

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

Bericht

des Ausschusses für soziale Verwaltung

über die Regierungsvorlage (669 der Beilagen): Bundesgesetz, mit dem das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz abgeändert wird (21. Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz)

Im Mittelpunkt des vorliegenden Gesetzentwurfes steht die Erschließung erhöhter Einnahmen für die soziale Krankenversicherung. In Verbindung damit stehen einige Leistungsverbesserungen in diesem Versicherungszweig. Außerdem werden die Pensionsruhebestimmungen des § 94 ASVG. wesentlich gelockert. Darüber hinaus enthält der Entwurf einige technische Änderungen, wie etwa die Beseitigung kleiner Redaktionsversehen anlässlich früherer Novellierungen des Gesetzes, die Behebung von Zitierungsfehlern und ähnliches.

Der Ausschuss für soziale Verwaltung hat die Regierungsvorlage in seiner Sitzung vom 4. Dezember 1967 einer Vorberatung unterzogen. An der Debatte beteiligten sich außer dem Berichterstatter die Abgeordneten Kulhane k, Doktor Musil, Pfeffer, Melter, Vollmann, Pansi, Ing. Häuser, Altenburger, Reich, Herta Winkler, Horr und Kabesch sowie die Frau Bundesminister für soziale Verwaltung Grete Reh or.

Bei der Abstimmung wurde die Regierungsvorlage unter Berücksichtigung mehrerer Änderungsanträge der Abgeordneten Kulhane k, Vollmann, Reich, Dr. Mussil, Kabesch und Pfeffer — die zum Großteil die Unterstützung aller Fraktionen fanden — angenommen. Bei einzelnen Bestimmungen erfolgte die Annahme mit Mehrheitsbeschluß.

Zu den vom Ausschuss vorgeschlagenen Änderungen der Regierungsvorlage ist im wesentlichen folgendes zu bemerken:

Zu Art. I Z. 27 lit. c (§ 94 Abs. 5):

Der neue Abs. 5 gibt die Möglichkeit, den sogenannten Jahresausgleich auch dann zu bean-

tragen, wenn die Voraussetzungen hiefür nicht während des ganzen Kalenderjahres bestanden haben. Diese Regelung ist vor allem auch von Bedeutung für jene Fälle, in denen der Pensionsanspruch erst im Laufe eines Kalenderjahres entsteht.

Zu Art. I Z. 49 (§ 164 Abs. 1 Z. 1):

Satzungen einzelner Versicherungsträger sehen schon jetzt einen Entbindungsbeitrag insbesondere für Angehörige vor, der in Verbindung mit dem Stillgeld weit über 1000 S, in manchen Fällen bis zu 1700 S ausmacht. Um keine Leistungsver schlechterung eintreten zu lassen, soll in dem am 1. Jänner 1969 in Kraft tretenden § 164 den Versicherungsträgern die Möglichkeit eingeräumt werden, in der Satzung den Entbindungsbeitrag für die im Abs. 1 Z. 1 genannten Anspruchsberechtigten bis auf 2000 S zu erhöhen.

Zu Art. I Z. 55 (§ 171 Abs. 1 und Abs. 3 Z. 3):

Um eine mögliche Leistungsver schlechterung auszuschließen, soll das Sterbegeld als gesetzliche Mindestleistung nicht das 20-, sondern das 25fache der Bemessungsgrundlage betragen. Durch die Anfügung eines Satzes im Abs. 1 wird sichergestellt, daß die im § 171 Abs. 2 2. Halbsatz in der derzeit geltenden Fassung enthaltene Bestimmung auch in Zukunft wird angewendet werden können, sodaß in diesen Fällen das höhere Sterbegeld gebühren wird.

Nach § 169 Abs. 1 gebührt Sterbegeld beim Tod eines jeden Angehörigen. Da im § 171 Abs. 3 Z. 3 der Regierungsvorlage nur von den Kindern die Rede ist, könnten Zweifel darüber entstehen, wie hoch das Sterbegeld im Falle des Todes anderer Angehöriger (zum Beispiel Enkel, Mutter, Schwester) sein soll. Es wurde daher der Ausdruck „eines Kindes“ durch den Ausdruck „eines sonstigen Angehörigen“ ersetzt.

Zu Art. I Z. 58 und 63 (§§ 195 und 302):

Schon in den Erläuternden Bemerkungen zur Regierungsvorlage wird zu Art. I Z. 41 (neu Z. 43 — betrifft § 152) ausgeführt, daß die Leistungsverbesserung bezüglich des Familien- und Taggeldes auch bei den vergleichbaren Leistungen der Unfallversicherung (§ 195) und der Pensionsversicherung (§ 302) Platz greifen soll und die notwendigen Änderungen für die nächste Novelle vorgemerkt seien.

