 180 Millionen Schilling führen würde. Würden für das Jahr 1968 keine Mehreinnahmen erschlossen, wären nur wenige Krankenversicherungsträger in der Lage, ohne Hilfe des Ausgleichsfonds ihre gesetzlichen Verpflichtungen zu erfüllen. Zuwendungen aus diesem Fonds sollen aber nicht zur Regel werden — abgesehen davon, daß bei einer so hohen Inanspruchnahme die Finanzreserven des Fonds bald erschöpft wären — sondern auf Ausnahmefälle beschränkt bleiben.

Wie sich die Abgänge auf die einzelnen Kassengruppen verteilen würden, zeigt die nachstehende Tabelle:

669 der Beilagen

15

Tabelle 2

Gebarung der ASVG.-Krankenkassen im Jahre 1968

(auf Grund der derzeitigen Gesetzeslage)

	Alle ASVG.- Krankenkassen	Gebiets- kran- ken- kassen	Betriebs- kran- ken- kassen	Land- wirtschafts- kran- ken- kassen	Versicherungs- anstalt der öster- reichischen Eisen- bahnen, Abt. A	Versicherungs- anstalt des öster- reichischen Berg- baues
	Millionen Schilling					
Einnahmen:						
Beiträge der pflichtver- sicherten Erwerbstätigen .	4.650	4.250	95	180	60	65
Sonstige Beiträge	1.820	1.540	55	155	21	49
Übrige Einnahmen	550	485	15	30	9	11
Summe...	7.020	6.275	165	365	90	125
Ausgaben:						
Versicherungsleistungen	6.750	6.005	179	335	84	147
Übrige Ausgaben	450	390	1	45	6	8
Summe...	7.200	6.395	180	380	90	155
Gebarungserfolg	-180	-120	- 15	- 15	0	- 30

Bei der geschilderten Situation liegt es nahe, den Hebel für die Erschließung neuer Einnahmen zunächst bei der Höchstbeitragsgrundlage anzusetzen. Es ist vorgesehen, die Höchstbeitragsgrundlage mit Beginn der Beitragsperiode Jänner 1968 von 100 auf 120 S täglich, das ist von 3000 auf 3600 S monatlich, hinaufzusetzen.

Diese Maßnahme ist aber auch unter dem Gesichtspunkt der Beseitigung der Unterversicherung dringend notwendig. Im Jänner 1967 hatten nämlich bereits 61'8% aller Angestellten und 47'3% aller Arbeiter, zusammen also 52'2% der versicherten Erwerbstätigen, Entgelte über der Höchstbeitragsgrundlage. Das Krankengeld, das in diesen Fällen gebührt, erfüllt daher nicht mehr die ihm zugedachte Funktion eines zur Aufrechterhaltung der gewohnten Lebensführung ausreichenden Ersatzes für den fehlenden Arbeitsverdienst.

Allein die Hinaufsetzung der Höchstbeitragsgrundlage wird den ASVG.-Krankenkassen im Jahre 1968 Mehreinnahmen von rund 550 Millionen Schilling bringen. Die von der Beitragsgrundlage abhängigen Barleistungen (Kranken-, Familien- und Sterbegeld) werden sich damit automatisch um rund 130 Millionen Schilling erhöhen, so daß Nettomehreinnahmen von 420 Millionen Schilling verbleiben werden. Als weitere Maßnahme ist die Erhöhung der Rezeptgebühr — sie ist seit dem Jahre 1956 unverändert mit 2 S pro Verordnung festgesetzt — auf 4 S zu

nennen, die Mehreinnahmen von 90 Millionen Schilling bewirken wird. Schließlich ist noch die Erhöhung des Pauschbetrages nach § 319 a zu erwähnen, so daß insgesamt mit Nettomehreinnahmen in der Höhe von 550 Millionen Schilling gerechnet werden kann.

Die Erschließung von Mehreinnahmen in dieser Höhe macht auch einige Leistungsverbesserungen möglich, die zum Teil schon seit Jahren von den Versicherten verlangt werden. Zu erwähnen sind insbesondere die Verlängerung der Höchstdauer für den Krankengeldanspruch von 52 auf 78 Wochen, die Übernahme der vollen Verpflegskosten für Angehörige ab dem 29. Tag einer ununterbrochenen Anstaltspflege, eine Erhöhung des Entbindungsbeitrages, des Taggeldes und des Mindestbetrages des Sterbegeldes. Diese Leistungsverbesserungen werden insgesamt Mehrausgaben in der Höhe von 78 Millionen Schilling bewirken, so daß nach Durchführung des Gesamtprogramms im Jahre 1968 mit einem Gebarungüberschuß von 292 Millionen Schilling gerechnet werden kann. Dieser scheinbar hohe Gebarungüberschuß könnte zu der Annahme verleiten, daß auf die eine oder andere Maßnahme zur Verbesserung der Einnahmensituation der Krankenversicherungsträger hätte verzichtet werden können. Ein solcher Schluß wäre aber voreilig. Die Krankenversicherungsträger sollen nämlich einen Teil des Betrages von 292 Millionen Schilling dazu verwenden, im Jahre 1968 die

16

669 der Beilagen

Verpflegskostensätze anzuheben, um die Auf die einzelnen Kassengruppen aufgeteilt, Finanzmisere der Spitäler bzw. der Spitalserhalter werden sich die in Aussicht genommenen Maßnahmen wie folgt auswirken: nicht noch mehr zu verschärfen.

Tabelle 3

Aufteilung der finanziellen Auswirkungen der Novelle auf die einzelnen Kassengruppen

	Alle ASVG-, Krankenkassen	Gebiets- kranken- kassen	Betriebs- kranken- kassen	Land- wirtschafts- kranken- kassen	Versicherungs- anstalt der öster- reichischen Eisen- bahnen, Abt. A	Versicherungs- anstalt des öster- reichischen Berg- baues
	Millionen Schilling					
Mehreinnahmen.....	680	614	21	20	8	17
Mit der Erhöhung der Höchst- beitragsgrundlage verbun- dene Mehrausgaben	130	112	6	5	2	5
daher Netto-Mehreinnahmen	550	502	15	15	6	12
Mehrausgaben durch Lei- stungsverbesserungen	78	70	1	5	1	1
Verbleibende Netto-Mehr- einnahmen auf Grund der Novelle	472	432	14	10	5	11
Gebarungsabgang bei unge- änderter Gesetzeslage.....	180	120	15	15	—	30
Gebarungserfolg auf Grund der Novelle	+ 292	+ 312	— 1	— 5	+ 5	— 19

Aus dieser Tabelle ist ersichtlich, daß vor allem die Landwirtschaftskrankenkassen, aber auch die Betriebskrankenkassen trotz der Sanierungsmaßnahmen nicht in der Lage sein werden, ihren Leistungsverpflichtungen nachzukommen. Für die Aufrechterhaltung des finanziellen Gleichgewichtes der Betriebskrankenkassen trifft § 445 ASVG. Vorsorge. Das finanzielle Gleichgewicht der Landwirtschaftskrankenkassen soll dadurch hergestellt werden, daß diese Kassen, aber auch alle anderen am Ausgleichsfonds beteiligten Versicherungsträger unter bestimmten Voraussetzungen einen Anspruch auf Zuwendungen aus dem Ausgleichsfonds erhalten. Bezüglich der näheren Einzelheiten wird auf die Begründung zu den §§ 447 a ff. verwiesen.

Neben den Maßnahmen zur Erschließung erhöhter Einnahmen bei den Krankenversicherungsträgern ist noch die Änderung des § 94 ASVG., der das Ruhen von Pensionsansprüchen bei Zusammentreffen eines Pensionsanspruches mit Erwerbseinnahmen behandelt, besonders zu erwähnen. Diese Bestimmung mit der ihr anhaftenden Problematik hat den Gegenstand von zwei Informationsgesprächen im Bundesministerium für soziale Verwaltung gebildet, an denen alle Interessenvertretungen und die bedeutendsten Berufsvereinigungen der Dienstgeber und Dienstnehmer teilgenommen haben. Das Ergebnis dieser beiden Informationsgespräche, soweit es

von der überwiegenden Zahl der Teilnehmer gebilligt wurde, findet in der vorliegenden Novelle seinen Niederschlag.

Die Ruhensbestimmung wird grundsätzlich aufrechterhalten, jedoch durch Anhebung der beiden in Betracht kommenden Grenzbeträge wesentlich gemildert. Unter Zugrundelegung der Richtzahl für 1968 wird der Grenzbetrag von 1157 S auf 1915 S und der Grenzbetrag von 2892 S auf 3405 S erhöht. Das bedeutet, daß die Zahl der Ruhensfälle um rund 10.000 verringert wird, wobei im wesentlichen Bezieherinnen von Witwenpensionen in Hinkunft bessergestellt sein werden. Bei den beiden erwähnten Informationsgesprächen wurde auch Übereinstimmung darüber erzielt, den Freibetrag für jedes Kind des Anspruchsberechtigten, für das er Beihilfen nach den Bestimmungen über den Familienlastenausgleich bezieht, zu erhöhen. Dieser Anregung wird Rechnung getragen und der Freibetrag von 231 S auf 532 S erhöht.

Bezüglich aller anderen Änderungen wird auf die einzelnen Erläuterungen verwiesen.

Zu Art. I Z. 1:

Die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt hat schon vor längerer Zeit im Wege des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger das Bundesministerium für soziale Verwaltung ersucht, dafür einzutreten, daß jene Personen, denen im Rahmen der Berufsfürsorge

eine berufliche Ausbildung zur Wiedergewinnung oder Erhöhung ihrer Arbeitsfähigkeit gewährt wird, vollversichert werden. Dies selbstverständlich nur dann, wenn sie nicht schon auf Grund der Ausbildung als Dienstnehmer oder als Lehrlinge vollversichert sind. Die praktischen Erfahrungen haben gezeigt, daß es dem Gedanken der beruflichen Ausbildung förderlich ist, wenn der Betroffene weiß, daß ihm schon die im Rahmen der Ausbildung zurückgelegten Zeiten versicherungsrechtlich zugute kommen. Die gleichen Überlegungen gelten auch für Zeiten der von den Pensionsversicherungsträgern gewährten Rehabilitation (§ 300 a).

Bergführer und Fremdenführer sind gegenwärtig nur dann nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz vollversichert, wenn sie diese Tätigkeit hauptberuflich ausüben und nicht Mitglieder einer Kammer der gewerblichen Wirtschaft sind. Letztere Einschränkung wurde im Zusammenhang mit der Schaffung des Gewerblichen Selbständigen-Pensionsversicherungsgesetzes aus der Überlegung verfügt, daß Berg- und Fremdenführer für den Fall der Kammerzugehörigkeit sozialversicherungsrechtlich so wie alle anderen Kammermitglieder behandelt, daß heißt nach dem GSPVG. pensionsversichert und nach § 8 Abs. 1 Z. 3 lit. a ASVG. unfallversichert sein sollen. Selbstverständlich ist immer nur an jene Fälle gedacht worden, in denen die Kammermitgliedschaft auf der Berechtigung zur Ausübung der Tätigkeit eines Berg- oder Fremdenführers beruht. Nun gibt es aber, wie der Verband der österreichischen Berg- und Skiführer mitteilt, Bergführer, die nicht auf Grund dieser, sondern wegen der Berechtigung zur Ausübung einer anderen selbständigen Erwerbstätigkeit Mitglieder einer Kammer der gewerblichen Wirtschaft sind. Es war nicht beabsichtigt, auch in solchen Fällen keinen Versicherungsschutz nach dem ASVG. bestehen zu lassen.

