

1016 der Beilagen zu den stenographischen Protokollen des Nationalrates XIV. GP

Bericht

des Ausschusses für soziale Verwaltung

**über die Regierungsvorlage (865 der Beilagen):
Bundesgesetz über die Sozialversicherung der
in der gewerblichen Wirtschaft selbständig
Erwerbstätigen (Gewerbliches Sozialversiche-
rungsgesetz – GSVG)**

In der 32. Novelle zum ASVG, BGBl. Nr. 704/1976, wurde der Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger mit dem Aufbau und der Führung einer Dokumentation des Österreichischen Sozialversicherungsrechtes mit Hilfe der Elektronischen Datenverarbeitung beauftragt. Eine sinnvolle und gebotene effiziente Verwirklichung dieses Gesetzesauftrages ist nach Auffassung der Erläuterungen der gegenständlichen Regierungsvorlage nur dann möglich, wenn damit Maßnahmen zur Vereinheitlichung und Vereinfachung des Sozialversicherungsrechtes Hand in Hand gehen. Durch die gegenständliche Regierungsvorlage soll daher das Vorhaben des Sozialministeriums, alle Rechtsvorschriften eines bestimmten abgrenzbaren Rechtsgebietes zusammenzufassen, im Bereich der Sozialversicherung der Gewerbetreibenden verwirklicht werden. Mit Ausnahme von Berichtigungen bei Zitierungen bzw. der Beseitigung von sonstigen Ungereimtheiten übernimmt die Regierungsvorlage die geltende Rechtslage im Bereich der Kranken- und Pensionsversicherung der Gewerbetreibenden.

Der Ausschuss für soziale Verwaltung hat in seiner Sitzung am 8. Juni 1978 die Regierungsvorlage in Verhandlung genommen und beschlossen, einen Unterausschuß zur Vorberatung der Regierungsvorlage einzusetzen. Diesem Unterausschuß gehörten von der Sozialistischen Partei Österreichs die Abgeordneten Kokail, Pansi, Mühlbacher, Pichler, Treichl, von der Österreichischen Volkspartei die Abgeordneten Dr. Haider, Anton Schlager, Dr. Schwimmer, Staudinger und von der Freiheitlichen Partei Österreichs der Abgeordnete Melter an.

Außer in der konstituierenden Sitzung am 9. Juni 1978 hat der Unterausschuß in seiner Sitzung am 12. September 1978 die Regierungsvorlage unter Heranziehung von Sachverständigen beraten und zahlreiche Abänderungen vorgeschlagen.

Dem Ausschuss für soziale Verwaltung wurde in seiner Sitzung am 4. Oktober 1978 ein schriftlicher Bericht des Unterausschusses betreffend die einvernehmlich vereinbarten Abänderungsvorschläge vorgelegt und ein mündlicher Bericht über die gesamten Beratungen des Unterausschusses durch den Obmann des Ausschusses, Abgeordneten Pansi, erstattet.

Seitens der Abgeordneten der Österreichischen Volkspartei wurde in der Debatte klargestellt, daß die Zustimmung zur vorliegenden Kompilation nicht eine nachträgliche Zustimmung zum Sozialversicherungsänderungsgesetz bedeutet.

Nach einer Debatte an der sich die Abgeordneten Kammerhofer, Melter und Dr. Schwimmer sowie der Ausschussobmann Abgeordneter Pansi und der Bundesminister für soziale Verwaltung Dr. Weissenberg beteiligten, wurde die Regierungsvorlage in der vom Unterausschuß vorgeschlagenen Fassung unter Berücksichtigung von Abänderungsanträgen des Abgeordneten Kokail betreffend die §§ 5 Abs. 1 Z. 1 lit. d, 60 Abs. 2, 130 Abs. 3, 137, 149 Abs. 1, 185 Abs. 3, 209 Abs. 3 und 253 der Regierungsvorlage in der Fassung des Unterausschußberichtes und des Abgeordneten Kammerhofer betreffend die §§ 60 Abs. 2, 109 Abs. 1, 209 Abs. 3 und 233 Abs. 2 der Regierungsvorlage in der Fassung des Unterausschußberichtes teils einstimmig, teils mehrstimmig angenommen.

Zu den wichtigsten Abänderungen ist folgendes zu bemerken:

Der Ausschuss für soziale Verwaltung hat im Zuge seiner Beratungen gegenüber der Regierungsvorlage eine noch weitergehende gegenseitige Anpassung der Gesetzestexte des GSVG und des BSVG vorgenommen. Daneben sind noch einige Änderungen meritorischen Charakters erfolgt. Zu diesen Abänderungen ist im einzelnen zu bemerken:

Zu § 77:

Der wesentliche Unterschied gegenüber der Regierungsvorlage besteht darin, daß in den Fällen, in denen

im Zeitpunkt des Todes des Versicherten begünstigte Angehörige nicht vorhanden sind, die fällige Geldleistung in den Nachlaß fällt. Nach der Regierungsvorlage wäre die fällige Geldleistung in diesen Fällen vom Versicherungsträger gar nicht ausbezahlen gewesen.

Darüber hinaus wurde die Regierungsvorlage auch für die Fälle ergänzt, in denen andere als nahe Angehörige die Kosten, die sich aus der Inanspruchnahme von Vertragspartnern ergeben haben, anstelle des Versicherten getragen haben. Diesen Angehörigen soll nunmehr ein Anspruch auf den darauf entfallenden Kostenersatz eingeräumt werden.

Mit beiden Änderungen sollen Härten, die sich aus der Anwendung der bisher geltenden Rechtsvorschriften ergeben haben, vermieden werden.

Zu § 92 Abs. 5:

Die Ermächtigung des Versicherungsträgers, von der Einhebung der Rezeptgebühr abzusehen, soll sich, wie dies in allen übrigen Krankenversicherungen der Fall

ist, im Rahmen der vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger erlassenen Richtlinien halten. Es besteht die Möglichkeit, daß der Hauptverband bei Erstellung dieser Richtlinien auf die besondere Situation der gewerblichen Krankenversicherung Bedacht nehmen kann.

Zu den §§ 137, 145 und 148:

Schließlich wurde die Regierungsvorlage im Bereich der Hinterbliebenenpensionen noch um jene Bestimmungen ergänzt, die den durch das Bundesgesetz vom 15. Juni 1978 über die Änderung des Ehegattenerbrechts, des Ehegüterrechts und des Ehescheidungsrechts, BGBl. Nr. 280, für den Bereich des Gewerblichen-Pensionsversicherungsgesetzes getroffenen Regelungen entsprechen.

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

Wien, 1978 10 04

Kokail

Berichterstatler

Pansi

Obmann

/

**Bundesgesetz vom
über die Sozialversicherung der in der gewerblichen
Wirtschaft selbständig Erwerbstätigen
(Gewerbliches Sozialversicherungsgesetz -
GSVG)**

Der Nationalrat hat beschlossen:

ERSTER TEIL

Allgemeine Bestimmungen

ABSCHNITT I

Geltungsbereich

§ 1. Dieses Bundesgesetz regelt die Kranken- und die Pensionsversicherung der im Inland in der gewerblichen Wirtschaft selbständig Erwerbstätigen, die Pensionsversicherung sonstiger im Inland freiberuflich selbständig Erwerbstätiger sowie die Krankenversicherung nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen (Übergangspension) aus der Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz.

ABSCHNITT II

Umfang der Versicherung

1. Unterabschnitt

Pflichtversicherung

**Pflichtversicherung in der Krankenversicherung
und in der Pensionsversicherung**

§ 2. (1) Auf Grund dieses Bundesgesetzes sind, soweit es sich um natürliche Personen handelt, in der Krankenversicherung und in der Pensionsversicherung nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen pflichtversichert:

1. die Mitglieder der Kammern der gewerblichen Wirtschaft;

2. die Gesellschafter einer offenen Handelsgesellschaft und die persönlich haftenden Gesellschafter einer Kommanditgesellschaft, sofern diese Gesellschaften Mitglieder einer der in Z. 1 bezeichneten Kammern sind;

3. die zu Geschäftsführern bestellten Gesellschafter einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung, sofern diese Gesellschaften Mitglieder einer der in Z. 1 angeführten Kammern sind.

(2) Die Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung besteht für die im Abs. 1 genannten Personen nur, wenn sie das 15. Lebensjahr vollendet haben.

(3) Üben die Pflichtversicherten eine Erwerbstätigkeit durch

- a) den Verschleiß von Zeitungen und Zeitschriften,
- b) den Verschleiß von Postwertzeichen, Stempelmarken und Gerichtskostenmarken,
- c) den Verschleiß von Fahrscheinen öffentlicher Verkehrseinrichtungen,
- d) den Vertrieb von Spielanteilen der Lotterien oder durch
- e) den Betrieb von Totoannahmestellen

aus, so erstreckt sich ihre Pflichtversicherung in der Kranken- und Pensionsversicherung auf jede dieser Tätigkeiten.

Teilversicherung in der Kranken- bzw. Pensionsversicherung

§ 3. (1) Pflichtversichert in der Krankenversicherung sind überdies die Bezieher einer Pension (Übergangspension), ausgenommen einer Höherversicherungspension, wenn und solange sie sich ständig im Inland aufhalten.

(2) Soweit es sich nicht um einen Pflichtversicherten im Sinne des § 2 Abs. 1 und 2 bzw. um einen Pflichtversicherten gemäß § 8 Abs. 1 Z. 1 lit. d und Z. 4 lit. a bis c des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes handelt, stehen den Pflichtversicherten in der Krankenversicherung gemäß § 2 Abs. 1 Personen gleich, denen im Rahmen beruflicher Maßnahmen der Rehabilitation gemäß § 161 berufliche Ausbildung gewährt wird, wenn die Ausbildung nicht auf Grund eines Dienst- oder Lehrverhältnisses erfolgt.

(3) Pflichtversichert in der Pensionsversicherung sind überdies:

1. die der Kammer der Wirtschaftstreuhänder auf Grund einer Berufsbefugnis nach der Wirtschaftstreuhänder-Berufsordnung, BGBl. Nr. 125/1955,

angehörenden Mitglieder einschließlich der Gesellschafter einer offenen Handelsgesellschaft und der persönlich haftenden Gesellschafter einer Kommanditgesellschaft, sofern diese Gesellschaften Mitglieder der Kammer der Wirtschaftstreuhänder sind, ferner die Witwen und Deszendenten, für deren Rechnung ein Witwenfortbetrieb bzw. ein Deszendentenfortbetrieb nach der Wirtschaftstreuhänder-Berufsordnung geführt wird;

2. die Mitglieder der Österreichischen Dentistenkammer;

3. die freiberuflich tätigen Journalisten, wenn diese Erwerbstätigkeit ihren Hauptberuf und die Hauptquelle ihrer Einnahmen bildet;

4. die freiberuflich tätigen bildenden Künstler, wenn diese Tätigkeit ihren Hauptberuf und die Hauptquelle ihrer Einnahmen bildet und sie in Ausübung dieses Berufes keine Angestellten beschäftigen;

5. die freiberuflich tätigen Pflichtmitglieder der Tierärztekammern.

(4) Die Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung besteht für die im Abs. 3 genannten Personen nur, wenn sie das 15. Lebensjahr vollendet haben.

(5) Soweit es sich nicht um einen Pflichtversicherten im Sinne des § 2 Abs. 1 und 2 handelt, stehen den Pflichtversicherten in der Pensionsversicherung gemäß § 2 Abs. 1 Personen gleich, denen im Rahmen beruflicher Maßnahmen der Rehabilitation gemäß § 161 berufliche Ausbildung gewährt wird, wenn die Ausbildung nicht auf Grund eines Dienst- oder Lehrverhältnisses erfolgt.

Ausnahmen von der Pflichtversicherung

§ 4. (1) Von der Pflichtversicherung in der Kranken- und Pensionsversicherung sind ausgenommen:

1. Personen, die das Ruhen ihres Gewerbebetriebes bzw. ihrer Befugnis zur Ausübung der die Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung begründenden Erwerbstätigkeit angezeigt haben, für die Dauer des Ruhens;

2. Angehörige der Orden und Kongregationen der Katholischen Kirche sowie der Anstalten der Evangelischen Diakonie.

(2) Von der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung sind überdies ausgenommen:

1. fortbetriebsberechtigte Kinder, denen gemeinsam mit dem überlebenden Ehegatten des verstorbenen Gewerbeinhabers das Fortbetriebsrecht zusteht;

2. Bezieher einer Pension (Übergangspension) im Sinne des § 3 Abs. 1, sofern sie gemäß § 8 Abs. 1 Z. 1 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes in der Krankenversicherung pflichtversichert sind.

(3) Von der Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung sind überdies ausgenommen:

1. Verpächter von Betrieben, wenn die Kammermitgliedschaft ausschließlich auf der verpachteten

Gewerbeberechtigung oder Befugnis zur Ausübung der die Pflichtversicherung begründenden Erwerbstätigkeit beruht, für die Dauer der Verpachtung;

2. Personen, die auf Grund der die Pflichtversicherung nach diesem Bundesgesetz begründenden Erwerbstätigkeit oder auf Grund einer anderen Beschäftigung der Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 189/1955, unterliegen, für die Dauer dieser Pflichtversicherung, Personen, die Anspruch auf Kranken- oder Wochengeld aus der Krankenversicherung nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz haben, auch wenn dieser Anspruch ruht, oder auf Rechnung eines Versicherungsträgers Anstaltspflege erhalten oder in einem Genesungs-, Erholungs- oder Kurheim oder in einer Sonderkrankenanstalt untergebracht sind oder Anspruch auf Ersatz der Pflegegebühren gemäß § 131 oder § 150 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes einem Versicherungsträger gegenüber haben, ferner Personen, die der Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung nach dem Notarversicherungsgesetz 1972 unterliegen, für die Dauer der Pflichtversicherung;

3. Personen, welche die Berechtigung zur Ausübung der die Pflichtversicherung begründenden selbständigen Erwerbstätigkeit bedingt zurücklegen und auf Grund dieser Berechtigung keine selbständige Erwerbstätigkeit mehr ausüben, sofern die Fortsetzung des Betriebes dem Betriebsnachfolger von der zuständigen Behörde gestattet wird;

4. Personen, die gemäß Z. 2 von der Pflichtversicherung nach diesem Bundesgesetz bei Antritt des ordentlichen oder außerordentlichen Präsenzdienstes bzw. Zivildienstes ausgenommen waren, für die Dauer des ordentlichen oder außerordentlichen Präsenzdienstes bzw. Zivildienstes.

Ruhen der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung

§ 5. (1) Die Pflichtversicherung ruht für Personen, solange sie

1. nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz

a) in der Krankenversicherung pflichtversichert sind oder

b) Anspruch auf Kranken- oder Wochengeld haben, auch wenn dieser Anspruch ruht, oder

c) auf Rechnung eines Versicherungsträgers Anstaltspflege erhalten oder in einem Genesungs-, Erholungs- oder Kurheim oder in einer Sonderkrankenanstalt untergebracht sind oder

d) Anspruch auf Ersatz der Pflegegebühren gemäß § 131 oder § 150 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes einem Versicherungsträger gegenüber haben;

2. nach dem Beamten- Kranken- und Unfallversicherungsgesetz in der Krankenversicherung pflichtversichert sind oder die Mitgliedschaft zu einer

Krankenfürsorgeeinrichtung eines öffentlich-rechtlichen Dienstgebers besitzen;

3. gemäß § 68 des Kriegsopferversorgungsgesetzes 1957, BGBl. Nr. 152, oder gemäß § 47 des Heeresversorgungsgesetzes, BGBl. Nr. 27/1964, als Empfänger einer Zusatzrente, einer Witwenbeihilfe oder einer Elternrente (§§ 35, 36, 44 und 45 des Kriegsopferversorgungsgesetzes 1957 bzw. §§ 33 Abs. 2, 35 Abs. 3 und 44 des Heeresversorgungsgesetzes) in der Krankenversicherung pflichtversichert sind.

(2) Das Ruhen der Pflichtversicherung gemäß Abs. 1 tritt nur dann ein, wenn der Pflichtversicherte einen diesbezüglichen Antrag unter Beibringung eines Nachweises über die anderweitige Versicherungspflicht an den Versicherungsträger stellt. Eine Unterbrechung der im Abs. 1 Z. 1 bezeichneten Pflichtversicherung bzw. der ihr gleichgestellten Zeiten bis zu 14 Tagen berührt das Ruhen der Pflichtversicherung nicht.