Der Ausschuß war der Meinung, daß die Gleichziehung bezüglich dieser Leistungen so dringlich sei, daß sie schon jetzt vorgenommen werden soll.

Zu Art. I Z. 62 (§ 292 Abs. 2 lit. 1):

Im § 46 des Heeresversorgungsgesetzes, BGBl. Nr. 27/1964, in der Fassung der Novelle BGBl. Nr. 306/1964, ist vorgesehen, daß von einer auf Grund dieses Gesetzes gewährten Beschädigtenrente bzw. von einer Witwenrente ein Drittel als Grundrente im Sinne des § 292 ASVG. zu gelten hat. Diese Regelung hat ausschließlich Maßnahmen der Sozialversicherung zum Inhalt. Die vorliegende Novelle wird daher zum Anlaß genommen, sie durch Erweiterung des § 292 Abs. 2 lit. 1 ASVG. in den Bereich der Sozialversicherung zu übernehmen, wobei bezüglich ihrer bisherigen Auswirkung keine Änderung eintritt. Nach der bisher geltenden Fassung des § 292 Abs. 2 lit. 1 ASVG. in Zusammenhang mit § 46 Heeresversorgungsgesetz sind von einem Drittel der Beschädigten(Witwen)rente nach dem Heeresversorgungsgesetz zwei Drittel davon bei der Feststellung des Gesamteinkommens außer Betracht zu lassen. Das ist derselbe Betrag, den zwei Neuntel der Beschädigten(Witwen)rente ergeben, wie ihn die vorliegende Neuformulierung vorsieht.

Gleichzeitig wird § 292 Abs. 2 lit. 1 ASVG. dahin erweitert, daß auch zwei Drittel der Elternrente (einschließlich einer allfälligen Zusatzrente) nach dem Heeresversorgungsgesetz in gleicher Weise wie die Elternrente nach dem KOVG. bei der Feststellung des Gesamteinkommens außer Betracht bleiben. Bisher war es nur

möglich, die gleiche Wirkung der Elternrenten aus den beiden Rechtsbereichen auf dem Gebiet des Ausgleichszulagenrechtes im Wege der Auslegung unter Zuhilfenahme des § 96 Heeresversorgungsgesetz zu erzielen. Da diese Auslegung nicht unbestritten blieb, soll durch die ausdrückliche Aufzählung der Elternrenten nach dem Heeresversorgungsgesetz diesbezüglich eine Klärstellung erreicht werden.

Zu Art. IV Abs. 5 und 6:

In Wanderversicherungsfällen kommt es gelegentlich vor, daß die Gesamtleistung (§ 251 a ASVG.) geringer ist als die Leistung, die nur aus einer der beteiligten Versicherungen gebühren würde. Zur Hintanhaltung dieser Benachteiligung soll in Hinkunft zur Gesamtleistung ein entsprechender Zuschlag treten. Durch die Bezeichnung dieses Leistungsteiles als „Zuschlag“ soll klargestellt werden, daß dieser Leistungsteil so zu behandeln ist wie sonstige Zuschläge, die zu einer Pensionsversicherung hinzutreten.

Diese Leistungsverbesserung soll auch für Fälle gelten, in denen der Stichtag vor dem 1. Jänner 1968 liegt.

Zu Art. V Abs. 6:

Mit § 447 b, betreffend die Gewährung von Zuschüssen aus dem Ausgleichsfonds, wird Neuland betreten. Da die finanziellen Auswirkungen der Zuschußgewährung aus dem Ausgleichsfonds nicht zur Gänze überblickt werden können, soll die in Rede stehende Bestimmung zunächst nur für die Dauer von drei Jahren gelten. Es werden daher letztmalig im Jahre 1970 auf Grund der Gebarung des Jahres 1969 Zuschüsse aus dem Ausgleichsfonds gebühren.

Als Ergebnis seiner Beratungen stellt somit der Ausschuß für soziale Verwaltung den Antrag, der Nationalrat wolle dem angeschlossenen Gesetzentwurf die verfassungsmäßige Zustimmung erteilen.