Zu Art. I Z. 2:

Die im Entwurf vorgeschlagene Fassung für § 5 Abs. 1 Z. 2 unterscheidet sich vom geltenden Gesetzeswortlaut durch das Fehlen der Worte „soweit sie nicht nach der Sonderregelung für die Versicherung der unständig beschäftigten Arbeiter in der Land- und Forstwirtschaft vollversichert sind“. Diese Worte haben schon durch die mit der 9. Novelle, BGBl. Nr. 13/1962, erfolgten Änderung der angeführten Bestimmungen (§§ 461 ff.) ihre Bedeutung verloren, sodaß sie im Interesse der Bereinigung des Gesetztextes ersatzlos gestrichen werden können.

Die Bestimmungen des § 5 Abs. 2 haben den Gesetzgeber zuletzt im Zuge der Gesetzwerdung des Pensionsanpassungsgesetzes (PAG.), BGBl. Nr. 96/1965, beschäftigt. Dort sind mit Wirksamkeit ab 1. Jänner 1966 die für die Frage der Geringfügigkeit einer Beschäftigung relevanten

Verdienste mit 35 S bzw. 105 S bzw. 455 S festgesetzt worden. Hierbei ist, der seit Verabschiedung des Stammgesetzes eingeschlagenen Übung folgend, auf die Bewertung des Sachbezuges der vollen freien Station für Zwecke der Lohnsteuer Bedacht genommen worden, die gemäß § 50 ASVG. auch für den Bereich der Sozialversicherung gilt. Dadurch, daß der Monatswert für die Beurteilung der Geringfügigkeit und damit der Versicherungspflicht unter 465 S — dies war damals der Wert des Sachbezuges der vollen freien Station — blieb, wurde sichergestellt, daß alle in der Land- und Forstwirtschaft bloß gegen volle freie Station beschäftigten Arbeitnehmer vollversichert waren.

Die laufende Anpassung der drei in Rede stehenden Beträge mit der Richtzahl schien, wie in der Begründung zum PAG. ausgeführt wird, nicht zweckmäßig, „weil es sich hier um Beträge handelt, die im Laufe der Zeit in das Bewußtsein der Versicherten eindringen sollen, was nur dann zu erwarten ist, wenn die Grenzwerte durch längere Zeit hindurch unverändert bleiben. Es ist aber in Aussicht genommen, diese Beträge unter Bedachtnahme auf die Lohnentwicklung und die Festsetzung der Bewertung des Sachbezuges der vollen freien Station fallweise durch einen besonderen Akt des Gesetzgebers zu erhöhen“.

Mit Wirksamkeit ab 1. Jänner 1968 wird der Wert der vollen freien Station für Zwecke des Steuerabzuges vom Arbeitslohn und damit für Zwecke der Sozialversicherung für Arbeitnehmer, die nicht der Pensionsversicherung der Angestellten unterliegen, 666 S, für Arbeitnehmer, die der Pensionsversicherung der Angestellten unterliegen, 711 S betragen. Im Hinblick auf diese Änderung und die Lohnentwicklung seit der letzten Festsetzung ist im Sinne der vorstehend wiedergegebenen Begründung zum PAG. auch wieder eine Erhöhung der gegenständlichen Grenzbeträge notwendig. Geht man von einem Monatswert von 650 S aus, kommt man bei Beibehaltung der gegenwärtig geltenden Relationen zu einem Tageswert von 50 S und zu einem Wochenwert von 150 S. Es muß zugegeben werden, daß die allgemeine Lohnentwicklung seit 1965 zu einer geringeren Aufwertung führen würde; es ist jedoch zu berücksichtigen, daß die in Aussicht genommenen Grenzbeträge wieder einige Jahre in Geltung bleiben sollen, sodaß eine leichte Überhöhung gegenüber der Lohnentwicklung bis 1967 durchaus der bisherigen Praxis entspricht.

Für jene Personen, die auf Grund der neuen Bestimmungen nicht mehr der Pflichtversicherung unterliegen würden, wird nach dem Vorbild des Art. IV Abs. 1 PAG. in einer Übergangsbestimmung der Weiterbestand der bisherigen Pflichtversicherung angeordnet.

Zu Art. I Z. 3:

Mit der Änderung des § 8 Abs. 1 Z. 3 lit. c wird den Änderungen in der Schulorganisation, wie sie im Bundesgesetz, BGBl. Nr. 242/1962, verankert sind, Rechnung getragen.

Einige Interessenvertretungen der Dienstnehmer haben die Einbeziehung der Mitglieder ihrer Organe in die gesetzliche Unfallversicherung mit dem Hinweis verlangt, daß es sich in der Regel um Personen handle, die zwar auf Grund ihrer beruflichen Tätigkeit den Schutz der Unfallversicherung genießen, in Ausübung ihres Mandates aber nicht geschützt seien. Die Unfallhäufigkeit sei zwar nicht groß, die Unfallfolgen im Einzelfall aber oft katastrophal. Da es sich um eine ehrenamtliche Tätigkeit handle, sei es recht und billig, den in Betracht kommenden Personen einen Unfallversicherungsschutz bei Ausübung der ihnen auf Grund ihres Mandates obliegenden Pflichten einzuräumen. Diesem Vorbringen kann die Berechtigung nicht abgesprochen werden. Dem vereinzelt vorgebrachten Wunsch nach einer „beitragsfreien“ Unfallversicherung soll jedoch aus verfassungsrechtlichen Überlegungen und auch wegen der Beispielfolgen nicht Rechnung getragen werden. Dem Vorbild der nach § 8 Abs. 1 Z. 3 lit. e teilversicherten Versicherungsvertreter folgend, wird der Jahresbeitrag mit 50 S festgesetzt; die Beiträge werden zur Gänze von der in Betracht kommenden gesetzlichen beruflichen Vertretung zu tragen sein.

Zu Art. I Z. 4:

Die gegenständlichen Änderungen im § 10 stehen im Zusammenhang mit

- a) der Einführung der Vollversicherung für Personen, die Leistungen der beruflichen Ausbildung erhalten,
- b) der Einführung der Teilunfallversicherungspflicht für Kammerräte und
- c) der geltenden Schulorganisation, wie sie sich aus dem Bundesgesetz, BGBl. Nr. 242/1962, ergibt.

Zu Art. I Z. 5:

Wie schon eingangs der Erläuternden Bemerkungen ausgeführt wurde, besteht die Absicht, in den ersten Monaten des Jahres 1968 den Entwurf einer 22. Novelle zum ASVG. zur Stellungnahme zu versenden. In diesem Entwurf soll unter anderem auch § 16 über die Weiterversicherung in der Krankenversicherung einige Änderungen, die sich als notwendig bzw. zweckmäßig ergeben haben, erfahren. Unter anderem soll die Frist für die Geltendmachung des Rechtes auf Weiterversicherung von drei auf sechs Wochen verlängert werden. Eine Frist von ähnlicher Bedeutung findet sich im § 18 über die Selbstversicherung.

Da § 18 schon jetzt, wie in lit. a und b vorgesehen, ergänzt werden soll, scheint es zweckmäßig, auch die Frist des Abs. 4 an die für § 16 in Aussicht genommene Frist anzugleichen, um im Zuge der 22. Novelle nicht neuerlich § 18 abändern zu müssen.

Bei der Änderung unter lit. a wird lediglich darauf Bedacht genommen, daß eine Ehe auch durch Nichtigerklärung enden kann. In lit. b soll die Witwe nach einem selbständig Erwerbstätigen, der von der Möglichkeit der Selbstversicherung Gebrauch gemacht hatte, in die Lage versetzt werden, die Selbstversicherung ihres verstorbenen Gatten fortzusetzen. Sie wird damit — was nur recht und billig scheint — der geschiedenen Gattin eines selbstversicherten selbstständig Erwerbstätigen gleichgesetzt. Entschließt sich eine nach § 18 Abs. 1 Z. 2 oder 3 zur Selbstversicherung berechtigte Person, von der Möglichkeit des Beitrittes Gebrauch zu machen, soll ihre Versicherung an die Versicherung des früheren bzw. des verstorbenen Ehegatten anschließen.

Zu Art. I Z. 6:

Im § 19 a wird lediglich ein Zitierungsfehler (§ 5 Abs. 2) eliminiert und der Wortlaut an den Text des § 5 Abs. 2 („ein Entgelt von höchstens...“) angepaßt.

Zu Art. I Z. 7:

In lit. a wird lediglich der Ausdruck „öffentlich-rechtliche Interessenvertretung“ durch den der Bundesverfassung gemäßen Ausdruck „gesetzliche berufliche Vertretung“ ersetzt.

In lit. b wird der geltende Gesetzeswortlaut des § 26 Abs. 1 Z. 2 durch eine neue lit. k ergänzt. Hiedurch wird ein bereits bestehender Zustand legalisiert.

In der lit. c erhält § 26 Abs. 2 eine neue Fassung. Damit wird, einer Anregung des Österreichischen Landarbeiterkammertages folgend, für sämtliche Krankenkassen — von Bedeutung wird die Neuregelung vor allem für die Landwirtschafts- und Krankenkassen sein — die gleiche Rechtslage hergestellt, wie sie im derzeitigen Abs. 2 in favorem der Gebietskrankenkassen bereits besteht.

Die Änderungen unter lit. d und e stehen mit der Einführung der Vollversicherung für jene Personen in Zusammenhang, denen ein Träger der Unfallversicherung oder der Pensionsversicherung Leistungen der beruflichen Ausbildung gewährt. Bei der Regelung der sachlichen Zuständigkeit der Krankenversicherungsträger wurde davon ausgegangen, daß auch solche Personen bei jenem Krankenversicherungsträger versichert bleiben sollen, bei dem sie zuletzt krankenversichert waren.

Zu Art. I Z. 8:

Diese Regelung steht mit der Einbeziehung der Mitglieder der Organe der gesetzlichen beruflichen Vertretungen (§ 8 Abs. 1 Z. 3 lit. g in der Fassung des Entwurfes) in Zusammenhang.

Zu Art. I Z. 9:

Die beiden Zitierungsänderungen im § 29 stehen damit in Zusammenhang, daß durch das Pensionsanpassungsgesetz, BGBl. Nr. 96/1965, § 247 ersatzlos aufgehoben worden ist.

Zu Art. I Z. 10:

Die Administration der Sozialversicherung wird in Zukunft nur dann befriedigend durchgeführt werden können, wenn sie alle Mittel der modernen Bürotechnik einsetzt. Dazu gehören vor allem die Speicherung der Daten durch elektronische Anlagen. Um die notwendigen bürotechnischen Voraussetzungen hierfür zu schaffen, muß der Hauptverband in dieser Hinsicht auf die Versicherungsträger bestimmend Einfluß nehmen können. Unerläßliche Voraussetzung für eine zentrale Datenspeicherung ist die Einführung von einheitlichen Versichertennummern für den gesamten Bereich der Sozialversicherung. Alle diese Rationalisierungsmaßnahmen erfordern eine Erweiterung der Kompetenzen des Hauptverbandes in der vorgeschlagenen Weise.

Zu Art. I Z. 11:

Die Änderung unter lit. a nimmt auf die mit der 20. Novelle, BGBl. Nr. 201/1967, erfolgte Änderung des Versicherungsschutzes der früher im § 8 Abs. 1 Z. 2 genannten Personen Bedacht.

Die Ergänzung unter lit. b steht mit der Einführung der Pflichtversicherung für Personen in Zusammenhang, denen ein Unfall- oder Pensionsversicherungsträger Leistungen der beruflichen Ausbildung gewährt (§ 24 Abs. 1 Z. 8 in der Fassung des Entwurfes).

Zu Art. I Z. 12:

In seinen Erkenntnissen vom 17. Oktober 1962, GZ. 193/1962, und vom 7. November 1962, GZ. 836/1962, hat der Verwaltungsgerichtshof ausgesprochen, daß Meldungen nach § 56 auch telefonisch erstattet werden können. Daraus könnte gefolgert werden, daß auch für die Meldungen nach § 41 keine Schriftlichkeit erforderlich sei. Die Verwaltung der Versicherungsträger ist jedoch auf schriftliche Meldungen angewiesen.