(3) Das Ruhen der Pflichtversicherung gemäß Abs. 1 beginnt mit dem dem Eingang des Antrages folgenden Monatsersten und endet mit dem Wegfall der für das Ruhen der Pflichtversicherung maßgebenden Voraussetzung. Sind die im Abs. 1 für das Ruhen der Pflichtversicherung vorgesehenen Voraussetzungen schon zum Zeitpunkt des Eintrittes der Pflichtversicherung nach diesem Bundesgesetz gegeben, so wirkt das Ruhen der Pflichtversicherung gemäß Abs. 1 ab Beginn der Pflichtversicherung, wenn der Antrag innerhalb von vier Wochen nach dem Tag der Verständigung über den Eintritt der Pflichtversicherung gestellt wird.

(4) Für die Dauer des Ruhens der Pflichtversicherung gemäß Abs. 1 ruht auch eine allenfalls bestehende Familien- oder Zusatzversicherung.

(5) An die Stelle des in den Abs. 2 und 3 bezeichneten Antrages tritt bei Personen, die als Zivildienstleistende im Sinne des Zivildienstgesetzes, BGBl. Nr. 187/1974, gemäß § 8 Abs. 1 Z. 4 lit. d des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes in der Krankenversicherung pflichtversichert sind, der Beginn des Zivildienstes.

Beginn der Pflichtversicherung

§ 6. (1) Die Pflichtversicherung in der Krankenversicherung beginnt

1. bei den im § 2 Abs. 1 Z. 1 genannten Pflichtversicherten mit dem Tag der Erlangung einer die Pflichtversicherung begründenden Berechtigung;

2. bei den im § 2 Abs. 1 Z. 2 genannten Gesellschaftern mit dem Tag der Erlangung einer die Pflichtversicherung begründenden Berechtigung durch die Gesellschaft, beim Eintritt des Gesellschafters in die Gesellschaft mit dem Tag der Antragstellung auf Eintragung des Gesellschafters in das Handelsregister;

3. bei den im § 2 Abs. 1 Z. 3 genannten Pflichtversicherten mit dem Tag der Bestellung des Gesellschafters einer Gesellschaft mit beschränkter

Haftung zum Geschäftsführer, frühestens jedoch mit dem Tag der Erlangung der Kammermitgliedschaft durch die Gesellschaft, beim Eintritt eines Geschäftsführers in die Gesellschaft mit dem Tag der Antragstellung auf Eintragung des Geschäftsführers in das Handelsregister;

4. bei den im § 3 Abs. 2 genannten Pflichtversicherten mit dem Tag des Beginnes der Ausbildung;

5. nach Wegfall eines Ausnahmegrundes gemäß § 4 mit diesem Zeitpunkte;

6. bei den im § 3 Abs. 1 genannten Personen mit dem Tag des Anfalles der Pension.

(2) Wurde ein Antrag auf Zuerkennung einer Pension (Übergangspension) gestellt, deren Bezug die Krankenversicherung gemäß § 3 Abs. 1 begründet, und liegt kein Ausnahmegrund vor, so hat der Versicherungsträger nach pflichtgemäßem Ermessen zu prüfen, ob die Zuerkennung der Pension wahrscheinlich ist. Trifft dies zu, so hat er eine Bescheinigung darüber auszustellen, daß die Krankenversicherung mit dem Tag des voraussichtlichen Pensionsanfalles beginnt. Dieses Recht besteht nicht, wenn der Pensionswerber bereits in einer anderen gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert ist. Die Bescheinigung ist dem Pensionswerber zuzustellen. Die Ausstellung oder die Ablehnung der Bescheinigung kann durch ein Rechtsmittel nicht angefochten werden.

(3) Die Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung beginnt

1. bei den im § 2 Abs. 1 Z. 1 und § 3 Abs. 3 Z. 1, 2 und 5 genannten pflichtversicherten Kammermitgliedern mit dem Tag der Erlangung einer die Pflichtversicherung begründenden Berechtigung;

2. bei den im § 2 Abs. 1 Z. 2 und § 3 Abs. 3 Z. 1 genannten Gesellschaftern mit dem Tag der Erlangung einer die Pflichtversicherung begründenden Berechtigung durch die Gesellschaft, beim Eintritt des Gesellschafters in die Gesellschaft mit dem Tag der Antragstellung auf Eintragung des Gesellschafters in das Handelsregister;

3. bei den im § 2 Abs. 1 Z. 3 genannten Pflichtversicherten mit dem Tag der Bestellung des Gesellschafters einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung zum Geschäftsführer, frühestens jedoch mit dem Tag der Erlangung der Kammermitgliedschaft durch die Gesellschaft, beim Eintritt eines Geschäftsführers in die Gesellschaft mit dem Tag der Antragstellung auf Eintragung des Geschäftsführers in das Handelsregister;

4. bei den im § 3 Abs. 3 Z. 3 und 4 genannten Pflichtversicherten mit dem Tag der Aufnahme der die Pflichtversicherung nach diesem Bundesgesetz begründenden Erwerbstätigkeit;

5. bei den im § 3 Abs. 5 genannten Pflichtversicherten mit dem Tag des Beginnes der Ausbildung;

6. mit dem Tag des Wegfalles des Ausnahmegrundes gemäß § 4 Abs. 3 Z. 2, wenn er auf einen Monatsersten fällt, sonst mit dem dem Wegfall des

Ausnahmegrundes folgenden Monatsersten; fällt ein sonstiger Ausnahmegrund weg, so beginnt die Pflichtversicherung nach Wegfall des Ausnahmegrundes.

Ende der Pflichtversicherung

§ 7. (1) Die Pflichtversicherung in der Krankenversicherung endet

1. bei den im § 2 Abs. 1 Z. 1 genannten Pflichtversicherten mit dem Letzten des Kalendermonates, in dem die die Pflichtversicherung begründende Berechtigung erloschen ist;

2. bei den im § 2 Abs. 1 Z. 2 genannten Gesellschaftern mit dem Letzten des Kalendermonates, in dem die die Pflichtversicherung begründende Berechtigung der Gesellschaft erloschen ist, beim Ausscheiden des Gesellschafters aus der Gesellschaft mit dem Letzten des Kalendermonates, in dem die Löschung der Eintragung des Gesellschafters im Handelsregister beantragt worden ist;

3. bei den im § 2 Abs. 1 Z. 3 genannten Pflichtversicherten mit dem Tag des Widerrufs der Bestellung zum Geschäftsführer bzw. der Enthebung des Geschäftsführers einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung bzw. mit dem Tag des Ausscheidens des Geschäftsführers aus einer solchen Gesellschaft;

4. bei den im § 3 Abs. 2 genannten Pflichtversicherten mit dem Tag der Beendigung der Ausbildung;

5. bei den im § 2 Abs. 1 Z. 1 und 2 genannten Personen jedenfalls mit dem Eintritt einer Pflichtversicherung gemäß § 3 Abs. 1;

6. bei den im § 3 Abs. 1 genannten Personen mit dem Ablauf des Kalendermonates, für den letztmalig die Pension ausgezahlt wird bzw. in dem die Voraussetzung gemäß § 3 Abs. 1 letzter Halbsatz weggefallen ist. Die vorläufige Krankenversicherung endet mit der Zustellung des abweisenden Pensionsbescheides;

7. bei Eintritt eines Ausnahmegrundes mit dem Letzten des Kalendermonates, in dem der Ausnahmegrund eintritt.

(2) Die Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung endet

1. bei den im § 2 Abs. 1 Z. 1 und § 3 Abs. 3 Z. 1, 2 und 5 genannten pflichtversicherten Kammermitgliedern mit dem Letzten des Kalendermonates, in dem die die Pflichtversicherung begründende Berechtigung erloschen ist;

2. bei den im § 2 Abs. 1 Z. 2 und § 3 Abs. 3 Z. 1 genannten Gesellschaftern mit dem Letzten des Kalendermonates, in dem die die Pflichtversicherung begründende Berechtigung der Gesellschaft erloschen ist, beim Ausscheiden des Gesellschafters aus der Gesellschaft mit dem Letzten des Kalendermonates, in dem die Löschung der Eintragung des Gesellschafters im Handelsregister beantragt worden ist;

3. bei den im § 2 Abs. 1 Z. 3 genannten Pflichtversicherten mit dem Tag des Widerrufs der Bestellung zum Geschäftsführer bzw. der Enthebung des Geschäftsführers einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung bzw. mit dem Tag des Ausscheidens des Geschäftsführers aus einer solchen Gesellschaft;

4. bei den im § 3 Abs. 3 Z. 3 und 4 genannten Pflichtversicherten mit dem Letzten des Kalendermonates, in dem die die Pflichtversicherung nach diesem Bundesgesetz begründende Tätigkeit endet;

5. bei den im § 3 Abs. 5 genannten Pflichtversicherten mit dem Tag der Beendigung der Ausbildung;

6. bei Eintritt des Ausnahmegrundes gemäß § 4 Abs. 3 Z. 2 mit dem Letzten des Kalendermonates, der dem Eintritt des Ausnahmegrundes vorangeht; tritt ein sonstiger Ausnahmegrund gemäß § 4 ein, so endet die Pflichtversicherung mit dem Letzten des Kalendermonates, in dem der Ausnahmegrund eintritt.

2. Unterabschnitt

Freiwillige Versicherung in der Krankenversicherung

Weiterversicherung

§ 8. (1) Personen, die aus der Pflichtversicherung ausscheiden, können sich und ihre mitversicherten Familienangehörigen, solange sie ihren Wohnsitz im Inland haben und nicht nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz in der Krankenversicherung pflichtversichert sind, weiterversichern, wenn sie in den vorangegangenen zwölf Monaten mindestens 26 Wochen oder unmittelbar vorher mindestens sechs Wochen nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz krankenversichert waren. Die Frist von zwölf Monaten verlängert sich um Zeiten, während derer der Versicherte

- a) auf Rechnung eines Versicherungsträgers Anstaltspflege erhält oder auf Rechnung eines Versicherungsträgers in einem Genesungs-, Erholungs- oder Kurheim oder in einer Sonderkrankenanstalt untergebracht ist,
- b) Anspruch auf Pflegegebührenersatz einem Versicherungsträger gegenüber hat,
- c) ordentlichen oder außerordentlichen Präsenzdienst auf Grund der Bestimmungen des Wehrgesetzes 1978, BGBl. Nr. 150, leistet, sofern infolge dieser Zeiten nicht schon Pflichtversicherung in der Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz besteht.

(2) Der Versicherungsträger hat dem ausgeschiedenen Versicherten eine Verständigung über das Erlöschen der Pflichtversicherung und über die Voraussetzungen zur Weiterversicherung zuzustellen. Das Recht auf Weiterversicherung ist innerhalb von sechs Monaten ab dem Tag der Zustellung dieser Verständigung beim Versicherungsträger geltend zu machen. Fällt das Ausscheiden aus der Pflichtversi-

cherung in eine der im Abs. 1 lit. a, b oder c genannten Zeiten, so beginnt diese Frist unabhängig von der etwa bereits erfolgten Zustellung der Verständigung erst mit dem Ende der in Betracht kommenden Zeit zu laufen.

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

1. nach dem Tode des Versicherten
 - a) vom überlebenden Ehegatten oder
 - b) von einer überlebenden, gemäß § 10 als Familienangehörige geltenden Person oder
 - c) von den überlebenden Doppelwaisen, sofern sie im Zeitpunkt des Todes des Versicherten das 18. Lebensjahr nicht vollendet oder eine der im § 128 Abs. 2 bezeichneten Voraussetzungen erfüllt haben;

2. nach Nichtigerklärung, Aufhebung oder Scheidung der Ehe vom früheren Ehegatten und

3. nach dem Ausscheiden des Versicherten aus der Pflichtversicherung und Übernahme einer Erwerbstätigkeit im Ausland von den im Inland zurückbleibenden Angehörigen, die im Falle des Todes des Versicherten gemäß Z. 1 lit. a oder b zur Weiterversicherung berechtigt wären, oder von den im Inland zurückbleibenden Kindern, Enkeln, Wahl- oder Stiefkindern,

solange die zur Weiterversicherung berechtigte Person ihren Wohnsitz im Inland hat und nicht nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz in der Krankenversicherung pflichtversichert ist. Für die Antragsfrist gilt Abs. 2 mit der Maßgabe, daß die Frist in den Fällen der Z. 1 mit dem auf den Tag des Todes des Versicherten folgenden Tag, nach dem Tode eines Pensionisten mit dem auf das Ende der Versicherung (§ 7 Abs. 1 Z. 6) folgenden Tag, in den Fällen der Z. 2 mit dem auf den Tag der Rechtskraft des gerichtlichen Urteiles über die Nichtigerklärung, Aufhebung oder Scheidung der Ehe folgenden Tag, in den Fällen der Z. 3 mit dem Tag des Ausscheidens des Versicherten aus der Pflichtversicherung zu laufen beginnt. Diese Personen können innerhalb der gleichen Frist durch gesonderte Anmeldung die Familienversicherung bezüglich aller jener Familienangehörigen fortsetzen, auf welche die Voraussetzungen des § 10 gegenüber dem Weiterversicherten zutreffen.

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

(5) Personen, die gemäß Abs. 1 oder 3 zur Weiterversicherung berechtigt waren, können dieses Recht, wenn die Ausstellung einer Bescheinigung gemäß § 6 Abs. 2 abgelehnt wurde, auch noch innerhalb von sechs Monaten nach Ablehnung des Antrages auf die Bescheinigung geltend machen. Das

Recht auf Weiterversicherung steht auch Personen zu, deren vorläufige Krankenversicherung gemäß § 7 Abs. 1 Z. 6 endet, wenn sie dieses Recht innerhalb von sechs Monaten nach Zustellung des ablehnenden Pensionsbescheides geltend machen.

(6) Die Weiterversicherung schließt zeitlich unmittelbar an das Ende der vorangegangenen Krankenversicherung an. In den Fällen des Abs. 3 Z. 1 bis 3 beginnt die Weiterversicherung mit dem Beginn der Antragsfrist, in den Fällen des Abs. 5 beginnt die Weiterversicherung mit dem auf den Tag der Zustellung des Bescheides über die Ablehnung der Bescheinigung bzw. des ablehnenden Pensionsbescheides folgenden Tag.

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

1. mit dem Ende des Kalendermonates, in dem der Versicherte seinen Austritt erklärt hat,
2. durch Ausschluß gemäß § 11.

Zusatzversicherung

§ 9. (1) Die gemäß § 2 Abs. 1 Pflichtversicherten können bis zur Vollendung des 60. Lebensjahres für ihre Person eine Zusatzversicherung auf Kranken-, Tag- und Wochengeld abschließen.

(2) Die Zusatzversicherung gemäß Abs. 1 beginnt mit dem auf den Antrag folgenden Monatsersten. Wird jedoch der Antrag innerhalb von vier Wochen nach Zustellung der Verständigung über den Eintritt der Pflichtversicherung gestellt, so beginnt die Zusatzversicherung, sofern dies ausdrücklich beantragt wird, mit dem Tag des Eintrittes der Pflichtversicherung.

(3) Die Zusatzversicherung endet, außer mit dem Wegfall der Voraussetzungen,

1. durch Kündigung mittels eingeschriebenen Briefes mit dreimonatiger Frist zum Ende eines jeden Kalendervierteljahres,
2. durch Ausschluß gemäß § 11,

in allen Fällen jedoch spätestens mit dem Ausscheiden aus der Pflichtversicherung gemäß § 7 Abs. 1 Z. 1 bis 5 und 7.

Familienversicherung

§ 10. (1) Die gemäß § 2 Pflichtversicherten und die gemäß § 8 Weiterversicherten können nach Maßgabe der folgenden Vorschriften für ihre Ehegattin (ihren Ehegatten) eine Familienversicherung abschließen, sofern diese Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Inland hat und weder nach den Vorschriften dieses Bundesgesetzes noch nach anderen gesetzlichen Vorschriften selbst krankenversichert ist, und auch für sie seitens einer Krankenfürsorgeeinrichtung eines öffentlich-rechtlichen Dienstgebers Krankenfürsorge nicht vorgesehen ist.

(2) Durch die Satzung kann bestimmt werden, daß Pflichtversicherte gemäß § 2 und Weiterversicherte gemäß § 8 unter den im Abs. 1 vorgesehenen Voraussetzungen eine Familienversicherung abschließen können für

- a) Verwandte in auf- und absteigender Linie, ausgenommen Kinder (§ 83 Abs. 2), und in der Seitenlinie bis zum zweiten Grad oder mit dem Versicherten verschwägerte Personen gleichen Grades;
- b) eine mit einem männlichen Versicherten nicht verwandte bzw. nicht verschwägte weibliche Person, die seit mindestens zehn Monaten mit dem Versicherten in Hausgemeinschaft lebt und ihm seit dieser Zeit unentgeltlich den Haushalt führt, wenn eine im gemeinsamen Haushalt lebende arbeitsfähige Ehegattin nicht vorhanden ist.