Wien, am 4. Dezember 1967

Machunze
Berichterstatter

Gertrude Wondrack
Obmann

**Bundesgesetz vom XXXXXXXXXXXX
XXX mit dem das Allgemeine Sozialversiche-
rungsgesetz 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 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 Monaten 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-

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 Landarbeitertkammern.“

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 Beitragseinzuges 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. § 56 Abs. 1 hat zu lauten:

„(1) Für Versicherte, die vom Dienstgeber nicht oder nicht rechtzeitig abgemeldet werden, sind die allgemeinen Beiträge bis zum Zeitpunkt der schriftlichen Abmeldung durch den Dienstgeber, längstens aber für die Dauer von drei Monaten nach dem Ende der Versicherung, weiter zu entrichten.“

20. 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, wenn nicht gemäß § 113 ein Beitragszuschlag vorgeschrieben wird, 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 abgerundet 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.

21. § 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 oder eine sonstige meldepflichtige Person (§ 36) 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.“

22. Im § 72 Abs. 6 zweiter Satz ist der Betrag von 20 S durch den Betrag von 30 S zu ersetzen.

23. 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 einzuheben wie der Beitrag der gemäß § 8 Abs. 1 Z. 3 lit. a teilversicherten selbständig Erwerbstätigen.“

b) Im § 74 Abs. 2 erster Satz ist der Betrag von 20 S durch den Betrag von 30 S zu ersetzen.

c) 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.“

24. a) Im § 76 Abs. 1 Z. 3 ist der Betrag von 20 S durch den Betrag von 30 S zu ersetzen.

b) Im § 76 Abs. 1 Z. 4 ist der Betrag von 20 S durch den Betrag von 30 S zu ersetzen.

25. § 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.“

26. § 80 Abs. 5 erster Satz hat zu lauten:

„Beiträge des Bundes nach Abs. 4 sind absondert 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.“

27. 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.“

c) § 94 Abs. 5 hat zu lauten:

„(5) Waren die Voraussetzungen für die Anwendung des Abs. 1 nicht während eines ganzen Kalenderjahres gegeben, weil der Pensionsberechtigte nicht während des ganzen Jahres Anspruch auf Pension hatte oder nicht ständig beschäftigt war, oder hat der Pensionsberechtigte während der Zeit, in der er Anspruch auf Pension hatte, ein Entgelt bezogen, das in den einzelnen Kalendermonaten nicht gleich hoch war, kann er beim leistungszuständigen Versicherungsträger bis 31. März des folgenden Kalenderjahres beantragen, daß die Bestimmungen des Abs. 1 für das vorangegangene Kalenderjahr oder den Teil desselben, für den ein Pensionsanspruch bestand, neuerlich angewendet werden, wobei als monatlich gebührendes Entgelt das im Durchschnitt auf die Monate, in denen Pensionsanspruch bestand, entfallende Entgelt anzunehmen ist. Eine solche neuerliche Feststellung kann jederzeit auch von Amts wegen erfolgen. Ergibt sich daraus ein Mehrbetrag gegenüber dem zur Auszahlung gelangten monatlichen Pensionsbetrag, ist der Mehrbetrag dem Pensionsberechtigten zu erstatten.“

28. § 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.“

29. § 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 mit dem Ende des Kalendermonates, in dem der Entziehungsgrund eingetreten ist.“

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

31. § 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 anspruchsberechtigt.“

32. Dem § 113 Abs. 1 ist folgender Satz anzufügen:

„Bei der Festsetzung des Beitragszuschlages hat der Versicherungsträger die wirtschaftlichen Verhältnisse des Beitragsschuldners, das Ausmaß der nachzuzahlenden Beiträge und die Art des Meldeverstößes zu berücksichtigen.“

33. § 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.“

34. § 117 Z. 3 lit. d hat zu lauten:

„d) Wochengeld (§ 162);“.

35. 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.“

36. § 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.“

37. § 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.“

38. 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 weiterzugewährt sind.“

39. § 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.“

40. § 139 Abs. 2 hat zu lauten:

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

41. 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, ist das Krankengeld auch für die zurückliegende Zeit zu gewähren.“

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.“

42. § 148 Z. 2 hat zu lauten:

„2. Die den öffentlichen Krankenanstalten gebührenden Verpflegskostensätze sind, wenn es sich um den Versicherten selbst handelt, zur Gänze vom Versicherungsträger, wenn es sich

aber um einen Angehörigen des Versicherten handelt, zu 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 Verpflegskostensätze zur Gänze zu entrichten.“

43. 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.“

44. § 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 Kriegspflerversorgungsgesetz 1957, nach dem Heeresversorgungsgesetz oder nach dem Opferfürsorgegesetz besteht. Als freiwillige Leistung kann der Versicherungsträger in solchen Fällen überdies, sofern dies notwendig und zweckmäßig ist, Krankenbehandlung und Anstaltspflege gewähren, soweit auf diese Leistungen nicht schon ein Anspruch aus dem Versicherungsfall der Krankheit besteht.“

45. § 148 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.“

46. 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) § 162 Abs. 5 wird aufgehoben.