Zu Art. I Z. 13:

Die Änderungen unter lit. a und b sollen Unzulänglichkeiten, die der geltenden Regelung anhaften, beseitigen. Die Methodik des Beitragsinzuges und alle damit zusammenhängenden

Fragen sind nicht nur für die Dienstgeber, die Versicherten und die einhebenden Versicherungsträger außerordentlich bedeutsam, sondern auch außerordentlich problematisch, weil das Leben eine solche Vielfalt von Lohnzahlungsmodalitäten kennt, daß es nicht möglich ist den gesamten Komplex im Gesetz selbst zu regeln. Es soll daher noch mehr als bisher dem Versicherungsträger die Möglichkeit gegeben werden, in seiner Satzung — die bekanntlich Verordnungscharakter hat — den örtlichen Gepflogenheiten Rechnung zu tragen und überdies in Sonderfällen Vereinbarungen mit dem Dienstgeber zu treffen. Solche Regelungen sind im Hinblick auf Artikel 18 des Bundesverfassungsgesetzes naturgemäß nicht problemfrei; es wurde jedoch versucht, die Satzungsermächtigungen und auch die Ermächtigungen zum Abschluß von Sondervereinbarungen mit den Dienstgebern so zu umschreiben, daß sie verfassungsgemäß sind.

Nach dem Entwurf wird für die neu in die Vollversicherung einbezogenen, in beruflicher Ausbildung (§ 199 und § 300 a) stehenden Personen eine einheitliche Beitragsgrundlage von 70 S — somit eine monatliche Beitragsgrundlage von 2100 S — festgesetzt. In der Regel werden die in Rede stehenden Personen über ein Einkommen verfügen, das sich aus der Rente bzw. Pension und allenfalls aus einem Beitrag nach § 199 Abs. 2 zusammensetzt. Auf dieses Einkommen als Beitragsgrundlage zu greifen, scheint aber wenig sinnvoll (eine Leistung der Sozialversicherung soll nicht Grundlage von Beiträgen sein, die wieder an die Sozialversicherung zurückfließen). Es scheint daher das Einfachste, die Beitragsgrundlage für die Rehabilitanten im Gesetz festzusetzen. Was die Erhöhung der „Mindestbeitragsgrundlage“ von 20 S auf 30 S anlangt, wurde davon ausgegangen, daß auch dieser Betrag fallweise der Lohnentwicklung entsprechend erhöht werden muß, soll nicht zwischen der Beitragsleistung und den zu erwartenden Leistungen eine zu große Diskrepanz entstehen. Die „Mindestbeitragsgrundlage“ von 20 S ist im Jahre 1960 mit Wirksamkeit ab Beginn der Beitragsperiode Jänner 1961 festgesetzt worden. Der Aufwertungsfaktor (§ 108 c) für 1960 wird im Jahre 1968 1'539 betragen, was auf den Betrag von 20 S angewendet, einen Betrag von 30'78 S, also gerundet 30 S ergäbe. Es ist zwar richtig, daß die Höchstbeitragsgrundlage unter Berücksichtigung anderer Überlegungen erhöht wird; dort gilt aber nicht im gleichen Ausmaß wie für die Mindestbeitragsgrundlage das Auseinanderklaffen zwischen Beitrag und Leistung.

Zu Art. I Z. 14:

Wie bereits eingangs der Erläuternden Bemerkungen ausgeführt wurde, folgt aus der Erfahrung der letzten Jahre, daß auch in der Kranken-

versicherung — so wie dies für die Pensions- und Unfallversicherung bis zum Pensionsanpassungsgesetz gegolten hat — eine durch längere Zeit unverändert bleibende Höchstbeitragsgrundlage Nachteile für die Versicherten, aber auch für die finanzielle Situation der Versicherungsträger mit sich bringt. Andererseits erschien es im Hinblick auf die besonderen Verhältnisse in der Krankenversicherung noch nicht angebracht, hinsichtlich der Entwicklung der Höchstbeitragsgrundlage die gleiche Automatik einzuführen, wie sie seit dem Pensionsanpassungsgesetz für die Höchstbeitragsgrundlage in der Unfall- und Pensionsversicherung gilt. Es soll daher vorerst für die nächsten zwei Jahre die Höchstbeitragsgrundlage in der Krankenversicherung erhöht und betragsmäßig im Gesetz festgesetzt werden.

Die Festsetzung der Höchstbeitragsgrundlagen in der Krankenversicherung für die späteren Jahre soll einem weiteren Schritt des Gesetzgebers vorbehalten bleiben, sobald die Erfahrungen zeigen, ob der nunmehr eingeschlagene Weg zweckentsprechend ist.

Finanziell würden — soweit dies gegenwärtig überhaupt schon abgeschätzt werden kann — allein aus der Erhöhung der Obergrenze, also unter Außerachtlassung der Steigerung der allgemeinen Beitragsgrundlagen auf Grund der Lohnentwicklung, den Krankenversicherungsträgern im Jahre 1968 550 Millionen Schilling und im Jahre 1969 250 Millionen Schilling an Mehreinnahmen zufließen.

Selbstverständlich wird mit der Hinaufsetzung der Höchstbeitragsgrundlage automatisch ein Mehraufwand bei allen jenen Leistungsarten eintreten, deren Höhe von der Bemessungsgrundlage abhängt. Das gilt besonders für das Kranken-, Familien- und Sterbegeld. Für 1968 ist aus diesem Titel mit Mehrausgaben in der Höhe von 130 Millionen Schilling zu rechnen, sodaß die Erhöhung der Höchstbeitragsgrundlage von 100 S auf 120 S (monatlich von 3000 S auf 3600 S) Nettomehreinnahmen von 420 Millionen Schilling bringen wird.

Zu Art. I Z. 15:

Die Bundeskammer der gewerblichen Wirtschaft regt seit langem eine Revision der Bestimmungen des § 48 an, in denen sie neben Verzugszinsen und Beitragszuschlag eine weitere Strafsanktion gegen den aus irgendwelchen Gründen säumig gewordenen Dienstgeber erblickt.

Daß dem § 48 ein solcher Effekt de facto innewohnt, kann nicht geleugnet werden. Daß es als unbillig empfunden wird, wenn der Dienstgeber, der ohne Verschulden etwa eine Änderungsmeldung verabsäumt hat, die Beiträge nach den im Zeitpunkt der Nachberechnung geltenden Vorschriften — und zwar sowohl der kollektiv-

vertraglichen als auch der sozialversicherungsrechtlichen — nachzuzahlen hat, ist ebenfalls verständlich. Andererseits darf nicht übersehen werden, daß § 48 doch in einem gewissen Ausmaß mit dazu beiträgt, daß das Meldewesen im allgemeinen gut funktioniert.

Es war daher eine Lösung zu suchen, die einerseits dem Anliegen der Dienstgeber Rechnung trägt und die andererseits auch die vorhin erwähnte Wirkung des § 48 aufrechterhält. Diese Lösung scheint dem Bundesministerium für soziale Verwaltung darin gelegen, daß § 48 aufgehoben und dafür in den Fällen des schwersten Meldeverstößes, dann also, wenn die Pflicht zur Anmeldung zur Pflichtversicherung verletzt wird, ein Beitragszuschlag vorgeschrieben werden muß (siehe § 113 in der Fassung des Entwurfes).

Zu Art. I Z. 16:

In der 19. Novelle, BGBl. Nr. 67/1967, konnten einige Begriffsbestimmungen des § 49 Abs. 3 an die Einkommensteuergesetzgebung angepaßt werden. Das Einkommensteuergesetz 1967, BGBl. Nr. 268, enthält in drei Punkten abweichende Textierungen. § 49 Abs. 3 Z. 8, 12 und 20 sollen an die entsprechenden Bestimmungen des Einkommensteuergesetzes 1967 angepaßt werden. Die Änderung des Abs. 3 Z. 9 war im Hinblick auf die Ergänzung des § 143 Abs. 5 notwendig.

Die Neufassung des § 49 Abs. 3 Z. 12 bringt auf Vorschlag des Hauptverbandes eine vollständige Anpassung an das Einkommensteuergesetz 1967, zumal ein zwingender Grund oder ein echtes sozialpolitisches Bedürfnis, die bisher beitragsfreien Zuschüsse des Dienstgebers zur Verbilligung von Mahlzeiten über das Steuerrecht hinaus weiterhin beitragsfrei zu belassen, nicht besteht.

Zu Art. I Z. 17:

Diese Zitierungsänderungen stehen mit der durch die 20. Novelle, BGBl. Nr. 201/1967, erfolgten Änderung des § 4 in Zusammenhang.

Zu Art. I Z. 18:

Es handelt sich lediglich um die Berichtigung der Zitierung, die deshalb notwendig ist, weil § 51 Abs. 2 nur die Krankenversicherung, nicht aber die hier in Rede stehende Unfallversicherung, betrifft.

Zu Art. I Z. 19:

Die Bundeskammer der gewerblichen Wirtschaft hat darauf hingewiesen, daß die achttägige Zahlungsfrist im § 59 allgemein zu kurz sei und in vielen Fällen auch bei Zahlungsbereitschaft zu diesem Zeitpunkt die Summe der tatsächlich geschuldeten Beiträge noch nicht ermittelt werden

könne. Sie schlägt eine Verlängerung der acht-tägigen Frist auf zwei Wochen vor. Diesem Wunsch kommt grundsätzlich Berechtigung zu. Es kann ihm aber aus finanziellen Überlegungen nicht voll Rechnung getragen werden.

Es ist davon auszugehen, daß alle Dienstgeber von der verlängerten Einzahlungsfrist Gebrauch machen und vor allem die Krankenversicherungsträger daher mit Wirksamkeitsbeginn der geänderten Bestimmung durch sechs Tage hindurch ohne Beitragseinnahmen bleiben würden. Die Verpflichtungen dieser Träger würden jedoch unverändert mit einem täglichen Aufwand von rund 20 Millionen Schilling weiterlaufen. Die Verlängerung der Frist um volle sechs Tage würde somit bewirken, daß die Krankenkassen ihre liquiden Reserven um 120 Millionen Schilling vermindern müßten. Damit würden aber einige finanzschwächere Kassen in den Zustand der Illiquidität versetzt. Es erscheint daher lediglich eine Verlängerung der Frist um drei Tage möglich.

Über Ersuchen der Bundeskammer der gewerblichen Wirtschaft im Begutachtungsverfahren wird § 59 dadurch noch weiter entschärft, daß § 108 Abs. 3 der BAO. entsprechend gelten soll. Fällt das Ende der elftägigen Zahlungsfrist auf einen Samstag, Sonntag, gesetzlichen Feiertag oder auf einen Karfreitag, wird daher der nächste Werktag als letzter Tag der Zahlungsfrist anzusehen sein.

Ferner wird im neuen Abs. 2 die Anregung des Hauptverbandes berücksichtigt, die Versicherungsträger zu ermächtigen, aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung Verzugszinsen, die den Betrag von 10 S nicht übersteigen, auch nicht vorzuschreiben. Hiebei werden jeweils die Verzugszinsen zu berücksichtigen sein, die für die Beiträge eines Beitragszeitraumes aufgelaufen sind.

Zu Art. I Z. 20:

Zu § 68 Abs. 1 hat die Bundeskammer der gewerblichen Wirtschaft zwei Änderungswünsche vorgebracht, und zwar die Verkürzung der zehnjährigen Verjährungsfrist und die Einschränkung der Voraussetzungen für die Anwendung der langen Verjährungsfrist. Beiden Forderungen soll entsprochen und die zehnjährige Verjährungsfrist auf sieben Jahre herabgesetzt und diese Verjährungsfrist nur angewendet werden, wenn der Dienstgeber keine oder bewußt unwahre Angaben gemacht hat.