Eine Familienversicherung gemäß lit. b kann nur für eine einzige Person abgeschlossen werden.

(3) Die Familienversicherung beginnt mit dem auf die Anmeldung nächstfolgenden Monatsersten. Wird jedoch eine Familienversicherung innerhalb von vier Wochen nach Zustellung der Verständigung des Versicherungsträgers über den Eintritt der Pflichtversicherung angemeldet, so beginnt die Familienversicherung, sofern dies ausdrücklich beantragt wird, mit dem Tag des Eintrittes der Pflichtversicherung. Tritt die rechtliche Voraussetzung für die Anmeldung zur Familienversicherung erst durch eine Eheschließung ein, so beginnt die Familienversicherung mit dem Tag der Eheschließung, wenn die Anmeldung innerhalb von vier Wochen nach der Eheschließung beim Versicherungsträger erstattet wird. Für das Ende der Familienversicherung gilt § 9 Abs. 3 entsprechend.

Ausschluß aus der freiwilligen Versicherung

§ 11. (1) Die gemäß den §§ 8 bis 10 freiwillig versicherten Personen können vom Versicherungsträger aus der in Betracht kommenden freiwilligen Versicherung ausgeschlossen werden, wenn die hiezu zu entrichtenden Beiträge für mehr als drei aufeinanderfolgende Monate ganz oder teilweise rückständig sind, mit dem Ende des dritten Monats.

(2) Die Satzung hat zu bestimmen, unter welchen Bedingungen eine Wiederaufnahme in die Weiterversicherung, Familienversicherung und Zusatzversicherung möglich ist.

3. Unterabschnitt

Freiwillige Versicherung in der Pensionsversicherung

Weiterversicherung

§ 12. (1) Personen, die

- a) aus der Pflichtversicherung nach diesem Bundesgesetz ausgeschieden sind oder ausscheiden und die
- b) in den letzten zwölf Monaten vor dem Ausscheiden mindestens sechs oder in den letzten 36 Monaten vor dem Ausscheiden mindestens zwölf oder in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden jährlich minde-

stens drei Versicherungsmonate in einer oder mehreren gesetzlichen Pensionsversicherungen erworben haben,

sowie Personen, die aus der Versicherung gemäß lit. a einen bescheidmäßig zuerkannten Anspruch auf eine laufende Leistung; ausgenommen auf eine Hinterbliebenenpension, hatten, können sich in der Pensionsversicherung weiterversichern, solange sie nicht in einer gesetzlichen Pensionsversicherung pflichtversichert sind oder einen bescheidmäßig zuerkannten Anspruch auf eine laufende Leistung aus einer eigenen gesetzlichen Pensionsversicherung haben.

(2) Die Weiterversicherung nach diesem Bundesgesetz ist nur für Personen zulässig, die zuletzt in der Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz versichert waren.

(3) Das Recht auf Weiterversicherung ist bis zum Ende des sechsten auf das Ausscheiden aus der Pflichtversicherung bzw. auf das Ende des Anspruches auf die laufende Leistung folgenden Monats geltend zu machen. In den Fällen, in denen gemäß § 194 ein Bescheid zu erlassen ist, beginnt diese Frist mit dem rechtskräftigen Abschluß des Verfahrens.

(4) Die im Abs. 1 genannten Zeiträume, in denen mindestens sechs bzw. zwölf Versicherungsmonate erworben sein müssen, und die im Abs. 3 genannte Frist von sechs Monaten verlängern sich

- a) um Zeiten eines Pensionsbezuges wegen Erwerbsunfähigkeit oder geminderter Arbeitsfähigkeit aus einer gesetzlichen Pensionsversicherung,
- b) um die Dauer eines Pensionsfeststellungsverfahrens bis zur Zustellung des Feststellungsbescheides bzw. bis zur rechtskräftigen Entscheidung im Leistungsstreitverfahren,
- c) um Zeiten des ordentlichen oder außerordentlichen Präsenzdienstes auf Grund der Bestimmungen des Wehrgesetzes 1978,
- d) um Zeiten des ordentlichen oder außerordentlichen Zivildienstes auf Grund der Bestimmungen des Zivildienstgesetzes, BGBl. Nr. 187/1974.

(5) Personen, die in der Pensionsversicherung nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz 120 Versicherungsmonate erworben haben, können das Recht auf Weiterversicherung jederzeit geltend machen oder eine beendete Weiterversicherung erneuern.

(6) Die Weiterversicherung beginnt, unbeschadet der Bestimmungen des § 115 Abs. 1 Z. 3, mit dem Monatsersten, den der Versicherte wählt, spätestens jedoch mit dem Monatsersten, der auf die Antragstellung folgt. Dem Versicherten steht es frei, in der Folge die Monate zu bestimmen, die er durch Beitragsentrichtung als Monate der Weiterversicherung erwerben will.

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

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

2. wenn Beiträge für mehr als sechs aufeinanderfolgende Monate nicht entrichtet sind, mit dem Ende des letzten durch Beitragsentrichtung erworbenen Versicherungsmonates.

(8) Bei Witwen (Witwern), die den Betrieb des verstorbenen Ehegatten (der verstorbenen Ehegattin) mindestens drei Jahre fortgeführt haben, sind zur Erfüllung der Vorversicherungszeit gemäß Abs. 5 die Pflichtversicherungszeiten, die der verstorbene Ehegatte (die verstorbene Ehegattin) in der Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz während des Bestandes der Ehe erworben hat oder bei früherem Wirksamkeitsbeginn dieses Bundesgesetzes erworben hätte, den aus der eigenen Pensionsversicherung der Witwe (des Witwers) erworbenen Versicherungszeiten hinzuzurechnen.

(9) Bei der Ermittlung der Versicherungsmonate gemäß Abs. 1, 5 und 8 ist § 119 entsprechend anzuwenden. Soweit dabei Versicherungszeiten nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz zu berücksichtigen sind, gilt dessen § 231, soweit dabei Versicherungszeiten nach dem Bauern-Sozialversicherungsgesetz zu berücksichtigen sind, gilt dessen § 110.

Höherversicherung

§ 13. (1) Personen, die in der Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz pflicht- oder weiterversichert sind, können sich höherversichern. Die erstmalige Aufnahme einer Höherversicherung nach Vollendung des 60. Lebensjahres (bei Frauen des 55. Lebensjahres) ist nicht zulässig.

(2) Die Höherversicherung wird durch die Zahlung des Beitrages für die Höherversicherung bewirkt.

4. Unterabschnitt

Formalversicherung

§ 14. (1) Hat der Versicherungsträger bei einer nicht der Pflichtversicherung unterliegenden Person den Bestand der Pflichtversicherung als gegeben angesehen und für den vermeintlich Pflichtversicherten

a) in der Krankenversicherung für drei Monate,

b) in der Pensionsversicherung für sechs Monate ununterbrochen die Beiträge unbeanstandet angenommen, so besteht ab dem Kalendermonat, für den erstmals die Beiträge entrichtet worden sind, eine Formalversicherung. In der Pensionsversicherung bleibt die Geltung der Ausnahmegründe gemäß § 4 unberührt.

(2) Abs. 1 gilt entsprechend für den Antrag eines vermeintlich Versicherungsberechtigten auf Weiterversicherung oder auf Zusatzversicherung bzw. eines vermeintlich Anmeldeberechtigten auf Familienversicherung.

(3) Die Formalversicherung endet mit dem Ende des Kalendermonates, in dem der Bescheid des Versicherungsträgers über das Ausscheiden aus der Versicherung zugestellt wird. Dies gilt auch in den freiwilligen Versicherungen, wenn nicht eine frühere Beendigung gemäß den §§ 8 Abs. 7, 9 Abs. 3, 10 Abs. 3 und 12 Abs. 7 eintritt. Die Formalversicherung in der Pensionsversicherung endet jedoch spätestens mit dem Tag vor dem Stichtag (§ 113 Abs. 2).

(4) Die Formalversicherung hat die gleichen Rechtswirkungen wie die Pflichtversicherung bzw. die entsprechende freiwillige Versicherung.

ABSCHNITT III

Versicherungsträger

Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft

§ 15. (1) Träger der Kranken- und Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz ist für das ganze Bundesgebiet die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft mit dem Sitz in Wien.

(2) Zur Erfüllung der dem Versicherungsträger obliegenden Aufgaben ist er berechtigt, nach Maßgabe der hierfür geltenden gesetzlichen Vorschriften

- Krankenanstalten, Heil- und Kuranstalten, Erholungs- und Genesungsheime, sonstige Einrichtungen der Krankenbehandlung und
- Einrichtungen zur Feststellung des Gesundheitszustandes

zu errichten, zu erwerben und zu betreiben oder sich an solchen Einrichtungen zu beteiligen. Die Neuerrichtung von Ambulatorien oder deren Erweiterung ist nur zulässig, wenn der Bedarf von der zur Genehmigung berufenen Behörde festgestellt ist. Der Versicherungsträger ist überdies berechtigt nach Maßgabe der jeweils hierfür geltenden Vorschriften Einrichtungen zur Erfüllung der in den §§ 157 bis 169 bezeichneten Aufgaben, ausgenommen Einrichtungen zur Durchführung von Maßnahmen gemäß § 19 Abs. 1 lit. a oder b des Arbeitsmarktförderungsgesetzes, BGBl. Nr. 31/1968, zu errichten, zu erwerben und zu betreiben oder sich an Einrichtungen zur Erfüllung der in den §§ 157 bis 169 bezeichneten Aufgaben zu beteiligen.

Zugehörigkeit zum Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

§ 16. Die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft gehört dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger an.

Rechtliche Stellung des Versicherungsträgers

§ 17. (1) Die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft ist eine Körperschaft des

öffentlichen Rechtes und hat Rechtspersönlichkeit. Sie ist berechtigt, das Wappen der Republik Österreich in Siegeln, Drucksorten und Aufschriften zu führen.

(2) Der allgemeine Gerichtsstand des Versicherungsträgers ist das sachlich und örtlich zuständige Gericht seines Sitzes.

ABSCHNITT IV

Meldungen und Auskunftspflicht

Meldungen der Pflichtversicherten

§ 18. (1) Die nach diesem Bundesgesetz Pflichtversicherten haben den Eintritt der Voraussetzungen für den Beginn und das Ende der Pflichtversicherung binnen zwei Wochen nach deren Eintritt dem Versicherungsträger zu melden. Die gleiche Meldepflicht hat der von der Pflichtversicherung gemäß § 4 Ausgenommene im Falle des Eintrittes oder des Wegfalles des Ausnahmegrundes.

(2) Die gemäß Abs. 1 Meldepflichtigen haben innerhalb der dort angegebenen Frist alle für das Versicherungsverhältnis bedeutsamen Änderungen sowie maßgebenden Ereignisse und Tatsachen nach deren Eintritt dem Versicherungsträger bekanntzugeben.

(3) Die Meldepflichten für die im § 3 Abs. 2 und 5 genannten Pflichtversicherten obliegen dem Träger der Einrichtung, in der die Ausbildung erfolgt.

(4) Von der Ausstellung von Ausweisen über Berechtigungen zur Ausübung der die Pflichtversicherung nach diesem Bundesgesetz begründenden Erwerbstätigkeit sowie vom Erlöschen solcher Berechtigungen hat die zuständige Behörde den Versicherungsträger unverzüglich zu verständigen.

Meldungen der freiwillig Versicherten

§ 19. Die gemäß den §§ 8, 9 und 12 freiwillig Versicherten haben alle für die Versicherung bedeutsamen Änderungen dem Versicherungsträger binnen der im § 18 Abs. 1 genannten Frist zu melden. Für die in der Krankenversicherung mitversicherten Familienangehörigen (§ 10) obliegt die gleiche Meldepflicht demjenigen, der die Anmeldung vorgenommen hat.

Meldungen der Leistungs(Zahlungs)empfänger

§ 20. Die Leistungsempfänger bzw. Zahlungsempfänger (§ 75) haben jede Änderung in den für den Fortbestand der Bezugsberechtigung maßgebenden Verhältnissen sowie jede Änderung ihres Wohnsitzes bzw. des Wohnsitzes des Anspruchsberechtigten binnen zwei Wochen dem Versicherungsträger anzuzeigen. Einkommensänderungen, die auf Grund der alljährlichen Rentenanpassung in der Kriegsoffer- und Heeresversorgung bewirkt werden, unterliegen nicht der Anzeigeverpflichtung.

Form der Meldungen, Meldebestätigungen

§ 21. (1) Die Meldungen gemäß § 18 sind mit den vom Versicherungsträger 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.

(2) Der Versicherungsträger hat das Einlangen der Meldung auf Verlangen des Versicherten zu bestätigen, wenn der Vordruck für die Meldebestätigung vom Versicherten ordnungsgemäß ausgefüllt und freigemacht vorgelegt wird.

Auskunftspflicht der Versicherten und der Leistungsempfänger

§ 22. Die Versicherten und die Leistungsempfänger bzw. Zahlungsempfänger (§ 75) haben dem Versicherungsträger über alle für das Versicherungsverhältnis und die Anspruchsberechtigung maßgebenden Umstände auf Anfrage längstens binnen zwei Wochen wahrheitsgemäß Auskunft zu erteilen und auf Verlangen des Versicherungsträgers alle Belege und Aufzeichnungen zur Einsicht vorzulegen, die für das Versicherungsverhältnis und die Anspruchsberechtigung von Bedeutung sind. Insbesondere haben sie alle für die Feststellung der Beiträge und für die Bemessung der Leistungen erforderlichen Auskünfte zu erteilen und die erforderlichen Steuerbescheide und sonstige Einkommensnachweise zur Einsicht vorzulegen.

Verstöße gegen die Melde-, Anzeige- und Auskunftspflicht

§ 23. Personen, die der ihnen auf Grund dieses Bundesgesetzes obliegenden Verpflichtung zur Erstattung von Meldungen und Anzeigen nicht oder nicht rechtzeitig nachkommen, die Erfüllung der Auskunftspflicht oder die Vorlage von Belegen verweigern oder in den ihnen obliegenden Meldungen, Anzeigen und Auskünften unwahre Angaben machen, begehen, wenn die Handlung nicht nach anderer Bestimmung einer strengeren Strafe unterliegt, eine Verwaltungsübertretung und werden von der Bezirksverwaltungsbehörde mit Geld bis zu 6000 S, im Falle der Uneinbringlichkeit mit Arrest bis zu zwei Wochen bestraft.

ABSCHNITT V

Aufbringung der Mittel

Arten der Aufbringung der Mittel

§ 24. Die Mittel der Kranken- und Pensionsversicherung sind durch Beiträge der Versicherten, in der Pensionsversicherung auch durch einen Beitrag des Bundes aufzubringen.

Beitragsgrundlage

§ 25. (1) Für die Ermittlung der Beitragsgrundlage für Pflichtversicherte gemäß § 2 Abs. 1 und gemäß § 3

Abs. 3 ist, soweit im folgenden nichts anderes bestimmt wird, ein Zwölftel der Einkünfte aus einer die Pflichtversicherung nach diesem Bundesgesetz begründenden Erwerbstätigkeit in dem dem Kalenderjahr, in das der Beitragsmonat (Abs. 10) fällt, drittvorangegangenen Kalenderjahr heranzuziehen; hiebei sind die für die Bemessung der Einkommensteuer herangezogenen Einkünfte des Pflichtversicherten zuzüglich der auf eine vorzeitige Abschreibung, auf eine Investitionsrücklage, auf einen Investitionsfreibetrag und auf einen nichtentnommenen Gewinn entfallenden Beträge zugrunde zu legen. Bei den gemäß § 2 Abs. 1 Z. 3 Pflichtversicherten sowie den Pflichtversicherten, die zu Geschäftsführern einer der Kammer der Wirtschaftstreuhand angehörenden Gesellschaft mit beschränkter Haftung bestellt sind, gelten als Einkünfte aus einer die Pflichtversicherung begründenden Erwerbstätigkeit die Einkünfte als Geschäftsführer und die Einkünfte als Gesellschafter der Gesellschaft mit beschränkter Haftung.

(2) Beitragsgrundlage ist der gemäß Abs. 1 ermittelte Betrag, vervielfacht mit dem Produkt aus der Richtzahl (§ 47) des Kalenderjahres, in das der Beitragsmonat (Abs. 10) fällt, und aus den Richtzahlen der beiden vorangegangenen Kalenderjahre.

(3) Hat der Pflichtversicherte Einkünfte aus mehreren die Pflichtversicherung nach diesem Bundesgesetz begründenden Erwerbstätigkeiten, so ist die Summe der Einkünfte aus diesen Erwerbstätigkeiten für die Ermittlung der Beitragsgrundlage heranzuziehen.