47. § 163 wird aufgehoben.

48. § 164 Abs. 1 Z. 1 hat zu lauten:

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

49. § 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; er kann durch die Satzung des Versicherungsträgers bis auf 2000 S erhöht werden;

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.“

50. § 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.“

51. 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 Sonderheilstation 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.“

52. § 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.“

53. 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.

54. § 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.“

55. § 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 25fache 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. Das beim Tode eines Angehörigen gebührende Sterbegeld ist um den Betrag des Sterbegeldes zu kürzen, das auf Grund eigener Pflichtversicherung des Verstorbenen gebührt.

(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 sonstigen Angehörigen (§ 123) 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.“

56. § 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.“

57. § 187 Abs. 3 wird aufgehoben.

58. § 195 hat zu lauten:

„Familien- und Taggeld bei Gewährung der Anstaltspflege als Unfallheilbehandlung

§ 195. (1) Gewährt der Träger der Unfallversicherung als Unfallheilbehandlung Pflege in einer Kranken-, Kur- oder sonstigen Anstalt, so gebührt dem Versehrten Taggeld und für seine Angehörigen (§ 123 Abs. 2 bis 6) überdies Familiengeld. Das Familiengeld kann unmittelbar den Angehörigen ausgezahlt werden.

(2) Das Taggeld beträgt 12 S. Besteht wegen Fehlens von in Betracht kommenden Familienangehörigen kein Anspruch auf Familiengeld gemäß Abs. 1, wird das Taggeld, wenn sich daraus ein höherer Betrag ergibt, in der Höhe von 1 v. H. eines Zwölftels der Bemessungsgrundlage gewährt. Unter denselben Voraussetzungen wird Versehrten, die nach diesem Bundesgesetz krankenversichert sind, bis zum Beginn der 27. Woche nach Eintritt des Versicherungsfalles

das Taggeld in der Höhe des in der Krankenversicherung gemäß § 152 Abs. 3 gebührenden Taggeldes gewährt; das Taggeld ist auf Ersuchen des Unfallversicherungsträgers vom zuständigen Krankenversicherungsträger gegen Ersatz auszu zahlen.

(3) Das tägliche Familiengeld beträgt für einen Angehörigen 1 v. H., für jeden weiteren Angehörigen 0,4 v. H., zusammen jedoch nicht mehr als 2,6 v. H. eines Zwölftels der Bemessungsgrundlage. Versehrten, die nach diesem Bundesgesetz krankenversichert sind, wird bis zum Beginn der 27. Woche nach Eintritt des Versicherungsfalles das Familiengeld in der Höhe des in der Krankenversicherung gemäß § 152 Abs. 2 gebührenden Familiengeldes gewährt; das Familiengeld ist auf Ersuchen des Unfallversicherungsträgers vom zuständigen Krankenversicherungsträger gegen Ersatz auszuführen.

(4) Ein nach der Bemessungsgrundlage zu bemessendes Familien(Tag)geld gebührt nicht, wenn und solange der Versehrte mehr als 50 v. H. der vollen Geld- und Sachbezüge (§ 49 Abs. 1) vor dem Eintritt der Arbeitsunfähigkeit weiter bezieht. Bezieht der Versehrte 50 v. H. der vollen Geld- und Sachbezüge weiter, gebührt ein nach der Bemessungsgrundlage zu bemessendes Familien(Tag)geld zur Hälfte. Eine Erhöhung der Geld- und Sachbezüge, die nach dem Beginn der Arbeitsunfähigkeit auf Grund gesetzlicher oder kollektivvertraglicher Regelungen eintritt, hat außer Betracht zu bleiben.“

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

60. § 226 Abs. 3 letzter Satz wird aufgehoben.

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

62. § 292 Abs. 2 lit. 1 hat zu lauten:

„1) zwei Drittel der nach dem Kriegsoferversorgungsgesetz 1957, BGBl. Nr. 152, und dem Opferfürsorgegesetz, BGBl. Nr. 183/1947, gewährten Grund- und Elternrenten, zwei Neuntel der nach dem Heeresversorgungsgesetz, BGBl. Nr. 27/1964, gewährten Beschädigten- und Witwenrenten sowie zwei Drittel der Elternrenten einschließlich einer allfälligen Zusatzrente (§§ 23 Abs. 3, 33 Abs. 1 bzw. 44 Abs. 1 und 45 Heeresversorgungsgesetz);“.