Zu Art. I Z. 21:

Aus dem Kreis der im Ausland lebenden Pensionisten wird immer wieder Klage darüber geführt, daß ihrem „Krankenkassenbeitrag“, der von der Pension einbehalten wird, keine Leistungspflicht der Kassen gegenüberstehe. Dieses

Argument ist richtig, weil nach § 8 Abs. 1 Z. 1 die Bezieher einer Pension nur dann in der Krankenversicherung teilversichert sind, wenn und solange sie sich ständig im Inland aufhalten. Da diese Rechtslage bedenklich erscheint, soll von Pensionen, die ins Ausland überwiesen werden, in Hinkunft grundsätzlich kein Betrag für Zwecke der Krankenversicherung mehr einbehalten werden. Die im Entwurf vorgesehene Ausnahme von diesem Grundsatz findet ihre Begründung darin, daß Pensionisten, die in einem Vertragsstaat leben, dort die Leistungen der Krankenversicherung erhalten.

Als Folge der Neuregelung mußte auch der Aufwand für jene Pensionen, von denen in Hinkunft kein Betrag mehr einzubehalten ist, von dem Pensionsaufwand ausgenommen werden, der der Berechnung des Krankenversicherungsbeitrages, den die Pensionsversicherungsträger zu leisten haben, zugrunde zu legen ist.

Zu Art. I Z. 22:

Die Änderungen im § 74 betreffen die Beiträge für die neu in die Unfallversicherungspflicht einbezogenen Mitglieder der Organe der gesetzlichen beruflichen Vertretungen. Die Beitragslast trifft die in Betracht kommende gesetzliche berufliche Vertretung. Der Jahresbeitrag beträgt zurzeit 50 S.

Zu Art. I Z. 23:

Durch die Änderung wird auf die durch Art. I Z. 3 der 16. Novelle, BGBl. Nr. 220/1965, geschaffene Rechtslage Bedacht genommen.

Zu Art. I Z. 24:

Mit der 18. Novelle, BGBl. Nr. 168/1966, wurde im § 446 Abs. 1 Z. 4 der Terminus „Kreditunternehmen von anerkanntem Ruf“ beseitigt und der Kreis jener Kreditunternehmen, bei denen die Sozialversicherungsträger Mittel ohne besondere Genehmigung anlegen dürfen, durch eine präzisere Umschreibung abgegrenzt. Die gleiche Umschreibung soll auch für jene Kreditunternehmen gelten, die für die Veranlagung von Mitteln nach § 80 Abs. 4 in Betracht kommen.

Zu Art. I Z. 25:

Das Bundesministerium für soziale Verwaltung hat die Problematik der Ruhensbestimmung des § 94 in zwei Informationsgesprächen im September des Vorjahres und im Juli des laufenden Jahres zur Diskussion gestellt. An diesen Gesprächen nahmen neben den Mitgliedern des Ausschusses für soziale Verwaltung des Nationalrates sämtliche Interessenvertretungen und Vertreter der bedeutendsten Berufsorganisationen der Dienstnehmer und der Dienstgeber teil. Die der Zahl ihrer Mitglieder und ihrer Bedeutung

nach größten Interessenvertretungen haben sich gegen die Aufhebung der Ruhensbestimmungen, wohl aber für deren Lockerung ausgesprochen. Als Lockerungsmaßnahmen wurden im wesentlichen eine kräftige Erhöhung der Grenzbeträge und des Freibetrages für Kinder, die Einführung einer Bonifikation für den Aufschub der Geltendmachung des Pensionsanspruches nach dem Vorbild des § 82 GSPVG. und schließlich die Honorierung der Pflichtbeiträge genannt, die während der Anwendung des § 94 entrichtet werden. Darüber, ob diese Honorierung nach dem Muster des aufgehobenen § 523 oder nach dem Vorbild der Beiträge zur Höherversicherung erfolgen soll, konnte auch anlässlich des letzten Informationsgespräches keine einhellige Auffassung erzielt werden. Die Bundeskammer der gewerblichen Wirtschaft hat ihre beim ersten Informationsgespräch erstatteten Vorschläge auf Bonifikation zurückgezogen und sich angesichts der inzwischen eingetretenen Änderung der wirtschaftlichen Verhältnisse für die unveränderte Beibehaltung des § 94 ausgesprochen.

Das Bundesministerium für soziale Verwaltung ist nach nochmaliger Prüfung des gesamten Problems zu dem Ergebnis gelangt, daß zunächst mit Wirkung ab 1. Jänner 1968 die Grenzbeträge und der Freibetrag für Kinder angehoben werden sollen. Ob die von Pensionisten gezahlten Pflichtversicherungsbeiträge noch zu einer Erhöhung der Leistung des Beitragszahlers führen (derzeit wirken sich solche Beiträge erst bei einer Leistung aus einem später eintretenden Versicherungsfall aus) und bejahendenfalls wie sie honoriert werden sollen, wird noch geprüft. Angesichts der finanziellen Situation des Bundes kann aber, auch wenn die Frage grundsätzlich bejaht wird, mit einer Realisierung nicht vor 1969 gerechnet werden. Dies gilt auch für die Bonifikation. Selbstverständlich hat das Bundesministerium auch das Vorbringen der Bundeskammer in seine abschließenden Erwägungen einbezogen und geprüft, ob nicht die geänderten wirtschaftlichen Verhältnisse gegen jegliche Maßnahmen im Bereich des § 94 sprechen.

Das Österreichische Institut für Wirtschaftsforschung hat eine diesbezügliche Anfrage dahin beantwortet, daß die konjunkturelle Situation des Jahres 1968 der des laufenden Jahres ähnlich sein werde. Es dürfe also bis Ende 1968 mit stärkeren Nachfrageimpulsen auf dem Arbeitsmarkt nicht gerechnet werden. Trotzdem zeige der Arbeitsmarkt ein im großen und ganzen ausgeglichenes Bild. Eine grundlegende Änderung sei nicht zu erwarten, weil das österreichische Arbeitskräftepotential schrumpfe und ausländische Arbeitskräfte in naher Zukunft voraussichtlich weniger in Anspruch genommen werden würden. Im übrigen gelte die geringe Anspannung des Arbeitsmarktes nur allgemein; sie sei regional sehr verschieden. Die Nachfrage im

Raume Wien etwa sei nach wie vor rege. Der Arbeitsmarkt — so führt das Institut abschließend aus — verlange keine generelle Ausweitung des Arbeitskräftepotentials, es bestünden aber auch unter arbeitsmarktpolitischen Gesichtspunkten keine Bedenken, die Ruhensbestimmungen aus sozialpolitischen Überlegungen zu mildern.

Dieser Antwort zufolge sind die Ruhensbestimmungen bzw. die Frage ihrer Lockerung gegenwärtig und für die nächste Zukunft aus dem Blickwinkel der Arbeitsmarktpolitik neutralisiert. Es bleiben somit sozialpolitische und naturgemäß auch finanzielle Überlegungen für das weitere Vorgehen bestimmend.

Untersucht man die Auswirkungen des § 94 nach dieser Richtung, so ergibt sich — bezogen auf die beiden größten Pensionsversicherungsträger — folgendes Bild:

Bei der Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter finden die Ruhensbestimmungen auf rund 12.200 Fälle Anwendung, und zwar sind davon 1700 Alterspensionen, 800 Invaliditätspensionen und 9700 Witwenpensionen betroffen. Die Pensionsversicherungsanstalt der Angestellten zählt rund 10.750 Ruhensfälle, und zwar 2900 Alterspensionen, 850 Berufsunfähigkeitspensionen und 7000 Witwenpensionen. Relativ entfallen also bei der Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter 14% der Ruhensfälle auf Alterspensionen, 6% auf Invaliditätspensionen und 80% auf Witwenpensionen. Bei der Pensionsversicherungsanstalt der Angestellten belaufen sich die entsprechenden Hundertsätze auf 27,8 und 65. Selbstverständlich verzeichnen auch die anderen Pensionsversicherungsträger Anwendungsfälle des § 94, die jedoch weder zahlenmäßig noch finanziell bedeutsam sind.

Der finanzielle Effekt der Ruhensbestimmungen wird bei der Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter und bei der Pensionsversicherungsanstalt der Angestellten im Jahre 1968 zusammen etwa 160 Millionen Schilling brutto betragen. Dieser Betrag verringert sich noch um jene Beträge, die im Wege des Jahresausgleiches (§ 94 Abs. 5) refundiert werden.

§ 94 trifft also überwiegend Bezieherinnen von Witwenpensionen, die größtenteils nicht um ihren Lebensstandard zu verbessern, einer Erwerbstätigkeit nachgehen, sondern um ihren Lebensunterhalt überhaupt bestreiten zu können. Vielfach handelt es sich um Mütter, deren Kinder sich noch in Schul- oder Berufsausbildung befinden und die von den Pensionen nicht leben können. Hier zu helfen ist eine sozialpolitische Notwendigkeit. Werden die beiden in Betracht kommenden Beträge, wie im Entwurf vorgesehen, erhöht — infolge der Aufwertung ab 1. Jänner 1968 mit der für dieses Jahr geltenden

Richtzahl (1,064) werden sich die Beträge tatsächlich auf 1915 S bzw. 3405 S belaufen —, würde sich bei der Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter die Zahl der Ruhensfälle um rund 9000, bei der Pensionsversicherungsanstalt der Angestellten um rund 1000 verringern. Die Lockerung der Ruhensbestimmungen würde überwiegend die Witwenpensionen betreffen. Die Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter schätzt, daß rund drei Viertel aller gegenwärtig vom Ruhen betroffenen Witwenpensionen bei Festsetzung der Grenzbeträge wie im Entwurf vom Ruhen ausgenommen wären. Der Pensionsaufwand würde sich bei dieser Pensionsversicherungsanstalt um etwa 40 bis 45 Millionen Schilling, bei der Pensionsversicherungsanstalt der Angestellten um zirka 10 Millionen Schilling, bei allen ASVG.-Trägern zusammen um insgesamt rund 60 Millionen Schilling erhöhen. Davon entfielen nach der Regelung des § 80 ASVG. auf den Bund rund 16 Millionen Schilling. Für diesen Betrag wird im Bundesfinanzgesetz 1968 Vor-sorge getroffen werden.

Die Schätzung der Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter bzw. die Behauptung, daß die Lockerung der Ruhensbestimmung überwiegend die Witwenpensionen betreffen wird, wird durch folgende Überlegungen erhärtet:

Die durchschnittliche Witwenpension wird im Jahre 1968 in der Pensionsversicherung der Arbeiter rund 780 S, in der Pensionsversicherung der Angestellten rund 1070 S betragen. Die Differenz zu dem aufgewerteten Grenzbetrag für die Summe aus Pension und Erwerbseinkommen (3405 S), die für den Bezug von Erwerbseinkommen ohne Ruhensfolge zur Verfügung steht, macht daher in der Pensionsversicherung der Arbeiter $3405 \text{ S} - 780 \text{ S} = 2625 \text{ S}$, in der Pensionsversicherung der Angestellten $3405 \text{ S} - 1070 \text{ S} = 2335 \text{ S}$ aus. Die Durchschnittsverdienste der Arbeiterinnen werden 1968 etwa 2250 S, die der weiblichen Angestellten etwa 3100 S monatlich betragen. Das heißt, daß in der Pensionsversicherung der Arbeiter zur Durchschnittspension (780 S) noch ein Durchschnittsverdienst (2250 S) hinzutreten kann, ohne daß dies zum Ruhen der Pension (Grenzbetrag 3405 S) führt. In der Pensionsversicherung der Angestellten wird allerdings die Summe aus Durchschnittspension (1070 S) und Durchschnittsverdienst (3100 S) mit 4170 S über dem Grenzbetrag von 3405 S liegen; es wird daher nur bei unterdurchschnittlichen Einkommensverhältnissen zu keinem Ruhen des Grundbetrages kommen.