(4) Den Einkünften im Sinne des Abs. 1 und Abs. 3 sind gleichzuhalten:

1. im Falle der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung bei Verpächtern von Betrieben die Einkünfte aus der Verpachtung;

2. im Falle der Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung

a) bei Berufsschullehrern, die gemäß § 7 Z. 1 lit. f des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes nur in der Kranken- und Unfallversicherung teilversichert sind, die Einkünfte aus der Beschäftigung als Berufsschullehrer,

b) bei Witwen (Witwern), die den Betrieb des versicherten Ehegatten (der versicherten Ehegattin) fortführen bzw. die gemäß § 115 Abs. 4 Beiträge zur Pflichtversicherung entrichten, die Einkünfte, die der verstorbene Ehegatte (die verstorbene Ehegattin) erzielt hat.

(5) Die Beitragsgrundlage gemäß Abs. 2 beträgt,

1. wenn Einkünfte bei Beginn der Versicherung und in den folgenden zwei Kalenderjahren mangels Vorliegens der hierfür notwendigen Nachweise (§ 27 Abs. 4 und 5 und § 36) nicht festgestellt werden können, 4000 S monatlich;

2. in allen übrigen Fällen mindestens 5000 S monatlich (Mindestbeitragsgrundlage).

An die Stelle des in Z. 1 genannten Betrages von 4000 S und des in Z. 2 genannten Betrages von 5000 S treten ab 1. Jänner eines jeden Jahres die unter Bedachtnahme auf § 51 mit der jeweiligen Richtzahl (§ 47) vervielfachten Beträge.

(6) Die Beitragsgrundlage darf die Höchstbeitragsgrundlage nicht überschreiten. Höchstbeitragsgrundlage ist

1. in der Krankenversicherung das 35 fache der jeweiligen Höchstbeitragsgrundlage gemäß § 45 Abs. 1 lit. a des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes;

2. in der Pensionsversicherung der gemäß § 48 jeweils festgesetzte Betrag.

(7) Versicherte, deren Beitragsgrundlage mit einem Betrag festzusetzen ist, auf Grund dessen sie zufolge von Gesamtverträgen die ärztliche Hilfe als Sachleistung erhalten, sind berechtigt, die Festsetzung einer höheren Beitragsgrundlage innerhalb der im § 36 vorgesehenen Frist zu beantragen, um die ärztliche Hilfe und Heilmittel als Geldleistungen gemäß § 85 Abs. 2 lit. c in Anspruch nehmen zu können. Hiebei ist vom Gesamtbetrag der Einkünfte aus den im § 2 Abs. 3 des Einkommensteuergesetzes 1972 genannten Einkunftsarten auszugehen, der in dem Einkommensteuerbescheid ausgewiesen ist, der die im Sinne des Abs. 1 heranzuziehenden Einkünfte betrifft; Abs. 1 erster Satz zweiter Halbsatz und Abs. 2 sind entsprechend anzuwenden. Entspricht die so festgesetzte Beitragsgrundlage nicht jenen Voraussetzungen, zufolge welcher die ärztliche Hilfe als Geldleistung gemäß § 85 Abs. 2 lit. c gewährt wird, so ist jener Betrag als Beitragsgrundlage anzunehmen, bei dem diese Voraussetzungen erfüllt werden. Die Berechtigung zur freien Wahl einer höheren Beitragsgrundlage gilt auch in den Fällen des Abs. 5 Z. 1, sofern der Versicherte innerhalb von vier Wochen nach Zustellung der Verständigung über die Einbeziehung in die Pflichtversicherung einen solchen Antrag stellt.

(8) Die Bestimmungen des Abs. 7 gelten für pflichtversicherte Pensionisten (§ 3 Abs. 1) mit der Maßgabe, daß

a) von jener Beitragsgrundlage auszugehen ist, die sich unter Berücksichtigung der Pension, einschließlich der Zuschüsse und der Ausgleichszulage, jedoch ausschließlich der Ausgleichszulagenbeziehern gebührenden Zuschläge gemäß den §§ 139 Abs. 5 und 145 Abs. 4 ergäbe, und daß

b) zum Nachweis des Gesamtbetrages der Einkünfte jede Urkunde, die über die Einkommensverhältnisse des Versicherten ausreichen den Aufschluß geben kann, zugelassen ist.

Bei der Bemessung des Betrages im Falle der Wahl einer höheren Beitragsgrundlage ist die im Abs. 6 Z. 1 vorgesehene Höchstbeitragsgrundlage zu berücksichtigen und sind die im § 29 Abs. 2 vorgesehenen Hundertsätze anzuwenden.

(9) Beitragsgrundlage für die gemäß § 3 Abs. 2 und 5 Pflichtversicherten ist das Dreißigfache des Betrages gemäß § 44 Abs. 6 lit. a des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes.

(10) Als Beitragsmonat gilt jeweils der Kalendermonat, für den Beiträge zu entrichtet sind.

Beitragsgrundlage in der Pensionsversicherung in besonderen Fällen

§ 26. (1) Ist in einem Jahr, dessen Einkünfte für die Ermittlung der Beitragsgrundlage im Sinne des § 25 maßgeblich sind, durch ein Elementarereignis wie Hochwasser, Erdbeben, Vermurung oder Lawinen oder auf Grund von Maßnahmen der Gebietskörperschaften auf dem Gebiete des Bauwesens, insbesondere im Zuge des Ausbaues des Straßen-, Verkehrs- oder Kanalnetzes oder auf Grund von Maßnahmen nach dem Epidemiegesetz 1950, BGBl. Nr. 186, bzw. nach dem Tierseuchengesetz, RGBl. Nr. 177/1909, ein Entfall oder eine Minderung der Einkünfte unter den Durchschnitt der Einkünfte (§ 25) der letzten drei Kalenderjahre vor dem erstmaligen Entfall oder der erstmaligen Minderung eingetreten, so ist über Antrag dieser Durchschnitt der Ermittlung der Beitragsgrundlage zugrunde zu legen.

(2) Der Antrag gemäß Abs. 1 ist bis zum 30. Juni des Kalenderjahres einzubringen, in dem sich der Entfall bzw. die Minderung der Einkünfte auf die Beitragsgrundlage auswirkt. Kann innerhalb dieser Frist der rechtskräftige Einkommensteuerbescheid, in dem der Entfall bzw. die Minderung der Einkünfte ausgewiesen ist, mangels Vorliegens nicht beigebracht werden, so verlängert sich die Antragsfrist bis zum Ablauf des sechsten auf den Eintritt der Rechtskraft des Einkommensteuerbescheides folgenden Kalendermonates.

Beiträge zur Pflichtversicherung

§ 27. (1) Die Pflichtversicherten haben für die Dauer der Pflichtversicherung als Beitrag

1. in der Krankenversicherung 7,7 v. H.,
2. in der Pensionsversicherung 10,5 v. H.

der Beitragsgrundlage (§ 25) zu leisten. Der Beitrag ist auf volle Schilling zu runden. Zahlungen, die von einer Einrichtung zur wirtschaftlichen Selbsthilfe auf Grund einer Vereinbarung mit dem Versicherungsträger geleistet werden, sind auf den Beitrag anzurechnen.

(2) Für den Kalendermonat, in dem die Pflichtversicherung beginnt, ist der volle Beitrag zu leisten. Ist jedoch in einem Kalendermonat auf Grund einer vorangegangenen Beitragspflicht bereits ein Beitrag in der Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz oder in der Pensionsversicherung nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz zu entrichten, so beginnt die Beitragspflicht in der Kranken- oder Pensionsversicherung erst mit dem nächsten Monatsersten.

(3) Beginnt in den Fällen des § 25 Abs. 4 Z. 2 lit. b die Berechtigung zur Fortführung der Erwerbstätigkeit des verstorbenen Ehegatten (der verstorbenen Ehegattin) oder das Gesellschaftsverhältnis der Witwe (des Witwers) bereits im Monat des Ablebens des Ehegatten (der Ehegattin), so beginnt die Beitragspflicht in der Pensionsversicherung mit dem auf das Ableben des versicherten Ehegatten (der versicherten Ehegattin) folgenden Monatsersten, sofern für den verstorbenen Ehegatten (die verstorbene Ehegattin) im Monat des Ablebens Beitragspflicht bestanden hat. Dies gilt entsprechend für die Fälle des § 115 Abs. 4. Die Beitragspflicht endet in der Krankenversicherung mit dem Ende der Pflichtversicherung gemäß § 7 Abs. 1, in der Pensionsversicherung mit dem Ende der Pflichtversicherung gemäß § 7 Abs. 2, spätestens mit dem Letzten des Kalendermonates, in dem die Anspruchsvoraussetzung des § 130 Abs. 2 erfüllt wird.

(4) Kommt der Pflichtversicherte seiner Verpflichtung zur Vorlage des Einkommensteuerbescheides gemäß § 36 oder seiner Auskunftspflicht gemäß § 22 nicht rechtzeitig nach, so hat er, solange er dieser Pflicht nicht nachkommt, unbeschadet der Bestimmung des Abs. 5 monatlich einen von der Höchstbeitragsgrundlage (§ 25 Abs. 6) bemessenen Beitrag zu leisten. Dies gilt nicht, wenn der rechtskräftige Einkommensteuerbescheid innerhalb der im § 36 vorgesehenen Frist mangels Vorliegens nicht beigebracht werden kann. In diesem Fall ist der Beitrag bis zur Vorlage des entsprechenden Einkommensnachweises vorläufig auf Grund der Beitragsgrundlage des vorangegangenen Kalenderjahres zu bemessen. In der Pensionsversicherung wird die Höhe der Beitragsgrundlage gemäß § 25 durch die vorstehenden Bestimmungen nicht berührt.

(5) Bei nachträglicher Erfüllung der Vorlage- und Auskunftspflicht ändert sich der Beitrag gemäß Abs. 4 – in der Krankenversicherung für das laufende Kalenderjahr – auf jenen Betrag, der bei rechtzeitiger Erfüllung der Vorlage- und Auskunftspflicht zu leisten gewesen wäre.

(6) Sind in dem betreffenden Kalenderjahr bereits Leistungen nach Maßgabe der §§ 85 Abs. 2 lit. c bzw. 96 Abs. 2 bezogen worden, so ist eine Herabsetzung der Beitragsgrundlage in der Krankenversicherung unter den Betrag ausgeschlossen, der auf Grund vertraglicher Regelungen für die Gewährung der ärztlichen Hilfe als Sachleistung festgesetzt wurde.

Beiträge zur Krankenversicherung während der Leistung des Präsenzdienstes

§ 28. (1) Für die Dauer des auf Grund der Bestimmungen des Wehrgesetzes 1978 zu leistenden ordentlichen oder außerordentlichen Präsenzdienstes ruht die Beitragspflicht des wehrpflichtigen Versicherten. Das gleiche gilt hinsichtlich der Beitragspflicht für den familienversicherten Angehörigen (§ 10).

(2) Der Bund hat an den Versicherungsträger einen Pauschalbetrag für jeden Angehörigen gemäß § 83 des im ordentlichen oder außerordentlichen Präsenzdienst stehenden Versicherten in der jeweils gemäß § 56 a Abs. 2 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes geltenden Höhe sowie für jeden Familienangehörigen des im ordentlichen oder außerordentlichen Präsenzdienst stehenden Versicherten, für den eine Familienversicherung abgeschlossen wurde (§ 10), den Familienbeitrag in der bisherigen Höhe zu leisten.

Beiträge zur Krankenversicherung der Pensionisten

§ 29. (1) Aus den Mitteln der Pensionsversicherung ist zur Krankenversicherung der Pensionisten ein Beitrag zu leisten. Er beträgt 10,5 v. H. des für das laufende Geschäftsjahr erwachsenden Aufwandes an Pensionen und Pensionssonderzahlungen, soweit sie nicht an gemäß § 8 Abs. 1 Z. 1 lit. d des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes pflichtversicherte Pensionisten gezahlt werden. Zum Pensionsaufwand zählen die Pensionen und die Pensionssonderzahlungen einschließlich der Zuschüsse, ausschließlich der Zuschläge gemäß den §§ 139 Abs. 5 und 145 Abs. 4 und der Ausgleichszulagen.

(2) Der Versicherungsträger hat von jeder an eine der im § 3 Abs. 1 genannten Personen zur Auszahlung gelangenden Pension und Pensionssonderzahlung mit Ausnahme von Waisenspensionen einen Betrag von 3 v. H. einzubehalten, wenn und solange sich der in Betracht kommende Pensionist im Inland aufhält und nicht gemäß § 4 Abs. 1 oder 2 von der Pflichtversicherung ausgenommen ist. Zu den Pensionen sowie zu den Pensionssonderzahlungen zählen auch die Zuschüsse und die Ausgleichszulagen, nicht jedoch die Zuschläge gemäß § 139 Abs. 5 und § 145 Abs. 4. Der Einbehalt ist auch vorzunehmen, wenn sich der Pensionist ständig in einem Staat aufhält, mit dem ein zwischenstaatliches Übereinkommen besteht, das die Krankenversicherung der Pensionisten nach diesem Bundesgesetz einschließt, es sei denn, daß das Übereinkommen Gegenteiliges bestimmt.

(3) Bei Pflichtversicherten gemäß § 3 Abs. 1, die gemäß § 25 Abs. 8 eine höhere Beitragsgrundlage gewählt haben, ist auf den sich hieran ergebenden Beitrag der gemäß Abs. 2 einzubehaltende Betrag anzurechnen.

Beiträge zur Weiterversicherung in der Krankenversicherung

§ 30. (1) Beitragsgrundlage für Weiterversicherte in der Krankenversicherung ist die Höchstbeitragsgrundlage (§ 25 Abs. 6 Z. 1).

(2) Die Weiterversicherung ist

1. auf Antrag des Versicherten,
2. in den Fällen, in denen das auf Scheidung lautende Urteil den Ausspruch im Sinne des § 61

Abs. 3 Ehegesetz enthält, auch auf Antrag des Ehegatten, der die Ehescheidungsklage eingebracht hat,

soweit dies nach den wirtschaftlichen Verhältnissen des Versicherten bzw. in den Fällen der Z. 2 nach den wirtschaftlichen Verhältnissen des Ehegatten, der die Ehescheidungsklage eingebracht hat, gerechtfertigt erscheint, auf einer niedrigeren als der gemäß Abs. 1 in Betracht kommenden Beitragsgrundlage, jedoch nicht unter der Mindestbeitragsgrundlage (§ 25 Abs. 5 Z. 2) zuzulassen. Die Herabsetzung der Beitragsgrundlage wirkt, wenn der Antrag zugleich mit dem Antrag auf Weiterversicherung oder innerhalb der sechsmonatigen Frist des § 8 Abs. 2 bzw. Abs. 3 bzw. Abs. 5 gestellt wird, ab dem Beginn der Weiterversicherung, sonst ab dem auf die Antragstellung folgenden Monatsersten; die Herabsetzung gilt jeweils bis zum Ablauf des nächstfolgenden Kalenderjahres.

(3) Bei Prüfung der wirtschaftlichen Verhältnisse gemäß Abs. 2 sind auch Unterhaltsverpflichtungen von Ehegatten, auch geschiedenen Ehegatten, gegenüber dem Versicherten zu berücksichtigen. Als monatliche Unterhaltsverpflichtungen gelten, gleichviel ob und in welcher Höhe die Unterhaltsleistung tatsächlich erbracht wird, während des Bestandes der Ehe 30 v. H., nach Scheidung der Ehe 15 v. H., des nachgewiesenen monatlichen Nettoeinkommens des Unterhaltspflichtigen. Wenn und solange das Nettoeinkommen des Unterhaltspflichtigen nicht nachgewiesen wird, ist

a) während des Bestandes der Ehe anzunehmen, daß eine Herabsetzung in den wirtschaftlichen Verhältnissen des Versicherten nicht gerechtfertigt erscheint,

b) nach Scheidung der Ehe als monatliche Unterhaltsverpflichtung die Mindestbeitragsgrundlage gemäß § 25 Abs. 5 Z. 2 anzunehmen.

Ist die Unterhaltsforderung trotz durchgeführter Zwangsmaßnahmen einschließlich gerichtlicher Exekutionsführung uneinbringlich oder erscheint die Verfolgung des Unterhaltsanspruches offenbar aussichtslos, unterbleibt eine Zurechnung zum Nettoeinkommen.

(4) Die Weiterversicherten haben für die Dauer der Versicherung einen Beitrag zu entrichten, der mit dem für Pflichtversicherte geltenden Beitragssatz zu bemessen ist.