63. a) Im § 302 Abs. 2 zweiter Satz ist der Betrag von 20 S jeweils durch den Betrag von 27 S zu ersetzen.

b) Im § 302 Abs. 3 ist der Betrag von 10 S durch den Betrag von 12 S zu ersetzen.

64. 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.

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

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

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

68. § 433 Abs. 1 Z. 4 hat zu lauten:

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

69. 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.“

70. § 447 b hat zu lauten:

„Zuschüsse aus dem Ausgleichsfonds

§ 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 Höchstmaßes 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.“

71. 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.

72. Als § 447 d ist einzufügen:

„Darlehen aus dem Ausgleichsfonds

§ 447 d. (1) Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds können den beitragspflichtigen Krankenversicherungsträgern auch Darlehen gewährt werden. 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.“

73. 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 Versicherungsunterlagen, die zur Feststellung der Leistungen 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 Pensionsversicherung der Arbeiter und Angestellten unmittelbar an den Träger der Pensionsversicherung zu entrichten sind, hat dieser die Aufzeichnungen nach den Abs. 1 und 2 selbst zu führen und auf Verlangen dem Hauptverband bekanntzugeben.“

74. § 458 erster Satz hat zu lauten:

„Die Behörden der Arbeitslosenversicherung sowie der Kriegsopferversorgung sind verpflichtet, auf Verlangen den Trägern der Krankenversicherung und dem Hauptverband alle Tatsachen aus ihrem Geschäftsbereich bekanntzugeben, die für die Pensionsansprüche aus der Pensionsversicherung von Bedeutung sind.“

75. § 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 finanzielle Leistungsfähigkeit der Versicherungsanstalt

festzusetzen ist, wobei der Behandlungsbeitrag 25 v. H. des jeweiligen Vertragstarifes für die in Betracht kommende Leistung nicht übersteigen darf.“

76. § 498 hat zu lauten:

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

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

78. 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 Bundesgesetzes der Pflichtversicherung nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz am 1. Jänner 1968 unterliegen und nicht schon zur Pflichtversicherung 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 Sozialversicherungsgesetzes sind entsprechend anzuwenden.

(2) Personen, die am 31. Dezember 1967 nach den in diesem Zeitpunkt geltenden Vorschriften pflichtversichert waren, nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes aber nicht mehr pflichtversichert wären, bleiben pflichtversichert, solange die Beschäftigung, welche die Pflichtversicherung nach den bisherigen Vorschriften begründet hat, weiter ausgeübt wird. Im übrigen sind die Bestimmungen dieses Bundesgesetzes auf eine solche Pflichtversicherung anzuwenden, jedoch kann der Versicherte bis 30. Juni 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 Versicherungsträger 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 kranken- oder unter Einschluß der Arbeitsunfälle unfallversichert sind, können den Versicherungsvertrag bis 30. Juni 1968 zum Ablauf des auf die Aufkündigung folgenden Kalendermonates aufkündigen. Für den Zeitraum nach dem Erlöschen des Versicherungsvertrages bereits entrichtete Versicherungsbeiträge (Prämien) sind vom Versicherungsunternehmen nicht zu erstatten.

(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. 40 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. 42, 43, 51, 58 und 63 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. 45 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 Sozialversicherungsgesetzes 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.

(5) Ist die in Anwendung der Sonderregelung bei Vorliegen von Versicherungszeiten in mehreren Pensions(Renten)versicherungen gebührende

Gesamtleistung geringer als die Leistung, welche unter Außerachtlassung der Sonderregelung nur aus einer der beteiligten Versicherungen gebühren würde, so ist zur Gesamtleistung ein Zuschlag in der Höhe des Unterschiedes der beiden Leistungen zu gewähren.

(6) Die Bestimmungen des Abs. 5 sind auf Antrag auch anzuwenden, wenn der Stichtag vor dem 1. Jänner 1968 liegt. In diesen Fällen gebührt der Zuschlag ab 1. Jänner 1968, wenn der Antrag bis 31. Dezember 1968 gestellt wird, sonst ab dem auf die Antragstellung folgenden Monatsersten.

Artikel V

Wirksamkeitsbeginn

(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. 68 und 76;
- b) mit dem Beginn der Beitragsperiode Jänner 1968 die Bestimmungen des Art. I Z. 13 bis 16 und 20;
- c) mit dem 1. Jänner 1969 die Bestimmungen des Art. I Z. 28, 34, 47, 49 und 52.

(3) § 158 Abs. 2 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes in der Fassung des Art. I Z. 45 dieses Bundesgesetzes tritt am 1. Jänner 1969 in Kraft.

(4) Art. I Z. 48 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. 49 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. 70 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; sie treten mit 31. Dezember 1970 außer Kraft.

Artikel VI

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