Ungeachtet dieser Auswirkung im Bereich der Pensionsversicherung der Angestellten ist das Bundesministerium für soziale Verwaltung der Meinung, daß die im Entwurf in Aussicht genommene Anhebung der Grenzbeträge in Anbe-

tracht der finanziellen Situation der Versicherungsträger und des Bundes das Maximum dessen ist, was in Erwägung gezogen werden kann.

Eine wesentliche Erleichterung wird die Anhebung des Freibetrages für Kinder bringen, auf welche die Voraussetzungen des § 94 Abs. 3 zutreffen. Finanziell wird diese Maßnahme angesichts der Größenordnungen, um die es geht, nicht ins Gewicht fallen, sie wird jedoch im Einzelfalle den Betroffenen eine wesentliche finanzielle Erleichterung bringen.

Zu Art. I Z. 26:

Diese Änderung nimmt darauf Bedacht, daß die Leistung des Stillgeldes mit Wirksamkeit ab 1. Jänner 1969 abgeschafft werden wird. Demgemäß wird allerdings auch die gegenständliche Änderung erst mit diesem Zeitpunkt wirksam werden.

Zu Art. I Z. 27:

Es wird als unbefriedigend empfunden, daß eine Rente oder Pension, wenn nicht ein Erlöschensgrund nach § 100 vorliegt, auf alle Fälle noch für den Kalendermonat gebührt, der auf die Zustellung des Entziehungsbescheides folgt. Diese Regelung erscheint insbesondere in jenen Fällen zu weitgehend, in denen der Anspruchsberechtigte vom Eintritt des Entziehungsgrundes Kenntnis oder den Entziehungsgrund selbst gesetzt hat und daher gar nicht mehr damit rechnet, die Leistung noch für einen Monat nach Zustellung des Entziehungsbescheides zu erhalten. Da eine sozialpolitische Notwendigkeit für die verlängerte Leistungsgewährung somit nicht besteht, soll der Leistungsanspruch in solchen Fällen schon mit dem Kalendermonat enden, in dem der Entziehungsgrund eintritt. Ist der Entziehungsgrund in der Wiederherstellung oder Besserung des körperlichen oder geistigen Zustandes des Anspruchsberechtigten gelegen, soll die bisherige Rechtslage beibehalten werden.

Schließlich wurde der Überschrift des § 99 und der Diktion der beiden ersten Absätze folgend im neuen Abs. 3 nicht mehr von der Rente allein gesprochen, sondern von den Leistungen schlechthin.

Zu Art I Z. 28:

Die Ermächtigung, in der Satzung die Frist für die Auszahlung von laufenden Leistungen aus der Krankenversicherung und einiger Leistungen aus der Unfallversicherung verlängern zu können, liegt im Interesse der Versicherten. Die Verlängerung der Frist wird insbesondere für den Bezieher von Krankengeld von Bedeutung sein.

Zu Art. I Z. 29:

Der Ausdruck „eine fällige Rente“ soll durch den Ausdruck „eine fällige Geldleistung“ ersetzt werden. Diese Änderung bewirkt, daß auch andere Leistungen als Renten und Pensionen, die im Zeitpunkt des Todes des Anspruchsberechtigten bereits fällig geworden sind, den in § 108 genannten Personen überwiesen werden können, ohne das Verlassenschaftsverfahren abzuwarten. Diese Regelung hat insbesondere Bedeutung für fälliges Krankengeld. Die Ausweitung des § 108 hat auch eine Änderung des Titels notwendig gemacht.

Der Hauptverband hat im Begutachtungsverfahren zutreffend darauf hingewiesen, daß auch an anderen Stellen des Gesetzes (zum Beispiel §§ 167, 170, 281 Abs. 2) bezügliche Sonderregelungen getroffen sind, auf die Bedacht genommen werden sollte. Dies geschieht durch die Einführung des Ausdruckes „soweit in diesem Bundesgesetz nichts anderes bestimmt wird“. Schließlich wurden auch die Stiefkinder in den Kreis der Personen einbezogen, die als Bezugsberechtigte gelten, und zwar aus der Überlegung, daß auch im § 170 (neu) die Stiefkinder als Bezugsberechtigte angeführt sind, wenn ein Überschuß an Sterbegeld verbleibt.

Zu Art. I Z. 30:

Die im versendeten Entwurf einer 21. Novelle zur Diskussion gestellte Neuregelung, nach der bei jeder Verletzung der Meldepflichten die Vorschreibung eines Beitragszuschlages zwingend vorgesehen war, wurde allgemein als zu weitgehend und erhebliche Verwaltungsmehrarbeit verursachend abgelehnt. Nach der Neufassung dieser Bestimmung soll die Verhängung eines Beitragszuschlages bei Verletzung der Meldepflichten dem Ermessen des Versicherungsträgers anheimgestellt werden, wobei dieser bei der Festsetzung der Höhe des Zuschlages die im Gesetz angeführten Kriterien zu beachten haben wird.

Zu Art. I Z. 31:

Im Zuge der Beratungen der beim Bundesministerium vorgemerkten Änderungsvorschläge wurde Einvernehmen darüber erzielt, die Anregung des Österreichischen Arbeiterkammertages, den Bestimmungen der §§ 17 und 23 des Arbeitsinspektionsgesetzes 1956, BGBl. Nr. 147, entsprechende Vorschriften auch für jene Bediensteten der Sozialversicherungsträger zu statuieren, die gemäß § 42 Abs. 1 mit der Betriebseinsicht beauftragt sind, zu berücksichtigen.

Es lag nahe, diese Anregung im § 115, der dieses Thema für die Organe des Unfallverhütungsdienstes behandelt, zu verwirklichen. Bei dieser Gelegenheit wurden die schon derzeit für fachkundige Organe des Trägers der Unfallver-

sicherung, die im Unfallverhütungsdienst tätig sind, geltenden Bestimmungen des § 115 den erwähnten Bestimmungen des Arbeitsinspektionsgesetzes 1956 angepaßt. Die Bestimmung des § 187 Abs. 3 ist damit überflüssig geworden und konnte aufgehoben werden.

Zu Art. I Z. 32:

Diese Änderung steht damit im Zusammenhang, daß die Leistung des Stillgeldes (§ 163) überhaupt beseitigt werden soll.

Zu Art. I Z. 33:

Die Erfahrungen mit § 121 Abs. 4 in der geltenden Fassung zeigen, daß die im Art. II Z. 3 der 9. Novelle, BGBl. Nr. 13/1962, verfügten Änderungen eine wesentliche Erleichterung hinsichtlich der Erfüllung der Wartezeit gebracht haben. Es bleiben aber noch einige Härten, die durch die gegenständliche Ergänzung beseitigt werden sollen. Hierbei stehen jene Fälle im Vordergrund, wo ein voller Krankenversicherungsschutz im Wege des § 123 besteht, bei Eintritt einer eigenen Pflichtversicherung aber die Wartezeit neu erfüllt werden muß (zum Beispiel die Witwe nach dem Tod des Ehegatten). Diese Fälle führen immer wieder zu unliebsamen Auseinandersetzungen, und sehr oft muß, weil die Leistungsgewährung (etwa ein Zahnersatz) unaufschiebbar ist, aus den Mitteln des Unterstützungsfonds geholfen werden. Es erscheint daher dringend erforderlich, diese Härte zu beseitigen. Ähnliches gilt für die in der neuen Z. 5 vorgesehene Erweiterung des Kataloges der Zeiten, die für die Erfüllung der Wartezeit anrechenbar sind.

Bei der Zitierungsänderung handelt es sich um eine Berichtigung, weil die kumulative Anwendung des § 122 Abs. 2 Z. 2 und 3 nicht möglich ist. Das Wörtchen „und“ ist daher durch das Wörtchen „oder“ zu ersetzen.

Zu Art. I Z. 34:

Die Textberichtigung („Anstaltspflege“ an Stelle von „Anstalts(Haus)pflege“) ist deshalb notwendig, weil durch die 9. Novelle zum ASVG die Hauspflege wohl im Abs. 2 Z. 1, nicht aber in Z. 2 eliminiert worden ist.

Zu Art. I Z. 35:

Durch die Neufassung des § 124 Abs. 1 wird den Änderungen des § 18 Rechnung getragen. Im ersten Satz wurden weiters die Worte „im folgenden“ eliminiert, weil nicht nur auf dem § 124 folgende Bestimmungen, sondern etwa auch auf § 121 Abs. 3 Bedacht zu nehmen ist. Für die Wartezeit, deren Ausmaß keine Änderung

erfahren soll, wurde ein Zeitraum festgesetzt, innerhalb dessen sie erfüllt sein muß. Schließlich wurde, der Tatsache des 9. Schuljahres Rechnung tragend, das Ende des 15. Lebensjahres als Grenze vorgesehen, unter der die Angehörigeneigenschaft nicht ausgeschlossen werden darf.

Zu Art. I Z. 36:

Der zeitlich unbegrenzte Anspruch auf Krankenbehandlung macht es notwendig, eine Zuständigkeitsregelung für jenen Fall vorzusehen, in dem einem anderen Krankenversicherungsträger gegenüber ebenfalls ein Leistungsanspruch erworben wird. Weiters war auch auf jene Fälle Bedacht zu nehmen, in denen ein anderer als ein ASVG.-Krankenversicherungsträger leistungszuständig wird, wobei für das Leistungsrecht andere Vorschriften gelten als für den ASVG.-Versicherungsträger.

Zu Art. I Z. 37:

Im Zuge der Erschließung neuer Einnahmen soll auch die Rezeptgebühr, deren Höhe seit Inkrafttreten des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (1. Jänner 1956) unverändert geblieben ist, erhöht werden. Die Erhöhung wird den Krankenversicherungsträgern im Jahre 1968 Mehreinnahmen von insgesamt 90 Millionen Schilling bringen.

Zu Art. I Z. 38:

Die in Aussicht genommenen Maßnahmen zur Erschließung höherer Einnahmen ermöglichen die Verwirklichung einer solchen schon seit langem geforderten Leistungsverbesserung, nämlich die Verlängerung der Dauer des Krankengeldanspruches auf 78 Wochen. Nach wie vor soll Krankengeld als gesetzliche Mindestleistung bis zur Höchstdauer von 26 Wochen gebühren, lediglich bei Erfüllung der Wartezeit sollen die Krankenversicherungsträger die Möglichkeit erhalten, den Krankengeldanspruch bis auf 78 Wochen zu verlängern. Unter der Annahme, daß — was erwünscht ist — alle Versicherungsträger von dieser Möglichkeit Gebrauch machen, ist für das Jahr 1968 aus diesem Titel mit einem Mehraufwand von 20 Millionen Schilling zu rechnen. Die Verlängerung der gesetzlichen Mindestanspruchsdauer von 26 auf 52 Wochen scheint nicht vertretbar, weil die Gefahren einer mißbräuchlichen Inanspruchnahme nicht ganz ausgeschlossen werden können.

Zu Art. I Z. 39

Der Hauptverband hat angeregt, die im ersten Satz des § 143 Abs. 2 enthaltene einwöchige Frist beizubehalten, die im zweiten Satz für die rückwirkende Gewährung von Krankengeld vorgesehene — ebenfalls einwöchige — Frist jedoch zu erstrecken, weil sie sich in der Praxis als zu

kurz erwiesen hat, insbesondere dann, wenn der Versicherte alleinstehend ist. Bei einer neuerlichen Prüfung dieser Frage haben die Krankenversicherungsträger übereinstimmend erklärt, daß es nach ihrer Erfahrung vertretbar wäre, die Frist überhaupt fallenzulassen. Das Bundesministerium für soziale Verwaltung schließt sich dieser Anregung aus der Überlegung an, daß Fristen immer wieder zu Härten führen und daher, zumindest im Sozialversicherungsrecht, Fristen nur dort beibehalten werden sollen, wo dies zur Hintanhaltung von Mißbräuchen oder im Interesse der Rechtssicherheit unbedingt geboten ist.