Beiträge zur Zusatzversicherung in der Krankenversicherung

§ 31. (1) Versicherte, die gemäß § 9 eine Zusatzversicherung abgeschlossen haben, haben für die Dauer dieser Versicherung den Beitrag nach Maßgabe des Abs. 2 zu entrichten (Zusatzbeitrag).

(2) Der Beitrag gemäß Abs. 1 ist durch die Satzung festzusetzen. Er darf höchstens 100 v. H. des Beitrages der Versicherten zur Pflichtversicherung betragen. Die Beiträge sind so festzusetzen, daß mit dem sich hieraus ergebenden Beitragsaufkommen der

laufende Aufwand der Zusatzversicherung gedeckt und weiters die Ansammlung bzw. die Erhaltung einer gesonderten Barreserve in der Höhe des dreifachen durchschnittlichen Monatsaufwandes der Zusatzversicherung der letzten zwei Geschäftsjahre sichergestellt erscheint.

Beiträge zur Familienversicherung in der Krankenversicherung

§ 32. (1) Versicherte, die gemäß § 10 eine Familienversicherung abgeschlossen haben, haben für die Dauer dieser Versicherung den Beitrag nach Maßgabe des Abs. 2 zu entrichten (Familienbeitrag).

(2) Der Beitrag gemäß Abs. 1 beträgt

1. für die Ehegattin (den Ehegatten) . . . 50 v. H.,
2. für sonstige Familienangehörige
im Sinne des § 10 Abs. 2
 - a) vor Vollendung des 18. Lebensjahres 25 v. H.,
 - b) nach Vollendung des 18. Lebensjahres 100 v. H.

des jeweiligen Beitrages des Pflichtversicherten. Hiebei ist bei pflichtversicherten Pensionisten (§ 3 Abs. 1) von einem Beitrag auszugehen, der sich bei Anwendung des für Pflichtversicherte geltenden Beitragshundertsatzes auf die Pension einschließlich der Zuschüsse und Ausgleichszulagen, jedoch ausschließlich der Ausgleichszulagenempfängern gebührenden Zuschläge gemäß den §§ 139 Abs. 5 und 145 Abs. 4 ergäbe.

Beiträge zur Weiterversicherung und zur Höherversicherung in der Pensionsversicherung

§ 33. (1) Beitragsgrundlage für die Weiterversicherten in der Pensionsversicherung ist die letzte Beitragsgrundlage vor dem Ausscheiden aus der Pflichtversicherung. Die Beitragsgrundlage ist mit dem sich gemäß Abs. 2 ergebenden Faktor zu vervielfachen.

(2) Der gemäß Abs. 1 anzuwendende Faktor ergibt sich aus der Teilung der Höchstbeitragsgrundlage des Jahres, für das die Beiträge entrichtet werden, durch die Höchstbeitragsgrundlage des Jahres, aus dem die gemäß Abs. 1 heranzuziehende Beitragsgrundlage stammt.

(3) Die Weiterversicherung ist auf Antrag des Versicherten, soweit dies nach den wirtschaftlichen Verhältnissen des Antragstellers gerechtfertigt erscheint, auf einer niedrigeren als der gemäß Abs. 1 und 2 in Betracht kommenden Beitragsgrundlage, jedoch nicht unter der Mindestbeitragsgrundlage (§ 25 Abs. 5 Z. 2) zuzulassen. Eine solche Änderung der Beitragsgrundlage gilt jeweils bis zum Ablauf des nächstfolgenden Kalenderjahres. Wurde die Weiterversicherung auf einer niedrigeren als der gemäß Abs. 1 und 2 in Betracht kommenden Beitragsgrundlage zugelassen, so hat der Versicherungsträger bei einer Änderung in den wirtschaftlichen Verhältnissen des Versicherten auf dessen Antrag eine Erhöhung der Beitragsgrundlage bis auf das gemäß Abs. 1 und 2

in Betracht kommende Ausmaß vorzunehmen. Eine solche Erhöhung hat der Versicherungsträger auch von Amts wegen vorzunehmen, wenn ihm eine entsprechende Änderung in den wirtschaftlichen Verhältnissen des Versicherten bekannt wird. Solche Festsetzungen wirken in allen diesen Fällen nur für die Zukunft.

(4) § 30 Abs. 3 gilt mit der Maßgabe entsprechend, daß an Stelle der in lit. b genannten Mindestbeitragsgrundlage ein Betrag im Ausmaß von 30 v. H. der Höchstbeitragsgrundlage gemäß § 25 Abs. 6 Z. 2 tritt.

(5) Die Beitragsgrundlage ist ab 1. Jänner eines jeden Jahres mit dem Faktor zu vervielfachen, der sich aus der Teilung der Höchstbeitragsgrundlage dieses Jahres durch die Höchstbeitragsgrundlage des vorangegangenen Jahres ergibt, jedoch höchstens bis zu dem Betrag der Höchstbeitragsgrundlage in der Pensionsversicherung. Der vervielfachte Betrag ist auf volle Schilling zu runden.

(6) Die Weiterversicherten haben einen Beitrag zu entrichten, der mit dem Doppelten des für Pflichtversicherte geltenden Beitragshundertsatzes zu bemessen ist.

(7) Für die Höherversicherung sind Beiträge in einer vom Versicherten gewählten Höhe zu entrichten; der jährliche Beitrag darf sechs Siebentel der doppelten Höchstbeitragsgrundlage gemäß § 48 Abs. 3 nicht übersteigen.

(8) Die Beiträge gemäß Abs. 6 und 7 sind vom Versicherten selbst zu tragen. Die Beiträge zur Weiterversicherung sind zu Beginn eines jeden Kalendermonates fällig. Die Beiträge zur Höherversicherung sind spätestens am 31. Dezember des Jahres einzuzahlen, für das sie gelten.

Überweisung aus dem Aufkommen an Gewerbesteuer; Bundesbeitrag

§ 34. (1) In der Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz hat der Bund dem Versicherungsträger aus dem Aufkommen an Gewerbesteuer nach dem Gewerbeertrag und dem Gewerbekapital für jedes Geschäftsjahr einen Betrag in der Höhe der für dieses Jahr fällig gewordenen Beiträge zur Pensionsversicherung gemäß § 27 zu überweisen.

(2) Über den Betrag gemäß Abs. 1 hinaus leistet der Bund für jedes Geschäftsjahr einen Beitrag in der Höhe des Betrages, um den 101,5 v. H. der Aufwendungen die Erträge übersteigen. Hiebei sind bei den Aufwendungen die Ausgleichszulagen, bei den Erträgen der Bundesbeitrag und die Ersätze für Ausgleichszulagen außer Betracht zu lassen.

(3) Der dem Versicherungsträger gemäß Abs. 1 und 2 gebührende Beitrag des Bundes ist in den Monaten April und September mit einem Betrag in der Höhe des voraussichtlichen Aufwandes der in den folgenden Monaten zur Auszahlung gelangenden Pensionssonderzahlungen zu bevorschussen. Der restliche Beitrag des Bundes ist monatlich im erforderlichen Ausmaß, nach Tunlichkeit mit je einem Zwölftel zu bevorschussen.

Fälligkeit und Einzahlung der Beiträge; Verzugszinsen

§ 35. (1) Die Beiträge sind mit dem Ablauf des Kalendermonates fällig, für den sie zu leisten sind. Der Beitragsschuldner hat unbeschadet der Bestimmungen des Abs. 4 auf seine Gefahr und Kosten die Beiträge an den Versicherungsträger unaufgefordert einzuzahlen. Sie bilden mit den Beiträgen zur Unfallversicherung eine einheitliche Schuld. Teilzahlungen werden anteilmäßig und bei Beitragsrückständen auf den jeweils ältesten Rückstand angerechnet.

(2) Werden die Beiträge durch den Versicherungsträger für die Beitragsmonate eines Kalendervierteljahres gemeinsam vorgeschrieben, so sind diese Beiträge mit dem Ablauf des zweiten Monats des betreffenden Kalendervierteljahres fällig.

(3) Werden die Beiträge nicht innerhalb von elf Tagen nach der Fälligkeit eingezahlt, so sind von diesen rückständigen Beiträgen Verzugszinsen in der Höhe von 8,5 v. H. 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. Der Versicherungsträger kann die Verzugszinsen herabsetzen oder nachsehen, wenn durch die Einhebung in voller Höhe die wirtschaftlichen Verhältnisse des Beitragsschuldners gefährdet wären. Die Verzugszinsen können überdies nachgesehen werden, wenn es sich um einen kurzfristigen Zahlungsverzug handelt und der Beitragsschuldner ansonsten regelmäßig seine Beitragspflicht erfüllt hat.

(4) Die Mitglieder der Österreichischen Dentistenkammer (§ 3 Abs. 3 Z. 2), die freiberuflich tätigen bildenden Künstler (§ 3 Abs. 3 Z. 4) und die freiberuflich tätigen Pflichtmitglieder der Tierärztekammern (§ 3 Abs. 3 Z. 5) haben die Beiträge in der Pensionsversicherung an den zur Einhebung der Beiträge in der Kranken- und Unfallversicherung dieser Personen zuständigen Träger der Krankenversicherung einzuzahlen. Der Träger der Krankenversicherung hat diese eingezahlten Beiträge bis zum 20. des der Einzahlung zweitfolgenden Kalendermonates an den Versicherungsträger nach diesem Bundesgesetz abzuführen. Für die Einziehung dieser Beiträge gelten die Vorschriften über die Einziehung der Beiträge nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz entsprechend.

Vorlage des Einkommensteuerbescheides (der Einkommensnachweise)

§ 36. Die gemäß § 2 Abs. 1 sowie die gemäß § 3 Abs. 3 Pflichtversicherten haben, sofern nicht ihre Beitragsgrundlage gemäß § 25 Abs. 5 Z. 1 ermittelt wird, bis 30. November eines jeden Kalenderjahres dem Versicherungsträger den für die Feststellung der Beitragsgrundlage für das jeweils nächstfolgende Kalenderjahr maßgebenden rechtskräftigen Einkommensteuerbescheid zur Einsicht vorzulegen.

Verfahren zur Eintreibung der Beiträge

§ 37. (1) Dem Versicherungsträger ist zur Eintreibung nicht rechtzeitig entrichteter Beiträge die Einbringung im Verwaltungswege gewährt (§ 3 Abs. 3 Verwaltungsvollstreckungsgesetz 1950).

(2) Der Versicherungsträger hat zur Eintreibung nicht rechtzeitig entrichteter Beiträge einen Rückstandsausweis anzufertigen. Dieser Ausweis hat den Namen und die Anschrift des Beitragsschuldners, den rückständigen Betrag, die Art des Rückstandes samt Nebengebühren, den Beitragszeitraum, auf den die rückständigen Beiträge entfallen, allenfalls vorgeschriebene Verzugszinsen und sonstige Nebengebühren sowie den Vermerk des Versicherungsträgers zu enthalten, daß der Rückstandsausweis einem die Vollstreckbarkeit hemmenden Rechtszug nicht unterliegt. Der Rückstandsausweis ist Exekutionstitel im Sinne des § 1 der Exekutionsordnung. Im Rückstandsausweis können, wenn dies aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung angezeigt erscheint, die Beiträge zur Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung als einheitliche Summe und die darauf entfallenden Verzugszinsen und Nebengebühren ebenfalls als einheitliche Summe ausgewiesen werden.

(3) Vor Ausstellung eines Rückstandsausweises ist der rückständige Betrag einzumahnen. Die Bestimmungen des § 227 Abs. 2 und Abs. 3 und des § 228 der Bundesabgabenordnung, BGBl. Nr. 194/1961, sind entsprechend anzuwenden.

(4) Als Nebengebühren kann der Versicherungsträger in den Rückstandsausweis einen pauschalierten Kostenersatz für die durch die Einleitung und Durchführung der zwangsweisen Eintreibung bedingten Verwaltungsauslagen mit Ausnahme der im Verwaltungsweg oder im gerichtlichen Weg zuzusprechenden Kosten aufnehmen; der Anspruch auf die im Verwaltungsweg oder im gerichtlichen Weg zuzusprechenden Kosten wird hiedurch nicht berührt. Der pauschalierte Kostenersatz beträgt ein Halbes vom Hundert des einzutreibenden Betrages, mindestens jedoch 20 S. Der Ersatz kann für dieselbe Schuldigkeit nur einmal vorgeschrieben werden. Allfällige Anwaltskosten des Verfahrens zur Eintreibung der Beiträge dürfen nur insoweit beansprucht werden, als sie im Verfahren über Rechtsmittel auflaufen. Die vorgeschriebenen und eingehobenen Verwaltungskostenersätze verbleiben dem Versicherungsträger.

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

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

(2) Bei der Zwangsverwaltung von Betriebsliegenschaften sowie bei der Zwangsverwaltung oder

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

Sicherung der Beiträge

§ 39. Die Bestimmungen der §§ 232 und 233 der Bundesabgabenordnung, BGBl. Nr. 194/1961, sind auf Beitragsforderungen nach diesem Bundesgesetz mit der Maßgabe entsprechend anzuwenden, daß an Stelle der Abgabenbehörde der Versicherungsträger tritt. Gegen den Sicherstellungsauftrag ist das Rechtsmittel des Einspruches (§ 412 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes) gegeben.

Verjährung der Beiträge

§ 40. (1) Das Recht auf Feststellung der Verpflichtung zur Zahlung von Beiträgen verjährt binnen zwei Jahren vom Tag der Fälligkeit der Beiträge. Diese Verjährungsfrist der Feststellung verlängert sich jedoch auf fünf Jahre, wenn der Versicherte die Erstattung einer Anmeldung bzw. Änderungsmeldung oder Angaben über das Versicherungsverhältnis bzw. über die Grundlagen für die Berechnung der Beiträge unterlassen oder unrichtige Angaben über das Versicherungsverhältnis bzw. über die Grundlagen für die Berechnung der Beiträge gemacht hat, die er bei gehöriger Sorgfalt als unrichtig hätte erkennen müssen. Die Verjährung des Feststellungsrechtes wird durch jede zum Zwecke der Feststellung getroffene Maßnahme in dem Zeitpunkt unterbrochen, in dem der Zahlungspflichtige hiervon in Kenntnis gesetzt wird.

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

(3) Sind fällige Beiträge durch eine grundbücherliche Eintragung gesichert, so kann innerhalb von 30 Jahren nach erfolgter Eintragung gegen die Geltendmachung des dadurch erworbenen Pfandrechtes die seither eingetretene Verjährung des Rechtes auf Einforderung der Beiträge nicht geltend gemacht werden.

Rückforderung ungebührlich entrichteter Beiträge

§ 41. Zu Ungebühr entrichtete Beiträge können innerhalb von zwei Jahren nach der Zahlung zurückgefordert werden. Wird die Ungebührlichkeit der Entrichtung der Beiträge durch den Versicherungsträger anerkannt oder im Verwaltungsverfahren festgestellt, so können diese Beiträge innerhalb von zwei Jahren nach dem Anerkenntnis bzw. nach dem Eintritt der Rechtskraft der Feststellung im Verwaltungsverfahren zurückgefordert werden. Die Rückforderung von Beiträgen, durch welche eine Formalversicherung begründet wurde, sowie von Beiträgen zu einer Versicherung, aus der in der Zeit, für welche Beiträge ungebührlich entrichtet wurden, eine Leistung erbracht wurde, ist ausgeschlossen.

Verzugszinsen, Mahngebühren und Verwaltungskostenersätze

§ 42. Die Bestimmungen über Eintreibung und Sicherung, Verjährung und Rückforderung von Beiträgen gelten entsprechend für Verzugszinsen, Mahngebühren und Verwaltungskostenersätze.

Verwendung der Mittel

§ 43. Die Mittel der Versicherung dürfen nur für die gesetzlich vorgeschriebenen oder zulässigen Zwecke verwendet werden. Zu den zulässigen Zwecken gehören auch die Aufklärung und Information im Rahmen der Zuständigkeit des Versicherungsträgers.

Unterstützungsfonds

§ 44. (1) Der Versicherungsträger kann einen Unterstützungsfonds anlegen.

(2) Dem Unterstützungsfonds können

1. für den Bereich der Krankenversicherung
 - a) bis zu 25 v. H. des im Rechnungsabschluß nachgewiesenen Gebarungüberschusses, höchstens jedoch 1 v. H. der Erträge an Versicherungsbeiträgen, oder
 - b) bis zu 3 v. T. der Erträge an Versicherungsbeiträgen,
2. für den Bereich der Pensionsversicherung
 - a) bis zu 5 v. H. des im Rechnungsabschluß nachgewiesenen Gebarungüberschusses, oder
 - b) bis zu 1 v. T. der Erträge an Versicherungsbeiträgen zuzüglich der Überweisungen aus dem Aufkommen an Gewerbesteuer gemäß § 34 Abs. 1

überwiesen werden.

(3) Überweisungen gemäß Abs. 2 Z. 1 lit. b und Z. 2 lit. b dürfen nur soweit erfolgen, daß die Mittel des Unterstützungsfonds am Ende des Geschäftsjahres im Bereich der Krankenversicherung den Betrag von 5 v. T. der Erträge an Versicherungsbeiträgen aus dieser Versicherung, im Bereich der Pensionsversicherung den Betrag von 2 v. T. der Erträge an Versicherungsbeiträgen aus dieser Versicherung nicht übersteigen.

(4) Die Mittel des Unterstützungsfonds können in besonders berücksichtigungswürdigen Fällen, insbesondere in Berücksichtigung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse des zu Unterstützenden, für Unterstützungen nach Maßgabe der hiefür vom Vorstand im Einvernehmen mit dem Überwachungsausschuß zu erlassenden Richtlinien (§ 209 Abs. 1 Z. 6) verwendet werden.

ABSCHNITT VI

Befreiung von Abgaben

Persönliche Abgabenfreiheit

§ 45. Der Versicherungsträger genießt die persönliche Gebührenfreiheit von den Stempel- und Rechtsgebühren. Inwieweit er Körperschaftsteuerpflichtig ist, wird durch das Körperschaftsteuergesetz bestimmt.

Sachliche Abgabenfreiheit

§ 46. (1) Von der Entrichtung der bundesrechtlich geregelten öffentlichen Abgaben, der Bundesverwaltungsabgaben sowie der Gerichts- und Justizverwaltungsgebühren sind unbeschadet des § 6 des Umsatzsteuergesetzes 1972 und der Bestimmungen des Abs. 2 befreit:

1. Rechtsgeschäfte, Rechtsurkunden, sonstige Schriften sowie die im Verfahren vor den Gerichten und Verwaltungsbehörden durchgeführten Amtshandlungen, wenn sie die Übertragung von Liegenschaften, Räumen, Einrichtungsgegenständen und Gerätschaften betreffen, die zwischen dem Versicherungsträger und anderen Trägern der Sozialversicherung (dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger) vorgenommen wird, auch wenn diese Gegenstände nicht ganz oder überwiegend der Erfüllung der Aufgaben der Versicherungsträger dienen;

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

a) in Durchführung der in diesem Bundesgesetz geregelten Versicherungen zwischen dem Versicherungsträger einerseits und den Versicherten,

den Anspruchswerbern und Anspruchsberechtigten auf Leistungen der Versicherung, den Vertragspartnern des Versicherungsträgers sowie den Trägern der Sozialhilfe andererseits,

b) vom Versicherungsträger zur Beschaffung, Sicherung, Instandhaltung oder Erneuerung von Liegenschaften, Räumen, Einrichtungsgegenständen und Gerätschaften, die der Erfüllung der Aufgaben der Versicherung dienen, soweit sie nicht ausschließlich oder überwiegend für die Anlage von Vermögensbeständen bestimmt sind;

3. alle Amtshandlungen, Urkunden und sonstigen Schriften, die zur Bildung der Verwaltungskörper des Versicherungsträgers notwendig sind;

4. Kostenbeteiligungen (Zuzahlungen), die von den Versicherten bei der Inanspruchnahme der nach diesem Bundesgesetz gebührenden Leistungen zu tragen sind.

(2) In einem Exekutionsverfahren, das vom Versicherungsträger zur Eintreibung nicht rechtzeitig entrichteter Beiträge eingeleitet wird, ist der Verpflichtete von den Gerichts- und Justizverwaltungsgebühren nicht befreit.

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

(4) Das Disziplinarverfahren gegen Bedienstete des Versicherungsträgers ist von den Stempel- und Rechtsgebühren befreit.

ABSCHNITT VII

Pensionsanpassung

Richtzahl, Anpassungsfaktor und Aufwertungsfaktoren

§ 47. Die nach den Vorschriften des Abschnittes VIa des Ersten Teiles des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes ermittelte und kundgemachte Richtzahl gilt auch für die Pensionsanpassung nach diesem Bundesgesetz; der Bundesminister für soziale Verwaltung hat den für den Bereich des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes durch Verordnung festgesetzten Anpassungsfaktor und die Aufwertungsfaktoren auch für den Bereich dieses Bundesgesetzes als verbindlich zu erklären.

Festsetzung der Höchstbeitragsgrundlage in der Pensionsversicherung

§ 48. (1) Die Höchstbeitragsgrundlage wird entsprechend der Änderung des Meßbetrages (Abs. 2) festgesetzt.

(2) Für das Jahr 1966 beträgt der Meßbetrag 192,60 S. Für jedes weitere Kalenderjahr ist dieser Meßbetrag neu festzusetzen. Der neue Meßbetrag ergibt sich aus der Vervielfachung des letzten Meßbetrages mit der Richtzahl (§ 47) des Kalenderjahres, für das der Meßbetrag neu festzusetzen ist. Der Meßbetrag ist auf Groschen zu runden.

(3) Höchstbeitragsgrundlage für die Beitragsmonate eines Kalenderjahres ist das Fünfunddreißigfache des auf volle 10 S aufgerundeten Meßbetrages dieses Kalenderjahres.

Feststellung der veränderlichen Werte durch den Bundesminister für soziale Verwaltung

§ 49. Durch Verordnung sind für jedes Kalenderjahr festzustellen:

- a) der Meßbetrag gemäß § 48 Abs. 2,
- b) die Höchstbeitragsgrundlage gemäß § 48 Abs. 3.

Anpassung der Pensionen

§ 50. (1) Mit Wirksamkeit ab 1. Jänner eines jeden Jahres sind

- a) alle Pensionen, für die der Stichtag (§ 113 Abs. 2) vor dem 1. Jänner dieses Jahres liegt,
- b) alle Hinterbliebenenpensionen, für die der Stichtag (§ 113 Abs. 2) am 1. Jänner dieses Jahres liegt, wenn diese Pensionen von der Pension bemessen wurden, auf die der Verstorbene am Todestag Anspruch hatte,

mit dem Anpassungsfaktor zu vervielfachen. Lit. b ist nicht anzuwenden, wenn der Stichtag für die Pension des Verstorbenen gleichfalls am 1. Jänner dieses Jahres liegt.

(2) Der Anpassung gemäß Abs. 1 ist die Pension zugrunde zu legen, auf die nach den am 31. Dezember des vorangegangenen Jahres in Geltung gestandenen Vorschriften Anspruch bestand, jedoch mit Ausnahme der Kinderzuschüsse, des Hilflosenzuschusses, der Ausgleichszulage und des Zuschlages gemäß § 139 Abs. 5 und § 145 Abs. 4 und vor Anwendung von Ruhensbestimmungen. Sie erfaßt im gleichen Ausmaß alle Pensionsbestandteile.

(3) Zu der gemäß Abs. 1 und 2 gebührenden Pension treten im Sinne der Abs. 1 und 2 angepaßte Kinderzuschüsse, der Hilflosenzuschuß, die Ausgleichszulage und die Zuschläge gemäß § 139 Abs. 5 und § 145 Abs. 4 nach den hiefür geltenden Vorschriften.

(4) Bei der Anwendung des § 125 tritt an die Stelle des Betrages der Bemessungsgrundlage aus einem früheren Versicherungsfall der Betrag, der sich aus der Vervielfachung dieser Bemessungsgrundlage mit dem Anpassungsfaktor ergibt, der auf die entzogene (erloschene) Pension im Falle ihrer Weitergewährung anzuwenden gewesen wäre. Sind in zeitlicher Folge mehrere Anpassungsfaktoren anzuwenden, ist die Vervielfachung in der Weise vorzunehmen, daß ihr jeweils der für das vorangegangene Jahr ermittelte Betrag zugrunde zu legen ist.

(5) Abs. 4 gilt entsprechend bei der Anwendung des § 148.

Anpassung fester Beträge

§ 51. Sind nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes feste Beträge mit der Richtzahl bzw. mit dem Anpassungsfaktor zu vervielfachen, ist diese Vervielfachung mit Wirksamkeit ab 1. Jänner eines jeden Jahres in der Weise vorzunehmen, daß der Vervielfachung mit der Richtzahl bzw. mit dem Anpassungsfaktor der am 31. Dezember des vorangegangenen Jahres in Geltung gestandene Betrag zugrunde zu legen ist. Die vervielfachten Beträge, ausgenommen der Meßbetrag gemäß § 48, sind auf volle Schilling zu runden. Die sich hienach ergebenden Beträge sind durch Verordnung des Bundesministers für soziale Verwaltung festzustellen.

Anpassung der Leistungen von Amts wegen

§ 52. Die Anpassung der Leistungen gemäß den Bestimmungen des § 50 ist von Amts wegen vorzunehmen.

Vorausberechnung der Gebarung und Sicherung der Mittel der Pensionsversicherung

§ 53. (1) Das Bundesministerium für soziale Verwaltung hat alljährlich mit der Berechnung gemäß § 108 e Abs. 12 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes dem Beirat für die Renten- und Pensionsanpassung (§ 108 e des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes) auch eine Berechnung der voraussichtlichen Gebarung des Versicherungsträgers in der Pensionsversicherung für die folgenden fünf Jahre vorzulegen.

(2) Reichen die Beiträge der Versicherten (§ 27), der Beitrag des Bundes und die Überweisung aus Mitteln der Gewerbesteuer (§ 34) zur Bedeckung des Aufwandes des Versicherungsträgers in der Pensionsversicherung nicht aus, hat der Bundesminister für soziale Verwaltung der Bundesregierung rechtzeitig Maßnahmen zur Herstellung des finanziellen Gleichgewichtes vorzuschlagen, wobei auch auf die Bildung entsprechender Vermögensreserven Bedacht zu nehmen ist.

ZWEITER TEIL

Leistungen

ABSCHNITT I

Allgemeine Bestimmungen über Leistungsansprüche

Entstehen der Leistungsansprüche

§ 54. Die Ansprüche auf die Leistungen aus der Kranken- und Pensionsversicherung entstehen in dem Zeitpunkt, in dem die hiefür vorgesehenen Voraussetzungen erfüllt werden.

Anfall der Leistungen

§ 55. (1) Soweit nichts anderes bestimmt ist, fallen die sich aus den Leistungsansprüchen ergebenden Leistungen mit dem Entstehen des Anspruches (§ 54) an.

(2) Mit dem der Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen folgenden Monatsersten fallen an:

- a) die Pensionen aus eigener Pensionsversicherung, wenn die Pension binnen zwei Monaten nach Erfüllung der Voraussetzungen beantragt wird;
- b) die Hinterbliebenenpensionen mit Ausnahme solcher nach einem Pensionsempfänger, wenn die Hinterbliebenenpensionen binnen sechs Monaten nach Erfüllung der Voraussetzungen beantragt werden.

Hinterbliebenenpensionen nach einem Pensionsempfänger fallen, wenn der Antrag binnen sechs Monaten nach dem Tod gestellt wird, mit dem dem Tod folgenden Monatsersten an.

(3) Wird der Antrag auf die Pension erst nach Ablauf der gemäß Abs. 2 in Betracht kommenden Frist gestellt, so fällt die Pension erst mit dem Tag der Antragstellung an.

(4) Entfällt für eine Leistung auf Grund der Bestimmung des § 120 Abs. 2 lit. c die Wartezeit, so fällt diese Leistung frühestens mit dem Tag der Entlassung des Wehrpflichtigen aus dem Präsenzdienst an.

Verschollenheit

§ 56. (1) Die Verschollenheit ist bei der Anwendung der Bestimmungen dieses Bundesgesetzes dem Tode gleichzuhalten. Als verschollen gilt hiebei, wessen Aufenthalt länger als ein Jahr unbekannt ist, ohne daß Nachrichten darüber vorliegen, ob er in dieser Zeit noch gelebt hat oder gestorben ist, sofern nach den Umständen hiedurch ernstliche Zweifel an seinem Fortleben begründet werden. Als verschollen gilt nicht, wessen Tod nach den Umständen nicht zweifelhaft ist.

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

(3) Wurde in einem gerichtlichen Todeserklärungsverfahren als Zeitpunkt des Todes ein früherer Zeitpunkt als der gemäß Abs. 2 anzunehmende Zeitpunkt festgestellt, so gilt der im gerichtlichen Verfahren festgestellte Zeitpunkt als Todestag.

Verwirkung des Leistungsanspruches

§ 57. (1) Ein Anspruch auf Leistungen der Krankenversicherung und auf Geldleistungen der Pensionsversicherung aus dem betreffenden Versicherungsfall steht nicht zu

1. Versicherten, die den Versicherungsfall durch Selbstbeschädigung vorsätzlich herbeigeführt haben;

2. Personen, die den Versicherungsfall durch die Verübung einer mit Vorsatz begangenen gerichtlich strafbaren Handlung veranlaßt haben, derentwegen sie zu einer mehr als einjährigen Freiheitsstrafe rechtskräftig verurteilt worden sind.

(2) Leistungsansprüche aus der Krankenversicherung gelten auch als verwirkt, wenn der Versicherte den Versicherungsfall vorsätzlich oder durch schuldhaftige Beteiligung an Raufhändeln herbeigeführt hat oder sich der Versicherungsfall als unmittelbare Folge der Trunkenheit oder des Mißbrauches von Suchtgiften erweist.

(3) Aus der Pensionsversicherung gebühren in den Fällen des Abs. 1 den im Inland wohnenden bedürftigen Angehörigen des Versicherten, wenn ihr Unterhalt mangels anderweitiger Versorgung vorwiegend von diesem bestritten wurde und nicht ihre Beteiligung an den im Abs. 1 bezeichneten Handlungen, im Falle der Z. 2 durch rechtskräftiges Strafurteil, festgestellt ist, bei Zutreffen der übrigen Voraussetzungen die Hinterbliebenenpensionen. Den Leistungsansprüchen der Hinterbliebenen nach dem Ableben des Versicherten wird hiedurch nicht vorgegriffen.

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

Ruhen der Leistungsansprüche bei Haft und Auslandsaufenthalt

§ 58. (1) Die Leistungsansprüche ruhen

1. in der Kranken- und Pensionsversicherung, solange der Anspruchsberechtigte oder sein Angehöriger (§ 83) bzw. mitversicherter Familienangehöriger (§ 10), für den die Leistung gewährt wird, eine Freiheitsstrafe verbüßt oder in den Fällen der §§ 21 Abs. 2, 22 und 23 des Strafgesetzbuches in einer der dort genannten Anstalten angehalten wird;

2. in der Krankenversicherung überdies für die Dauer der Untersuchungshaft;

3. in der Pensionsversicherung überdies, solange sich der Anspruchsberechtigte im Ausland aufhält.

(2) Das Ruhen von Pensionsansprüchen gemäß Abs. 1 tritt nicht ein, wenn die Freiheitsstrafe oder die Anhaltung nicht länger als einen Monat währt oder der Auslandsaufenthalt in einem Kalenderjahr nicht zwei Monate überschreitet.

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

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

2. wenn der Versicherungsträger dem Anspruchsberechtigten die Zustimmung zum Auslandsaufenthalt erteilt;

3. wenn der Berechtigte in der Zeit vom 4. März 1933 bis 9. Mai 1945 aus politischen oder religiösen Gründen oder aus Gründen der Abstammung ausgewandert ist.

(4) Hat ein Versicherter, dessen Leistungsanspruch in der Krankenversicherung ruht, im Inland mitversicherte Familienangehörige (§ 10) oder Angehörige gemäß § 83, so sind die für diese Angehörigen vorgesehenen Leistungen zu gewähren.

(5) Hat ein Versicherter, dessen Leistungsanspruch in der Pensionsversicherung ruht, im Inland einen Ehegatten oder Kinder im Sinne des § 128, so gebührt diesen im Inland sich aufhaltenden Angehörigen, die im Falle des Todes des Versicherten Anspruch auf Hinterbliebenenpension hätten, eine Pension in der Höhe der halben ruhenden Pension mit Ausnahme allfälliger Kinderzuschüsse und des Hilflosenzuschusses. Zu dieser Pension gebühren allfällige Kinderzuschüsse in der Höhe, wie sie zu der ruhenden Pension gebühren. Der Anspruch steht dem Ehegatten vor den Kindern zu.

(6) Leistungen gemäß Abs. 4 und 5 gebühren Angehörigen nicht, deren Beteiligung an der strafbaren Handlung, die die Freiheitsstrafe oder die Anhaltung (Abs. 1 Z. 1) verursacht hat, durch rechtskräftiges Erkenntnis des Strafgerichtes oder durch rechtskräftigen Bescheid einer Verwaltungsbehörde festgestellt ist. § 57 Abs. 4 gilt entsprechend.