Gemäß § 143 Abs. 1 Z. 3 in der geltenden Fassung ruht der Anspruch auf Krankengeld, solange der Versicherte auf Grund gesetzlicher oder vertraglicher Bestimmungen Anspruch auf Weiterleistung von mehr als 50 v. H. der vollen Geld- und Sachbezüge vor dem Eintritt der Arbeitsunfähigkeit hat. Besteht Anspruch auf Weiterleistung von 50 v. H. dieser Bezüge, ruht der Krankengeldanspruch zur Hälfte. Gemäß § 24 des Vertragsbedienstetengesetzes haben Vertragsbedienstete im Krankheitsfall für bestimmte Zeiträume Anspruch auf Entgeltfortzahlung im vollen Ausmaß, für bestimmte Zeiträume im halben Ausmaß. Es kommt nun immer wieder vor, daß im Zeitpunkt einer allgemeinen Bezugserrhöhung, aber auch im Zeitpunkt der üblichen Vorrückungstermine Bedienstete im Fortbezug des halben Entgeltes sind und daher auch ein Teilkrankengeld erhalten. In solchen Fällen übersteigen nun infolge der eingetretenen Bezugserrhöhung die gebührenden halben Bezüge — gemessen an der Höhe der Bezüge vor dem Eintritt der Arbeitsunfähigkeit — das gemäß § 143 Abs. 1 Z. 3. zulässige Ausmaß, weshalb das Krankengeld überhaupt zum Ruhen gebracht werden muß. Das bedeutet eine finanzielle Schlechterstellung, weil der Erhöhungsbetrag fast nie die Höhe des halben Krankengeldes erreicht. Diese Härte, die nicht nur den öffentlichen Dienst trifft, soll durch die Ergänzung des Abs. 5 beseitigt werden. Der Krankengeldanspruch soll in alter Höhe weiterbestehen, auch wenn die Bezüge eine Erhöhung erfahren.

Zu Art. I Z. 40:

Auf Grund des zweiten Satzes des § 148 Z. 2 zahlen schon derzeit fast alle Krankenversicherungsträger für Angehörige 90 v. H. der Verpflegskostenersätze. Da es sich somit praktisch um ein allgemein geübtes Recht handelt, soll nunmehr von Gesetzes wegen verfügt werden, daß die Versicherungsträger für Angehörige 90 v. H. der Verpflegskostenersätze zu entrichten haben. Eine finanzielle Mehrbelastung für die Versicherungsträger tritt dadurch zunächst nicht

ein. Eine wesentliche Verbesserung des Leistungsrechtes liegt jedoch darin, daß ab Beginn der fünften Woche einer ununterbrochenen Anstaltspflege der Versicherungsträger die Verpflegungskostenersätze zur Gänze zu tragen haben wird. Der Mehraufwand für diese Leistungsverbesserung beläuft sich jährlich auf etwa 7 Millionen Schilling. Dieser Mehraufwand kann im Hinblick auf die in Aussicht genommene Erschließung erhöhter Einnahmen den Versicherungsträgern zugemutet werden.

Zu Art. I Z. 41:

Das Familiengeld gebührt derzeit in der Höhe des halben Krankengeldes, in den Fällen des Anspruches auf Fortbezug von 50 v. H. der vollen Geld- und Sachbezüge in der Höhe eines Viertels des Krankengeldes. Als satzungsmäßige Mehrleistung kann das Familiengeld auf zwei Drittel bzw. ein Drittel des Krankengeldes und bei Versicherten mit mehr als einem Angehörigen überdies bis zu 5 v. H. der Bemessungsgrundlage für jeden weiteren Angehörigen erhöht werden. Die Gewährung eines Taggeldes ist überhaupt nur als satzungsmäßige Mehrleistung vorgesehen. Nunmehr sollen diese satzungsmäßigen Mehrleistungen in gesetzliche Pflichtleistungen umgewandelt werden. Dies wird, da alle Krankenversicherungsträger in ihren Satzungen von der Möglichkeit der Gewährung eines erhöhten Familiengeldes bereits Gebrauch gemacht haben, nur hinsichtlich des Taggeldes zu einem Mehraufwand führen. Dieser Mehraufwand wird sich im Jahre 1968 bei den Gebietskrankenkassen auf 24,7 Millionen Schilling, bei allen ASVG.-Kassen zusammen auf 27 Millionen Schilling belaufen. Die Leistungsverbesserung bezüglich des Taggeldes soll grundsätzlich auch bei den vergleichbaren Leistungen der Unfallversicherung (§ 195) und der Pensionsversicherung (§ 302) Platz greifen. Die notwendigen Änderungen sind für die nächste Novelle vorgemerkt.

Zu Art. I Z. 42:

Die Änderung gegenüber dem derzeitigen Wortlaut des § 154 liegt lediglich darin, daß die Gewährung von Zuschüssen ausdrücklich ausgeschlossen ist, soweit Anspruch auf Hilfe bei körperlichen Gebrechen aus der gesetzlichen Unfallversicherung, der Kriegsopferversorgung, der Heeresversorgung oder der Opferfürsorge besteht. Auf Grund des § 41 der Mustersatzung gehen die Versicherungsträger schon derzeit so vor. Durch die Neutextierung tritt somit keine Änderung der tatsächlichen Verhältnisse ein.

Zu Art. I Z. 43:

Nach § 123 Abs. 2 gelten unter anderem auch weibliche Stiefkinder, Pflegekinder und Enkel sowie die im § 123 Abs. 8 (neu) aufgezählten Personen als Angehörige. Auf die Leistungen aus

dem Versicherungsfall der Mutterschaft besteht ein Leistungsanspruch jedoch nur für die Ehegattin, die eheliche oder die uneheliche Tochter oder die Wahltochter des Versicherten. Diese Einschränkung des Angehörigenbegriffes wird, wie die Krankenversicherungsträger übereinstimmend dem Hauptverband mitgeteilt haben, von den Versicherten als ungerechtfertigt empfunden. Insbesondere seit dem Inkrafttreten des Bauern-Krankenversicherungsgesetzes wird immer wieder die Erweiterung des § 158 Abs. 1 verlangt, weil nach § 156 Abs. 2 des Bauern-Krankenversicherungsgesetzes alle Angehörigen und auch jene Personen, die durch die Satzung den Angehörigen gleichgestellt werden, im Falle der Mutterschaft anspruchsberechtigt sind. Im Hinblick auf die möglichst gleichartige Behandlung aller Versicherten in einer so wesentlichen Frage des Leistungsrechtes sollen auch die Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft nach dem ASVG. für sämtliche Angehörige gebühren.

Im § 158 Abs. 2 ist durch die Zitierung des § 18 die Absicht des Gesetzgebers deutlich unterstrichen worden, die einschränkende Bestimmung für Selbstversicherte nach § 19 a nicht gelten zu lassen. Durch die Zitierung des § 122 Abs. 2 Z. 2 wird eine Schlechterstellung hinsichtlich der Fälle des § 122 Abs. 2 Z. 1 gegenüber dem Vor-ASVG.-Recht vermieden, da dieser Personenkreis bis 1. Jänner 1956 auch ohne Erfüllung einer Wartezeit Anspruch auf Wochengeld hatte, während er jetzt die Wartezeit erfüllen muß.

Schließlich wurde im Abs. 3 auch noch auf die Möglichkeit Bedacht genommen, daß eine Ehe auch durch Nichtigerklärung enden kann.

Die finanziellen Auswirkungen der hier in Rede stehenden Änderungen sind nicht bedeutsam, weil der Personenkreis, für den die Anspruchsberechtigung in Hinkunft neu bestehen wird, nicht allzu groß ist.

Zu Art. I Z. 44:

Im § 162 Abs. 4 ist im Hinblick auf § 158 Abs. 2 die Ziffer 3 überflüssig. Durch die Aufnahme der Zitierung des § 18 war ebenso wie im § 158 zum Ausdruck zu bringen, daß die einschränkende Bestimmung für Selbstversicherte nach § 19 a nicht gelten soll.

Einer Anregung des Österreichischen Arbeiterkammertages folgend wird die Frist für die Geltendmachung des Anspruches auf Wochengeld, wenn das Wochengeld für Zeiträume, die mehr als einen Monat vom Tage der Geltendmachung des Anspruches zurückliegen, gewährt werden soll, von einer Woche auf vier Wochen erweitert. Diese Änderung ist in der praktischen Erfahrung begründet, daß die einwöchige Frist zu kurz bemessen ist und daher sehr oft veräußt wird.

Zu Art. I Z. 45:

Die Erfahrungen der letzten Jahre haben gezeigt, daß die ursprünglich mit der Gewährung des Stillgeldes verbunden gewesene Absicht, einen Anreiz zum Stillen des Kindes zu geben, nicht unbedingt verwirklicht werden konnte. Außerdem bedeutet die Überprüfung der Anspruchsvoraussetzungen einen Eingriff in die Intimsphäre, die vielfach dazu führt, daß — um die Kontrolle zu vermeiden — die Leistung überhaupt nicht in Anspruch genommen wird. Außerdem steht sie in ihrer gegenwärtigen Höhe in keiner Relation zu den erhöhten Aufwendungen der Mutter, die ihr Kind selbst stillt. Es wird daher allgemein die Ansicht vertreten, daß es richtig wäre, die Leistung des Stillgeldes überhaupt zu beseitigen und statt dessen den Entbindungsbeitrag in einer Höhe zu gewähren, die die Bestreitung der mit der Geburt eines Kindes verbundenen Kosten wesentlich erleichtert.

Zu Art. I Z. 46 und 47:

Wie in der Begründung zu § 163 ausgeführt wurde, soll die Leistung des Stillgeldes überhaupt beseitigt werden. Als Ersatz soll der Entbindungsbeitrag kräftig erhöht werden. Der Aufwand für die Erhöhung des Entbindungsbeitrages auf das Ausmaß, wie es sich aus Art. I Z. 47 ergibt, beläuft sich auf 65 Millionen Schilling jährlich. Dem steht eine Ersparnis von rund 15 Millionen Schilling jährlich durch den Wegfall des Stillgeldes gegenüber. Der echte Mehraufwand von 50 Millionen Schilling ist immer noch so hoch, daß die Erhöhung des Entbindungsbeitrages in zwei Etappen vorgenommen werden muß. Er soll zunächst im Jahre 1968 für weibliche Pflichtversicherte, die Anspruch auf Wochengeld haben, auf 400 S erhöht werden. Ab 1969 wird dann die Erhöhung auf das volle Ausmaß vorgenommen und gleichzeitig der § 163, betreffend die Gewährung des Stillgeldes, aufgehoben werden. Der Mehraufwand für die erste Etappe der Erhöhung des Entbindungsbeitrages wird sich auf rund 22 Millionen Schilling belaufen.

Darüber hinaus soll die bisher vorgesehene Satzungsermächtigung, den Entbindungsbeitrag innerhalb des gesetzlich festgelegten Rahmens zu fixieren, entfallen, weil es nicht recht verständlich ist, daß bei praktisch gleicher Beitragshöhe im gesamten Bundesgebiet eine so wesentliche Leistung unterschiedlich hoch sein soll.

Jede weibliche Pflichtversicherte, die Anspruch auf Wochengeld hat, wird demnach ab 1969 innerhalb der ersten sechs Monate nach der Geburt eines Kindes aus diesem Grund insgesamt Anspruch auf einen Betrag von 2700 S haben. 500 S werden ihr als Geburtenbeihilfe (§ 20

Familienlastenausgleichsgesetz), 1200 S als Säuglingsbeihilfe (§ 29 a Familienlastenausgleichsgesetz) und 1000 S als Entbindungsbeitrag aus der gesetzlichen Krankenversicherung gebühren.