Ruhen der Leistungsansprüche bei Ableistung des Präsenzdienstes

§ 59. Für die Dauer des auf Grund der Bestimmungen des Wehrgesetzes 1978 zu leistenden ordentlichen oder außerordentlichen Präsenzdienstes ruht der Anspruch des Wehrpflichtigen bzw. für den Wehrpflichtigen auf Leistungen der Krankenversicherung für seine Person.

Zusammentreffen eines Pensionsanspruches mit Erwerbseinkommen aus einer die Pflichtversicherung nach diesem Bundesgesetz nicht begründenden Erwerbstätigkeit

§ 60. (1) Wird neben einem Pensionsanspruch aus der Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz mit Ausnahme des Anspruches auf Waisenpension noch Erwerbseinkommen (Abs. 2 und 3) aus einer gleichzeitig ausgeübten Erwerbstätigkeit, die nicht die Pflichtversicherung nach diesem Bundesgesetz begründet, erzielt, so ruht der Grundbetrag mit dem Betrag, um den das im Monat gebührende Erwerbseinkommen 4542 S übersteigt, höchstens jedoch mit dem Betrag, um den die Summe aus Pension und Erwerbseinkommen im Monat den Betrag von 7811 S übersteigt. An die Stelle der Beträge von 4542 S und 7811 S treten ab 1. Jänner eines jeden Jahres die unter Bedachtnahme auf § 51 mit der jeweiligen Richtzahl (§ 47) vervielfachten Beträge. Das Ruhen des Grundbetrages entfällt bei Pensionen aus eigener Pensionsversicherung, sobald

- a) der Pensionist das 65. Lebensjahr vollendet hat und
- b) die Summe der in dieser Pension berücksichtigten und der nach deren Stichtag erworbenen Beitragsmonate der Pflichtversicherung oder der freiwilligen Versicherung mindestens 540 beträgt; hiebei sind die Beitragsmonate der Pensionsversicherung nach diesem und anderen Bundesgesetzen zusammenzuzählen.

Gebührt neben einer Pension aus eigener Pensionsversicherung, deren Grundbetrag wegen Zutreffens der Voraussetzungen gemäß lit. a und b nicht ruht, auch eine Witwenpension, so erstreckt sich der Entfall des Ruhens auch auf den Grundbetrag der Witwenpension.

(2) Als Erwerbseinkommen im Sinne des Abs. 1 gilt bei einer gleichzeitig ausgeübten

- a) unselbständigen Erwerbstätigkeit das aus dieser Tätigkeit gebührende Entgelt;
- b) selbständigen Erwerbstätigkeit der auf den Kalendermonat entfallende Teil der nachgewiesenen Einkünfte aus dieser Erwerbstätigkeit.

Hinsichtlich der Ermittlung des Erwerbseinkommens aus einem land(forst)wirtschaftlichen Betrieb ist § 149 Abs. 5 und 6 entsprechend anzuwenden.

(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, 1169 S im voraus abzusetzen. An die Stelle dieses Betrages tritt ab 1. Jänner eines jeden Jahres der unter Bedachtnahme auf § 51 mit der jeweiligen Richtzahl (§ 47) vervielfachte Betrag.

(4) Gebührt im Anschluß an einen Entgeltbezug Krankengeld aus der Krankenversicherung nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz oder wird aus dieser Versicherung Anstaltspflege gewährt, so ruht für die Dauer des Anspruches auf Krankengeld oder der Gewährung von Anstaltspflege der Pensionsanspruch in der bisherigen Höhe weiter; der Gewährung von Anstaltspflege ist die Unterbringung des Versicherten in einem Genesungs-, Erholungs- oder Kurheim oder einer Sonderkrankenanstalt und der Ersatz der Pflegegebühren gemäß § 131 oder § 150 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes gleichzustellen.

(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 ein 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.

(6) Bei Anwendung des Abs. 1 sind die Pensionen mit dem Hilflosenzuschuß und den Zuschlägen, jedoch ohne die besonderen Steigerungsbeträge für Höherversicherung (§ 141) und die Kinderzuschüsse heranzuziehen. Mehrere Pensionsansprüche sind zu einer Einheit zusammenzufassen. Der Ruhensbetrag ist auf mehrere beteiligte Pensionsansprüche nach der Höhe der Grundbeträge aufzuteilen.

Zusammentreffen eines Pensionsanspruches mit einer die Pflichtversicherung nach diesem Bundesgesetz begründenden Erwerbstätigkeit

§ 61. Übt der Pensionsberechtigte eine die Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz begründende selbständige Erwerbstätigkeit aus, so ruht der Pensionsanspruch mit Ausnahme eines Anspruches auf Waisenpension für die Dauer dieser Erwerbstätigkeit. Das Ruhen erfaßt auch die Zuschüsse und Zuschläge, jedoch nicht die besonderen Steigerungsbeträge für Höherversicherung (§ 141).

Gemeinsame Bestimmungen für das Ruhen von Pensionsansprüchen

§ 62. Auf Höherversicherungspensionen gemäß § 141 Abs. 2 sind die Bestimmungen der §§ 60 und 61 nicht anzuwenden.

Beginn und Ende des Ruhens von Pensionsansprüchen

§ 63. Das Ruhen von Pensionsansprüchen wird mit dem Beginn des Kalendermonates wirksam, der auf den Eintritt des Ruhensgrundes folgt. Besteht der Ruhensgrund bereits im Zeitpunkt des Anfalles der Leistung (§ 55), wird das Ruhen ab diesem Zeitpunkt wirksam. Die Pensionen sind von dem Tag an wieder zu gewähren, mit dem der Ruhensgrund weggefallen oder das Ruhen des Grundbetrages wegen Zutreffens der Voraussetzungen gemäß § 60 Abs. 1 lit. a und b entfallen ist.

Wirksamkeitsbeginn von Änderungen in den Pensionsansprüchen

§ 64. (1) Die Erhöhung von Pensionen gebührt nur für die Zeit ab Anmeldung des Anspruches. Die Waisenpensionen und Kinderzuschüsse werden über das 18. Lebensjahr hinaus (§ 128) jedoch auch für die Zeit der Erfüllung der Voraussetzungen für diese Leistungen vor der Anmeldung des Anspruches weitergewährt, längstens jedoch bis zu drei Monaten vor der Anmeldung; das gleiche gilt für die Erhöhung von Waisenpensionen sowie für die Erhöhung von Pensionen infolge Zuerkennung von Kinderzuschüssen oder eines Hilflosenzuschusses.

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

Übertragung und Verpfändung von Leistungsansprüchen

§ 65. (1) Die Ansprüche auf Geldleistungen nach diesem Bundesgesetz können unbeschadet der Bestimmungen des Abs. 3 rechtswirksam nur in folgenden Fällen übertragen oder verpfändet werden:

1. zur Deckung von Vorschüssen, die dem Anspruchsberechtigten von Sozialversicherungsträgern oder von einem Träger der Sozialhilfe auf Rechnung der Versicherungsleistung, nach deren Anfall, jedoch vor deren Flüssigmachung gewährt wurden;

2. zur Deckung von gesetzlichen Unterhaltsansprüchen gegen den Anspruchsberechtigten mit der Maßgabe, daß § 6 des Lohnpfändungsgesetzes, BGBl. Nr. 51/1955, sinngemäß Anwendung zu finden hat.

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

(3) Der Hilflosenzuschuß, die Anwartschaften, sowie die nicht auf Geldleistungen gerichteten Ansprüche nach diesem Bundesgesetz können weder übertragen noch verpfändet werden. Der Entbindungsbeitrag und der Bestattungskostenbeitrag können nur in den im Abs. 1 Z. 1 angeführten Fällen übertragen oder verpfändet werden.

Pfändung von Leistungsansprüchen

§ 66. (1) Von den dem Anspruchsberechtigten zustehenden Geldleistungen können, unbeschadet der Bestimmungen der Abs. 2 bis 4, nur die Pensionen einschließlich der Ausgleichszulagen sowie das Übergangsgeld (§ 164) und das Wochengeld (§ 109) mit der Maßgabe gepfändet werden, daß die Bestimmungen der §§ 5 bis 9 des Lohnpfändungsgesetzes entsprechend anzuwenden sind.

(2) Die im Abs. 1 angeführten Bezüge mit Ausnahme der Pensionen (Höherversicherungspensionen) aus den Versicherungsfällen des Alters können nur dann gepfändet werden, wenn die Exekution in das sonstige bewegliche Vermögen des Anspruchsberechtigten zu einer vollständigen Befriedigung des betreibenden Gläubigers nicht geführt hat oder voraussichtlich nicht führen wird und wenn nach den Umständen des Falles, insbesondere nach der Art der vollstreckbaren Forderung und der Höhe der zu pfändenden Geldleistung, die Pfändung der Billigkeit entspricht. § 4 Abs. 3 des Lohnpfändungsgesetzes gilt entsprechend.

(3) Der Hilflosenzuschuß, die Zuschläge gemäß den §§ 139 Abs. 5 und 145 Abs. 4, die nicht auf Geldleistungen gerichteten Ansprüche sowie die Anwartschaften nach diesem Bundesgesetz können nicht gepfändet werden. Kinderzuschüsse sind nur zur Deckung von gesetzlichen Unterhaltsansprüchen der Kinder pfändbar, für die der Kinderzuschuß gebührt.

(4) Die Pensionssonderzahlung (§ 73), die zu im Monat Mai bezogenen Pensionen gebührt, ist unpfändbar. Die Pensionssonderzahlung, die zu im Monat Oktober bezogenen Pensionen gebührt, ist bis zu ihrem halben Ausmaß, höchstens aber bis zu dem im § 5 Abs. 1 Z. 1 des Lohnpfändungsgesetzes in der jeweils geltenden Fassung festgesetzten Betrag unpfändbar.

Entziehung von Leistungsansprüchen

§ 67. (1) Sind die Voraussetzungen des Anspruches auf eine laufende Leistung nicht mehr vorhanden, so ist die Leistung zu entziehen, sofern nicht der Anspruch gemäß § 68 ohne weiteres Verfahren erlischt.

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

(3) Die Entziehung einer 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.

Erlöschen von Leistungsansprüchen

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

- a) in der Krankenversicherung, wenn die Voraussetzungen für den Anspruch weggefallen sind;
- b) in der Pensionsversicherung mit dem Tod des Anspruchsberechtigten, mit der Verheiratung der pensionsberechtigten Witwe (des pensionsberechtigten Witwers), mit dem Wegfall der Voraussetzungen für die Annahme der Verschollenheit, mit der Vollendung des 18. Lebensjahres bei Waisenspensionen und Kinderzuschüssen, mit dem Wegfall der Voraussetzungen für die Gewährung von Übergangsgeld; die Pension, der Kinderzuschuß und das Übergangsgeld gebühren noch für den Kalendermonat, in dem der Grund des Wegfalles eingetreten ist;
- c) in der Pensionsversicherung überdies in den Fällen des § 174; die Pension und allfällige Zuschüsse gebühren noch für den Monat, der dem Einlangen des Antrages gemäß § 172 Abs. 1 bzw. 3 dieses Bundesgesetzes, gemäß

§ 308 Abs. 1 bzw. 3 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes oder gemäß § 164 Abs. 1 bzw. 3 des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes beim zuständigen Versicherungsträger folgt.

(2) Der Anspruch auf eine laufende Leistung aus eigener Pensionsversicherung erlischt ferner mit dem Anfall eines Anspruches auf eine andere laufende Leistung aus eigener Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz, dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz oder dem Bauern-Sozialversicherungsgesetz. Beträge die nach Erlöschen des früheren Anspruches noch geleistet wurden, sind von den aus dem neuen Anspruch für den gleichen Zeitraum zu leistenden Beträgen einzubehalten und gegebenenfalls dem aus dem früheren Anspruch verpflichteten Versicherungsträger zu überweisen.

Rückwirkende Herstellung des gesetzlichen Zustandes bei Geldleistungen

§ 69. Ergibt sich nachträglich, daß eine Geldleistung bescheidmäßig infolge eines wesentlichen Irrtums über den Sachverhalt oder eines offenkundigen Versehens zu Unrecht abgelehnt, entzogen, eingestellt, zu niedrig bemessen oder zum Ruhen gebracht wurde, so ist mit Wirkung vom Tag der Auswirkung des Irrtums oder Versehens der gesetzliche Zustand herzustellen.

Verfall von Leistungsansprüchen infolge Zeitablaufes

§ 70. (1) Der Anspruch auf Leistungen aus der Krankenversicherung ist bei sonstigem Verlust binnen zwei Jahren nach seinem Entstehen, bei nachträglicher Feststellung der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung binnen zwei Jahren nach Rechtskraft dieser Feststellung geltend zu machen. Bei Geldleistungen ist hiebei der Zeitraum zwischen dem Entstehen des Anspruches und dem Zeitpunkt, in dem die Leistung gemäß § 72 ausbezahlt ist, außer Betracht zu lassen.

(2) Der Anspruch auf bereits fällig gewordene Raten zuerkannter Pensionen verfällt nach Ablauf eines Jahres seit der Fälligkeit.

Aufrechnung

§ 71. (1) Der Versicherungsträger darf auf die von ihm zu erbringenden Geldleistungen aufrechnen:

1. vom Anspruchsberechtigten dem Versicherungsträger geschuldete fällige Beiträge, soweit das Recht auf Einforderung nicht verjährt ist;
2. von Versicherungsträgern zu Unrecht erbrachte, vom Anspruchsberechtigten rückzuerstattende Leistungen, soweit das Recht auf Rückforderung nicht verjährt ist;
3. von Versicherungsträgern gewährte Vorschüsse;
4. vom Versicherten zu entrichtende Kostenanteile gemäß § 86.

(2) Die Aufrechnung gemäß Abs. 1 Z. 1, 2 und 4 ist in der Pensionsversicherung nur bis zur Hälfte der zu erbringenden Geldleistung zulässig.

Auszahlung der Leistungen

§ 72. (1) Die Geldleistungen aus der Krankenversicherung sowie einmalige Geldleistungen aus der Pensionsversicherung sind binnen zwei Wochen nach der Feststellung der Anspruchsberechtigung auszu zahlen.

(2) Die Pensionen und das Übergangsgeld sind monatlich im vorhinein auszuzahlen. Der Versicherungsträger kann die Auszahlung auf einen anderen Tag als den Monatsersten verlegen.

(3) Alle Pensionszahlungen können auf volle 10 Groschen, alle übrigen Zahlungen auf volle Schilling gerundet werden.

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

(5) Die Pensionen sind in der Regel im Wege der Postsparkasse zu zahlen. Gebühren für die Zustellung von Pensionen sind vom Versicherungsträger zu zahlen. Das gleiche gilt in der Krankenversicherung für die Zustellung von Geldleistungen, soweit diese im Wege der Postsparkasse vorgenommen wird.

Pensionssonderzahlungen

§ 73. (1) Zu den in den Monaten Mai bzw. Oktober bezogenen Pensionen gebührt je eine Sonderzahlung.

(2) Wird die Pension einer anderen Person oder Stelle als dem ehemals versicherten Berechtigten (den berechtigten Hinterbliebenen) auf Grund eines Anspruchsüberganges überwiesen, so werden die Sonderzahlungen nur geleistet, wenn sie dem Berechtigten ungeschmälert zukommen.

(3) Die Sonderzahlung gebührt in der Höhe der für den Monat Mai bzw. Oktober ausgezahlten Pension einschließlich der Zuschüsse und der Ausgleichszulage.

(4) Die Sonderzahlungen sind zu im Monat Mai bzw. Oktober laufenden Pensionen in diesen Monaten, sonst zugleich mit der Aufnahme der laufenden Pensionszahlung flüssigzumachen.

(5) Ein schriftlicher Bescheid ist nur im Falle der Ablehnung und auch dann nur auf Begehren des Pensionsberechtigten zu erteilen.

Hilflosenzuschuß

§ 74. (1) Beziehen einer Pension, die derart hilflos sind, daß sie ständig der Wartung und Hilfe bedürfen, gebührt zu der Pension ein Hilflosenzuschuß. Zu einer Waisenpension wird Hilflosenzuschuß frühestens ab dem Zeitpunkt gewährt, in dem die Waise das 14. Lebensjahr vollendet hat.

(2) Der Hilflosenzuschuß gebührt im halben Ausmaß der Pension, jedoch mindestens 1608 S und höchstens 2207 S monatlich; an die Stelle des Betrages von 1608 S tritt ab 1. Jänner eines jeden Jahres der unter Bedachtnahme auf § 51 mit dem jeweiligen Anpassungsfaktor (§ 47) vervielfachte Betrag. An die Stelle des Betrages von 2207 S tritt ab 1. Jänner eines jeden Jahres der unter Bedachtnahme auf § 51 mit dem um 0,5 erhöhten halben Anpassungsfaktor (§ 47) vervielfachte Betrag. Bei der Bemessung des Hilflosenzuschusses bleiben Kinderzuschüsse außer Betracht.