Zu Art. I Z. 48:

Es handelt sich lediglich um eine Änderung der Diktion, weil es nicht auf die Tatsache des Bezuges von Krankengeld oder Wochengeld ankommt, sondern auf die Ansprüche.

Zu Art. I Z. 49:

Aus Gründen der Rechtssystematik werden die Gründe für das Ruhen des Wochengeldanspruches in Hinkunft die gleichen sein wie für das Ruhen des Anspruches auf Krankengeld (§ 143 Abs. 1 Z. 2).

Nach Abs. 1 Z. 1 in der geltenden Fassung in Verbindung mit Abs. 3 gebührt Familien- oder Taggeld nur dann, wenn während der Anstaltspflege usw. kein Wochengeld gebührt. Ist das Wochengeld höher als der Aufwand des Versicherungsträgers an Kosten für die Anstaltspflege, ist ein Teilwochengeld auszuführen. Die Leistung des Teilwochengeldes schließt aber die Gewährung von Familien- bzw. Taggeld aus. Schon ein Differenzbetrag von einem Schilling vernichtet den Anspruch auf Familiengeld, was seinerzeit zweifellos nicht beabsichtigt war. Zur Vermeidung von Härten wird nunmehr ausgesprochen, daß der Anspruch auf Teilwochengeld den Familien- bzw. Taggeldanspruch nicht vernichtet, sondern lediglich auf diesen Anspruch anzurechnen ist.

Zu Art. I Z. 50:

Hier war zunächst darauf Bedacht zu nehmen, daß ab 1969 kein Stillgeld mehr gebühren wird. Andererseits erscheint es richtig, die für das Wochengeld geltende Regelung beim Tod der Wöchnerin auch für den Entbindungsbeitrag in Geltung zu setzen, damit auch diese Geldleistung demjenigen überwiesen werden kann, der für den Unterhalt des Kindes sorgt. Ohne diese Sonderregelung wäre § 108 anzuwenden, was den Interessen des Kindes nicht immer entspricht. Allerdings soll auch diese Regelung erst 1969 wirksam werden.

Zu Art. I Z. 51:

Die Neuregelung betreffend die Leistung aus dem Versicherungsfall des Todes bezweckt unter anderem, einen Anspruch auf Sterbegeld nicht nur beim Tode des Versicherten oder des nach § 122 Anspruchsberechtigten, sondern auch beim Tod eines Angehörigen zu statuieren. Gegenwärtig ist es der Satzung überlassen, ob auch beim Tod eines Angehörigen Sterbegeld gewährt wird. Da es sich beim Sterbegeld um eine

Standardleistung jeder Krankenversicherung handelt, soll das Sterbegeld — es haben übrigens alle Krankenversicherungsträger in ihren Satzungen auch die Gewährung von Sterbegeld beim Tod eines Angehörigen vorgesehen — zu einer gesetzlichen Leistung werden. Dies wird durch die Neufassung des § 169 Abs. 1 zum Ausdruck gebracht. Der Zitierung des „§ 122“ im neuen Abs. 1 entsprechend war auch die Zitierung im Abs. 2 zu ändern, was allerdings nur formelle Bedeutung hat.

Zu Art. I Z. 52:

Um auszuschließen, daß als Besorger der Bestattung eine Person festgestellt wird, die die Kosten der Bestattung nicht getragen hat, erhält der erste Satz eine Neufassung, die inhaltlich der entsprechenden Bestimmung des Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes, BGBl. Nr. 200/1967, nachgebildet ist. Auf Anregung des Österreichischen Arbeiterkammertages wurden auch die Stiefkinder in den Kreis der anspruchsberechtigten Personen aufgenommen, weil diese Kinder auch nach § 123 und § 252 den sonstigen Kindern gleichgestellt sind.

Zu Art. I Z. 53:

§ 171 in der Fassung des Entwurfes enthält gegenüber der geltenden Fassung mehrere wesentliche Änderungen:

Das Sterbegeld soll beim Tode des Versicherten und beim Tode der Angehörigen — soweit es sich um die gesetzliche Mindestleistung handelt — gleich hoch sein; dies aus der Überlegung, daß es, was die Kosten der Bestattung anlangt, gleichgültig ist, ob es sich um einen Versicherten oder um einen Angehörigen handelt.

Die Versicherungsträger erhalten aber die Möglichkeit, in der Satzung für Versicherte und nach § 122 Anspruchsberechtigte das Sterbegeld bis zum 40fachen der Bemessungsgrundlage (das sind im Jahre 1968 maximal 4800 S) zu erhöhen.

In der Krankenversicherung der Pensionisten, ausgenommen in der Krankenversicherung der Bezieher einer Pension aus der knappschaftlichen Versicherung, soll das Sterbegeld einheitlich in der Höhe der Monatspension gebühren, gleichgültig, ob es sich um den Versicherten selbst oder um einen Angehörigen handelt. Was das Ausmaß der „Pension“ anlangt, tritt keine Änderung gegenüber dem geltenden Recht ein.

In der Krankenversicherung der Bezieher einer Pension aus der knappschaftlichen Pensionsversicherung wird am geltenden Recht mit der Modifikation festgehalten, daß das Wörtchen „mindestens“ aus Abs. 5 Z. 1 in den neuen Abs. 3 nicht mehr übernommen wird, weil nicht daran gedacht werden kann, über ein Sterbegeld in der Höhe des Dreifachen der monatlichen Pension hinauszugehen. Weiters wird im Inter-

esse einer Verwaltungsvereinfachung die Bemessung des Sterbegeldes im Falle des Todes des Empfängers einer Witwen(Witwer)pension geändert. Als Verbesserung ist zu werten, daß in Gesamtleistungsfällen an die Stelle der Pension die Gesamtleistung als Meßgröße für die Höhe des Sterbegeldes treten soll.

Eine weitere wesentliche Änderung liegt darin, daß das Mindeststerbegeld (es beträgt derzeit beim Tod eines Versicherten 200 S, beim Tod eines Angehörigen 100 S) kräftig erhöht und in der Höhe des jeweiligen Richtsatzes für alleinstehende Pensionsberechtigte aus eigener Pensionsversicherung gebühren soll. Diese Erhöhung findet ihre Begründung in der Überlegung, daß in der Krankenversicherung der Pensionisten, mit Ausnahme der Bezieher einer Pension aus der knappschaftlichen Pensionsversicherung, schon heute praktisch ein Mindeststerbegeld in der Höhe des Richtsatzes gebührt und es nicht einzusehen ist, warum das Mindeststerbegeld in der Krankenversicherung der Aktiven geringer sein soll. Die Koppelung der Höhe des Mindeststerbegeldes an den Richtsatz hat überdies den Vorteil der jährlichen Anpassung. Bei Verwirklichung der im Entwurf in Aussicht genommenen Regelung würde das Mindeststerbegeld im Jahre 1968 1136 S betragen. Der Mehraufwand, der sich dadurch ergibt, kann für 1968 mit rund 2 Millionen Schilling beziffert werden.

In der Krankenversicherung der Bezieher einer knappschaftlichen Pension wird eine Höchstgrenze für das Sterbegeld eingeführt, weil in dieser Versicherung nach geltendem Recht nicht selten ein Sterbegeld gebührt, das weit über die Kosten einer Bestattung hinausgeht. Für 1968 ergäbe sich unter Zugrundelegung der neuen Bestimmungen über die Höchstbeitragsgrundlage ein Höchststerbegeld von 10.800 S, ein Betrag, der gewiß ausreicht, um die Kosten einer auch aufwendigeren Bestattung zu decken.

Auf den letzten Satz des Abs. 5 konnte verzichtet werden, weil es näherer Ausführungen in der Satzung nicht mehr bedürfen wird und auch auf die Vorschreibung fester Sätze — wie die Praxis gezeigt hat — verzichtet werden kann.

Zu Art. I Z. 54:

Nach Art. I Z. 3 lit. b werden die Mitglieder der Organe der gesetzlichen beruflichen Vertretungen der Dienstgeber und Dienstnehmer in die Teilunfallversicherung einbezogen. Die Beitragsleistung für diese Personen wird im neuen § 74 Abs. 1 geregelt und wird somit gleich hoch sein wie für die Versicherungsvertreter in den Verwaltungskörpern der Sozialversicherungsträger. Es liegt daher nahe, auch die Bemessungsgrundlage nach den für diesen Personenkreis geltenden Grundsätzen festzustellen.

Zu Art. I Z. 55:

Bezüglich dieser Änderung wird auf die Erläuternden Bemerkungen zu § 115 verwiesen.

Zu Art. I Z. 56:

Für die Frage der Entschädigung aus mehreren Versicherungsfällen war auch auf das Heeresversorgungsgesetz aus dem Jahre 1964 Bedacht zu nehmen.

Zu Art. I Z. 57, 58 und 73:

Diese Änderungen sind durch die ersatzlose Aufhebung des § 48 bedingt.

Zu Art. I Z. 59:

Der besondere Pauschbetrag, der aus Mitteln der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt an die Gebietskrankenkassen, die Betriebskrankenkassen und die Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues zu leisten ist, wurde zuletzt im Jahre 1960 mit Wirksamkeit ab 1. Jänner 1961 festgesetzt. Der Pauschbetrag nach § 319 a Abs. 3 ist mit der 11. Novelle, BGBl. Nr. 184/1963, mit Wirksamkeitsbeginn ab 1. Jänner 1963 festgesetzt worden. Der Aufwand für jene Leistungen, der mit diesen beiden Pauschbeträgen abgegolten werden soll, ist in der Zwischenzeit wesentlich angestiegen, sodaß zumindest eine 50%ige Erhöhung der beiden in Betracht kommenden Pauschbeträge mit Wirksamkeit ab 1. Jänner 1968 notwendig erscheint.

Zu Art. I Z. 60:

Diese Änderung steht damit im Zusammenhang, daß der Krankengeldanspruch bis auf 78 Wochen verlängert werden kann (§ 139 Abs. 2).

Zu Art. I Z. 61:

Die Österreichische Ärztekammer hat das Bundesministerium für soziale Verwaltung ersucht, für eine Erhöhung der seit 1956 unverändert gebliebenen Vergütung für Berufskrankheitenanzeigen einzutreten. Der Anregung kommt Berechtigung zu. Das Bundesministerium vermag jedoch dem Verlangen der Österreichischen Ärztekammer, die Vergütung mit 40 S festzusetzen, nicht zu folgen. Wenn man als Vergleichsmaßstab auf die Entwicklung der Honorierung für die Erstattung von Gutachten im Rahmen des Leistungsfeststellungsverfahrens greift, ergibt sich nämlich, daß diese Gebühren seit 1956 um 250 bzw. 233% gestiegen sind. Daraus ergäbe sich maximal eine Vergütung für BK-Anzeigen von 25 S. Es scheint jedoch eine Festsetzung mit 30 S angemessen, um der in den nächsten Jahren zu erwartenden Aufwärtsentwicklung der Honorare vorzugreifen und der Notwendigkeit einer baldigen neuerlichen Novel-

lierung der in Rede stehenden Gesetzesstelle zu begegnen. Nicht zuletzt scheint die Erhöhung der Vergütung für die Ausfertigung von BK-Anzeigen im vorgesehenen Ausmaß auch durch die Bedeutung gerechtfertigt, die diese Anzeigen für die Einleitung der ärztlichen Betreuung des Versicherten durch den Unfallversicherungsträger bzw. für die Einleitung eines Leistungsfeststellungsverfahrens haben. An die Erhöhung der Vergütung wird die Hoffnung geknüpft, daß die Anzeigen — um den geschilderten Zweck zu erreichen — vollständig ausgefüllt und mit einem Untersuchungsbefund versehen in möglichst kurzer Zeit dem zuständigen Träger der Unfallversicherung übermittelt werden.

Zu Art. I Z. 62:

Mit dieser Änderung wird der Aufhebung des § 8 Abs. 1 Z. 2 durch Art. II Z. 3 der 20. Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 201/1967, Rechnung getragen.

Zu Art. I Z. 63:

Im Sektionsausschuß „Unfallversicherung“ beim Hauptverband soll auch die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter vertreten sein. Da dieser neue Unfallversicherungsträger nach der gegenwärtigen Fassung in den Sektionsausschuß nicht einbezogen ist, erweist sich eine Erweiterung als notwendig.

Zu Art. I Z. 64:

In diesem Absatz findet sich im wesentlichen der Inhalt des früheren § 447 b Abs. 6, der aus systematischen Gründen dem § 447 a zugeordnet wird. Die Änderung bezüglich der „Kreditunternehmungen von anerkanntem Ruf“ hängt mit der Änderung des § 446 Abs. 1 Z. 4 durch die 18. Novelle, BGBl. Nr. 168/1966, zusammen.

Zu Art. I Z. 65:

Aus dem Ausgleichsfonds können den beitragspflichtigen Krankenversicherungsträgern gegenwärtig Zuwendungen gewährt werden, auf die allerdings kein Rechtsanspruch besteht. Diese Rechtslage ist unbefriedigend, weil immer deutlicher zu sehen ist, daß vorwiegend die Landwirtschaftskrankenkassen Jahr für Jahr infolge ihrer strukturell bedingten Finanzschwäche Zuwendungen aus dem Ausgleichsfonds beanspruchen müssen, ohne aber zu wissen, ob und in welcher Höhe ihnen auch tatsächlich Geldmittel gewährt werden. Da durch die im vorliegenden Gesetzentwurf in Aussicht genommenen Maßnahmen zur Erschließung neuer Einnahmen die Landwirtschaftskrankenkassen in ihrer Gesamtheit nicht saniert werden können, scheint es angezeigt, auch noch ein System vorzusehen, welches diesen, aber aus Gründen der Gleichbehandlung aller anderen Fondskassen,

wenn sie bestimmte Voraussetzungen erfüllen, einen Rechtsanspruch auf Geldleistungen aus dem Ausgleichsfonds — für die der Ausdruck „Zuschüsse“ verwendet wird — garantiert. Hierbei soll jedoch an dem Grundgedanken des Ausgleichsfonds, nicht in der Art der Geschäftsführung gelegene Differenzen in der Gebarung auszugleichen, festgehalten werden. Es handelt sich also im allgemeinen um Strukturschwächen, die der Fonds ausgleichen soll.

Die Meßgröße, die am deutlichsten die Finanzsituation einer Kasse zeigt, sind die jährlichen Beitragseinnahmen je Pflichtversicherten, weil sie sowohl die Beitragsgrundlagen der erwerbstätigen Arbeiter und Angestellten, der Pensionisten und aller sonstigen Pflichtversicherten, als auch die Zusammensetzung des Versichertenstandes widerspiegeln. Es lag daher nahe, von dieser Überlegung ausgehend, die Beitragseinnahmen je Pflichtversicherten bei jeder einzelnen am Fonds beteiligten Kasse der entsprechenden Größe bei allen beitragspflichtigen Kassen gegenüberzustellen, um daraus ein Kriterium für die Zuschußgewährung zu gewinnen. Für die Beitragseinnahmen je Pflichtversicherten bei allen am Fonds beteiligten Krankenversicherungsträgern wurde der Ausdruck „Ausgleichsgrenze“ eingeführt.

Im Hinblick darauf, daß dem Ausgleichsfonds nur beschränkt Mittel zur Verfügung stehen und durch die Einrichtung der Zuschüsse seine übrigen Aufgaben nicht gefährdet werden sollen, sind im Abs. 5 für die Höhe eines Zuschusses zwei Begrenzungen vorgesehen: einerseits die vorhandenen liquiden Mittel und andererseits der Gebarungserfolg, wobei in Anlehnung an die Regelung des § 80 ASVG. der Zuschuß mit dem Differenzbetrag zwischen 101 v. H. der Ausgaben und den Einnahmen begrenzt wird. Damit erhalten die Kassen eine gewisse, wenn auch bescheidene Finanzreserve, über die sie im Rahmen des § 81 ASVG. frei verfügen können. Beide Begrenzungsvorschriften sind nebeneinander anzuwenden, sodaß der sich jeweils ergebende kleinere Grenzbetrag für die Höhe des Zuschusses maßgebend sein wird. Darüber hinaus werden nach Abs. 7 die Zuschüsse für ein Geschäftsjahr anteilig zu kürzen sein, wenn ihre Summe mehr als 10 v. H. der frei verfügbaren Mittel des Fonds betragen sollte. Für das Geschäftsjahr 1967 werden im Jahre 1968 für Zuschüsse schätzungsweise 23,5 Millionen Schilling (siehe letzter Absatz der Erläuternden Bemerkungen zur gegenständlichen Änderung) zur Verfügung stehen.

Eine Untersuchung, wie sich die Zuschußregelung bei früherem Inkrafttreten in den Jahren 1965 und 1966 ausgewirkt hätte, hat ergeben, daß — was für die Richtigkeit des gewählten Systems spricht — nicht nur die bekannt strukturell schwachen Landwirtschafts-

krankenkassen, sondern auch Gebietskrankenkassen zum Zuge gekommen wären, bei denen die Beitragseinnahmen je Pflichtversicherten unter der Ausgleichsgrenze liegen.

Neben den 23,5 Millionen Schilling für Zuschüsse werden im Jahre 1968 noch ungefähr 20 Millionen Schilling für Zuwendungen an die Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues notwendig sein. Das bedeutet unter Berücksichtigung der zwangsweise vorgeschriebenen Reservenbildung des Fonds, daß im Jahre 1968 die frei verfügbaren Mittel dieses Jahres fast zur Gänze aufgebraucht werden, weil insgesamt an Einnahmen nur 60 Millionen Schilling (10 Millionen Schilling Bundesbeitrag, rund 30 Millionen Schilling Beiträge der Krankenversicherungsträger, rund 20 Millionen Schilling Vermögenserträge) zur Verfügung stehen werden. Aber auch dann, wenn für Zuwendungen ein größerer Betrag als 20 Millionen Schilling benötigt und allenfalls auch noch dem einen oder anderen Versicherungsträger ein Darlehen gewährt werden sollte, ist die Finanzgestion des Fonds nicht gefährdet, weil Ende 1967 ein Vermögen von rund 375 Millionen Schilling vorhanden sein wird, von dem rund 235 Millionen Schilling nicht der Reservenbildung unterliegen.

Zu Art. I Z. 66:

Der Frühdiagnose und damit den Maßnahmen zur Verhütung von Krankheiten kommt im System einer modernen sozialen Krankenversicherung mindestens die Bedeutung der herkömmlichen Leistungsgewährung zu. Gerade die Krankenversicherungsträger mit ihrem breit gestreuten Versichertenkreis sind hier in der Lage, gezielte Maßnahmen zu setzen und damit beträchtliche Personenkreise zu erfassen, zumal das Gesetz ihnen hiezu in Form der Ermächtigung zur Gewährung solcher Maßnahmen als freiwillige Leistungen die Möglichkeit gibt. Insbesondere die Interessenvertretungen der Dienstnehmer weisen immer wieder auf die Notwendigkeit des Ausbaues der Krankheitsverhütungsmaßnahmen hin. Eine Reihe von Versicherungsträgern wenden bereits heute diesem Bereich ihre besondere Aufmerksamkeit zu. Diese Versicherungsträger nehmen mit der Gewährung dieser freiwilligen Leistungen eine zusätzliche finanzielle Belastung auf sich. Es erscheint daher billig, auch für solche unterschiedliche Belastungen eine Ausgleichsmöglichkeit innerhalb des Bundesgebietes zu schaffen und damit den weiteren Ausbau dieser Maßnahmen bei den einzelnen Versicherungsträgern zu fördern.

Darüber hinaus sollen in der Aufzählung der Gründe für die Gewährung von Zuwendungen auch die Belastungen berücksichtigt werden, die einzelne Krankenversicherungsträger aus dem Betrieb eigener Einrichtungen der Krankenbehandlungen zu tragen haben.

Bezüglich der Aufhebung des § 447 c Abs. 6 wird auf die Erläuternden Bemerkungen zu § 447 a verwiesen.

Zu Art. I Z. 67:

Durch den neu einzufügenden § 447 d sollen die Zweifel beseitigt werden, ob der Hauptverband aus den Mitteln des Ausgleichsfonds auch Darlehen gewähren kann. Diese Frage ist schon derzeit grundsätzlich zu bejahen, weil die Darlehensgewährung nur eine der möglichen Formen der Vermögensveranlagung ist und es keinem Zweifel unterliegen kann, daß die Mittel des Ausgleichsfonds, und zwar nicht nur die Rücklage nach § 447 a Abs. 5, gewinnbringend zu veranlagen sind.

Um den Zweck des Ausgleichsfonds, wie er in § 447 a Abs. 1 umschrieben ist, nicht zu gefährden, sollen für die Gewährung von Darlehen nur Mittel bis zur Höhe der halben Rücklage verwendet werden dürfen. Selbstverständlich ist bei der Höhe der Rücklage jeweils von der in der letzten Erfolgsrechnung des Ausgleichsfonds ausgewiesenen Höhe auszugehen.

Zu Art. I Z. 68:

Die Neufassung des § 457 Abs. 1 und 3 enthält die im Zusammenhang mit der Erweiterung der Kompetenzen des Hauptverbandes (§ 31 Abs. 3 Z. 14 und 15) notwendigen Anpassungen für die Sammlung der Versicherungsunterlagen für jene Übergangszeit, in der noch nach der bisherigen Methode Aufzeichnungen von den Trägern der Krankenversicherung zu führen sind.

Zu Art. I Z. 69:

Die Neufassung des ersten Satzes im § 458 enthält im Zusammenhang mit der Erweiterung

der Kompetenzen des Hauptverbandes (§ 31 Abs. 3 Z. 14 und 15) die notwendige Anpassung für die Sammlung der Versicherungsunterlagen.

Zu Art. I Z. 70:

Die Rezeptgebühr ist im Bereich der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen, soweit es sich um die Krankenversicherung der Beamten handelt, gemäß § 472 Abs. 2 Z. 3 durch die Satzung mit 2 S pro Verordnung festgesetzt. Sie soll — so wie in der Allgemeinen Krankenversicherung — auf 4 S erhöht werden. Da eine Erhöhung in diesem Ausmaß auch in der Krankenversicherung nach dem B.-KUVG. Platz greift (siehe Art. II des Entwurfes) liegt es nahe, auf die bisher für die Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen bezüglich der Festsetzung der Höhe der Rezeptgebühr bestandene Sonderregelung zu verzichten und die bezüglichen Bestimmungen aus § 472 zu eliminieren. Damit wird erreicht, daß auch in der Krankenversicherung der Beamten der Österreichischen Bundesbahnen und der ihnen gleichgestellten Personen nach den Eingangsworten des Abs. 2 bezüglich der Rezeptgebühr die Bestimmungen des B.-KUVG. gelten. Die Erhöhung der Rezeptgebühr wird im Jahre 1968 Mehreinnahmen von rund 8 Millionen Schilling bringen.

Zu Art. I Z. 71:

Der vorgeschlagene Text entspricht wortwörtlich dem geltenden § 498. Dieser trägt allerdings die Bezeichnung Abs. 1, die eliminiert werden soll, weil ein Abs. 2 nicht existiert.

Zu Art. I Z. 72:

Diese Änderung steht mit der durch Art. V Z. 63 der 9. Novelle, BGBl. Nr. 13/1962, erfolgten Aufhebung des § 504 in Zusammenhang.