(3) Der Hilflosenzuschuß ruht während der Pflege in einer Krankenanstalt, Heilanstalt oder Siechenanstalt ab dem Beginn der fünften Woche dieser Pflege, wenn ein Träger der Sozialversicherung die Kosten der Pflege trägt.

(4) Treffen mehrere Pensionsansprüche aus der Pensionsversicherung nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz oder treffen Pensionsansprüche aus einer dieser Pensionsversicherungen mit einem Rentenanspruch aus der Unfallversicherung nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz zusammen, wobei in beiden in Betracht kommenden Versicherungszweigen die Voraussetzungen für den Hilflosenzuschuß erfüllt sein müssen, so ist der Hilflosenzuschuß von der Summe dieser Pensions-(Renten)ansprüche unter Bedachtnahme auf die im Abs. 2 genannten Mindest- und Höchstbeträge zu ermitteln. Ist aber die halbe Vollrente aus der Unfallversicherung nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz höher als der im Abs. 2 genannte Höchstbetrag, gebührt der Hilflosenzuschuß in der Höhe der halben Vollrente.

(5) In den Fällen des Abs. 4 erster Satz ist der Hilflosenzuschuß von dem Versicherungsträger festzustellen und flüssigzumachen, demgegenüber der höhere oder höchste Pensions(Renten)anspruch besteht. Erhöht sich jedoch nach Aufnahme der laufenden Zahlung des Hilflosenzuschusses der vom anderen Pensionsversicherungsträger flüssiggemachte Pensionsanspruch und wird dadurch zur höheren Leistung bzw. fällt eine höhere Pension neu an, tritt hinsichtlich der Zuständigkeit für die Feststellung bzw. Flüssigmachung des Hilflosenzuschusses keine Änderung ein. In den Fällen des Abs. 4 zweiter Satz ist der Hilflosenzuschuß vom Träger der Unfallversicherung nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz festzustellen und flüssigzumachen.

Zahlungsempfänger

§ 75. (1) Die Leistungen werden an den Anspruchsberechtigten, wenn dieser aber geschäftsunfähig oder ein beschränkt geschäftsfähiger Unmündiger ist, an seinen gesetzlichen Vertreter ausgezahlt. In den Fällen des gemäß § 194 entsprechend anzuwendenden § 361 Abs. 2 dritter Satz des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes ist die Leistung unmittelbar an den Antragsteller auszuzahlen. Mündige Minderjährige und beschränkt Entmündigte sind nur für Leistungen,

die ihnen auf Grund ihrer eigenen Versicherung zustehen, selbst empfangsberechtigt; für andere Leistungen sind bei solchen Personen deren gesetzliche Vertreter empfangsberechtigt.

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

Rückforderung zu Unrecht erbrachter Leistungen

§ 76. (1) Der Versicherungsträger hat zu Unrecht erbrachte Geldleistungen sowie den Aufwand für zu Unrecht erbrachte Sachleistungen zurückzufordern, wenn der Leistungsempfänger bzw. Zahlungsempfänger (§ 75) den Bezug (die Erbringung) durch bewußt unwahre Angaben, bewußte Verschweigung maßgebender Tatsachen oder Verletzung der Meldevorschriften und der Auskunftspflicht (§§ 18 bis 20 und 22) herbeigeführt hat oder wenn der Leistungsempfänger bzw. Zahlungsempfänger (§ 75) erkennen mußte, daß die Leistung nicht oder nicht in dieser Höhe gebührte.

(2) Das Recht auf Rückforderung gemäß Abs. 1 verjährt binnen zwei Jahren nach dem Zeitpunkt, in dem dem Versicherungsträger bekanntgeworden ist, daß die Leistung zu Unrecht erbracht worden ist.

(3) Der Versicherungsträger kann bei Vorliegen berücksichtigungswürdiger Umstände, insbesondere in Berücksichtigung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse des Empfängers

1. auf die Rückforderung gemäß Abs. 1 zur Gänze oder zum Teil verzichten;

2. die Erstattung des zu Unrecht gezahlten Betrages in Teilbeträgen zulassen.

(4) Zur Eintreibung der Forderung des Versicherungsträgers auf Grund der Rückforderungsbescheide ist dem Versicherungsträger die Einbringung im Verwaltungswege gewährt (§ 3 Abs. 3 Verwaltungsvollstreckungsgesetz 1950).

(5) Das Recht auf Rückforderung gemäß Abs. 1 besteht im Falle des Todes des Anspruchsberechtigten nur gegenüber den im § 77 Abs. 1 angeführten Personen, soweit sie eine Geldleistung bezogen haben.

Bezugsberechtigung im Falle des Todes des Anspruchsberechtigten

§ 77. (1) 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.

(2) Der Anspruch auf Kostenersatz gemäß § 85 Abs. 2 lit. b und c steht nach dem Tode eines Versicherten den im Abs. 1 genannten Personen bzw. denjenigen Personen zu, die die Kosten an Stelle des Versicherten getragen haben.

ABSCHNITT II

Leistungen der Krankenversicherung

1. Unterabschnitt

Allgemeine Bestimmungen

Aufgaben

§ 78. (1) Die Krankenversicherung trifft Vorsorge

1. für die Verhütung und Früherkennung von Krankheiten (Durchführung von Jugendlichen- und Gesundenuntersuchungen);

2. für die Versicherungsfälle der Krankheit, der Mutterschaft und des Todes;

3. für die Früherfassung der für Maßnahmen der Rehabilitation in Betracht kommenden Personen (§ 158).

(2) Überdies können aus den Mitteln der Krankenversicherung Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit sowie außer den Jugendlichen- und Gesundenuntersuchungen (Abs. 1 Z. 1) noch weitergehende Leistungen zur Verhütung des Eintrittes und der Verbreitung von Krankheiten gewährt werden.

(3) Mittel der Krankenversicherung können auch zur Förderung und Unterstützung von gemeinnützigen Einrichtungen, die der Verhütung oder Früherkennung von Krankheiten, der Sicherstellung der Leistung ärztlicher Hilfe oder der Betreuung von Kranken dienen, sowie zur Förderung der Niederlassung von Vertragsärzten in medizinisch schlecht versorgten Gebieten und zur Aufrechterhaltung der Praxis in solchen Gebieten sowie für Aufklärungs- und Informationszwecke verwendet werden, wenn hiedurch die Erfüllung der in den Abs. 1 und 2 genannten Aufgaben nicht gefährdet wird.

Leistungen

§ 79. (1) Als Leistungen der Krankenversicherung sind nach Maßgabe der Bestimmungen dieses Bundesgesetzes zu gewähren:

1. Zur Früherkennung von Krankheiten Jugendlichenuntersuchungen und Gesundenuntersuchungen (§§ 88 und 89);

2. aus dem Versicherungsfall der Krankheit: Leistungen zur Wiederherstellung oder Besserung der Gesundheit (§§ 90 bis 99);

3. aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft: Mutterschaftsleistungen (§ 102);

4. aus dem Versicherungsfall des Todes: Bestattungskostenbeitrag (§ 104).

Zur Inanspruchnahme der Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit und der Mutterschaft sind auch die notwendigen Reise(Fahrt)- und Transportkosten (§ 103) zu gewähren.

(2) Bei Bestand einer Zusatzversicherung (§ 9) sind Leistungen nach Maßgabe der Bestimmungen der §§ 105 bis 110 zu gewähren.

(3) Die Leistungen der Krankenversicherung werden auch gewährt, wenn es sich um die Folgen eines Arbeitsunfalles oder einer Berufskrankheit (§§ 175 bis 177 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes) handelt.

Eintritt des Versicherungsfalles

§ 80. (1) Der Versicherungsfall gilt als eingetreten

1. im Versicherungsfall der Krankheit mit dem Beginn der Krankheit, das ist des regelwidrigen Körper- oder Geisteszustandes, der die Krankenbehandlung notwendig macht;

2. im Versicherungsfall der Mutterschaft mit dem Beginn der achten Woche vor der voraussichtlichen Entbindung; wenn aber die Entbindung vor diesem Zeitpunkt erfolgt, mit der Entbindung; ist der Tag der voraussichtlichen Entbindung nicht festgestellt worden, mit dem Beginn der achten Woche vor der Entbindung;

3. im Versicherungsfall des Todes mit dem Todestag.

(2) Einer Krankheit im Sinne des Abs. 1 Z. 1 ist gleichzuhalten, wenn ein Versicherter (Angehöriger) in nicht auf Gewinn gerichteter Absicht einen Teil seines Körpers zur Übertragung in den Körper eines anderen Menschen spendet. Der Versicherungsfall der Krankheit gilt mit dem Zeitpunkt als eingetreten, in dem die erste ärztliche Maßnahme gesetzt wird, die der späteren Entnahme des Körperteiles voranzugehen hat.

Art der Leistungen

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

1. Pflichtleistungen;
2. freiwillige Leistungen.

(2) Pflichtleistungen sind Leistungen, auf die ein Rechtsanspruch besteht. Die Satzung kann, um eine wirtschaftliche Leistungsgewährung sicherzustellen, bestimmen, für welche Untersuchungen und Behandlungen im Rahmen der Pflichtleistungen eine Bewilligungspflicht besteht.

(3) Freiwillige Leistungen sind Leistungen, die auf Grund gesetzlicher oder satzungsmäßiger Vorschriften gewährt werden können, ohne daß auf sie ein Rechtsanspruch besteht. Die Satzung kann die Gewährung der freiwilligen Leistungen von der Zurücklegung einer Versicherungszeit beim Versiche-

rungsträger, die mit höchstens zwölf Monaten festgesetzt werden darf, abhängig machen.

Anspruchsberechtigung

§ 82. (1) Die Anspruchsberechtigung der Pflicht- und Weiterversicherten (§ 2, § 3 Abs. 1 und 2 und § 8) für sich sowie für ihre mitversicherten Familienangehörigen (§ 10) und für ihre Angehörigen (§ 83) auf Pflichtleistungen der Krankenversicherung entsteht, soweit auf Grund des § 58 nichts anderes bestimmt wird, mit dem Beginn der Versicherung.

(2) Auf Pflichtleistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit besteht auch dann ein Rechtsanspruch, wenn die Krankheit im Zeitpunkt des Entstehens der Anspruchsberechtigung bestanden hat. Das gleiche gilt für Pflichtleistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft, wenn dieser bereits zu einem Zeitpunkt der vor dem Entstehen der Anspruchsberechtigung liegt, eingetreten ist und keine Anspruchsberechtigung gegenüber einem anderen gesetzlichen Krankenversicherungsträger besteht.

(3) Die Anspruchsberechtigung auf Leistungen für mitversicherte Familienangehörige (§ 10) und für Angehörige (§ 83) steht, soweit in diesem Bundesgesetz nichts anderes bestimmt wird, den Versicherten (§ 2, § 3 Abs. 1 und 2 und § 8) zu.

(4) Die Anspruchsberechtigung auf Pflichtleistungen erlischt, soweit im Abs. 5 nichts anderes bestimmt wird, mit dem Ende der Versicherung.

(5) Für Pflichtversicherte (§§ 2 und 3 Abs. 1 und 2), für deren mitversicherte Familienangehörige (§ 10) und für Angehörige (§ 83) besteht über das Ende der Versicherung hinaus ein Anspruch auf Pflichtleistungen, sofern kein anderweitiger Anspruch auf Leistungen einer gesetzlichen Krankenversicherung bzw. Krankenfürsorgeeinrichtung eines öffentlich-rechtlichen Dienstgebers gegeben ist, und zwar:

- a) aus den Versicherungsfällen der Krankheit und der Mutterschaft bis zur vorgesehenen Höchstdauer, längstens jedoch durch 13 Wochen, wenn der Versicherungsfall vor dem Ende der Versicherung eingetreten ist;
- b) aus dem Versicherungsfall des Todes, wenn der Tod innerhalb von 13 Wochen nach dem Ende der Versicherung eingetreten ist und wenn bis zum Tod eine Anspruchsberechtigung auf Pflichtleistungen aus den Versicherungsfällen der Krankheit bzw. der Mutterschaft bestanden hat.

Anspruchsberechtigung für Angehörige

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

1. wenn sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben und
2. wenn sie weder nach der Vorschrift dieses Bundesgesetzes noch nach anderer gesetzlicher Vorschrift krankenversichert sind und auch für sie

seitens einer Krankenfürsorgeeinrichtung eines öffentlich-rechtlichen Dienstgebers Krankenfürsorge nicht vorgesehen ist.

(2) Als Angehörige gelten:

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

2. die unehelichen Kinder einer weiblichen Versicherten,

3. die unehelichen Kinder eines männlichen Versicherten, wenn seine Vaterschaft durch Urteil oder durch Anerkenntnis festgestellt ist (§ 163 b ABGB),

4. die Stiefkinder und Enkel, wenn sie mit dem Versicherten ständig in Hausgemeinschaft leben,

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

Die ständige Hausgemeinschaft im Sinne der Z. 4 besteht weiter, wenn sich das Kind nur vorübergehend oder wegen schulmäßiger (beruflicher) Ausbildung oder zeitweilig wegen Heilbehandlung außerhalb der Hausgemeinschaft aufhält; das gleiche gilt, wenn sich das Kind auf Veranlassung des Versicherten und überwiegend auf dessen Kosten oder auf Anordnung der Jugendfürsorge oder des Vormundschafts(Pflegschafts)gerichtes in Pflege eines Dritten befindet.

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

(4) Kinder und Enkel (Abs. 2 Z. 1 bis 5) gelten als Angehörige bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Nach diesem Zeitpunkt gelten sie als Angehörige, wenn und solange sie

1. sich in einer Schul- oder Berufsausbildung befinden, die ihre Arbeitskraft überwiegend beansprucht, längstens bis zur Vollendung des 26. Lebensjahres; zur Schul- oder Berufsausbildung zählt auch ein angemessener Zeitraum für die Vorbereitung auf die Ablegung der entsprechenden Abschlußprüfungen und auf die Erwerbung eines akademischen Grades. Ist die Schul- oder Berufsausbildung durch die Erfüllung der Wehrpflicht, der Zivildienstplicht, durch Krankheit oder ein anderes unüberwindbares Hindernis verzögert worden, so gelten sie als Angehörige über das 26. Lebensjahr hinaus für einen der Dauer der Behinderung angemessenen Zeitraum;

2. seit der Vollendung des 18. Lebensjahres oder seit dem Ablauf des in Z. 1 genannten Zeitraumes

a) infolge Krankheit oder Gebrechen erwerbsunfähig sind oder

b) erwerbslos sind.

Die Angehörigeneigenschaft besteht in den Fällen der Z. 2 lit. b längstens für die Dauer von 12 Monaten ab den in Z. 2 genannten Zeitpunkten.

(5) Kommt eine mehrfache Angehörigeneigenschaft gemäß Abs. 2 bzw. nach diesem und einem anderen Bundesgesetz in Betracht, so wird die Leistung nur einmal gewährt. Leistungspflichtig ist der Versicherungsträger, bei dem die Leistung zuerst in Anspruch genommen wird.

(6) Bei den gemäß § 3 Abs. 1 pflichtversicherten Pensionisten gilt auch die Ehegattin (der erwerbsunfähige Ehegatte) unter den Voraussetzungen des Abs. 1 als Angehörige(r).

Sonderregelung für Pensionisten

§ 84. Ist der Pensionist (§ 3 Abs. 1), ein mitversicherter Familienangehöriger (§ 10) oder ein Angehöriger des Pensionisten (§ 83) in einer Versorgungsanstalt oder in einer Anstalt der Sozialhilfe, in der er im Rahmen seiner gesamten Betreuung ärztliche Hilfe und Heilmittel erhält, untergebracht, so besteht während der Dauer dieser Unterbringung für seine Person kein Anspruch auf diese Leistungen der Krankenversicherung.

Art der Leistungserbringung

§ 85. (1) Die Leistungen der Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz sind Geldleistungen oder Sachleistungen.

(2) Geldleistungen werden erbracht,

a) wenn es sich um Leistungen handelt, die nach den einschlägigen Bestimmungen dieses Bundesgesetzes oder der Satzung in Geld zu gewähren sind;

b) wenn ein Anspruch auf Sachleistung gegeben ist, der Anspruchsberechtigte jedoch die Sachleistung nicht in Anspruch nimmt, durch Kostenersätze bis zur Höhe jenes Betrages, den der Versicherungsträger bei Inanspruchnahme der Leistung als Sachleistung aufzuwenden gehabt hätte, abzüglich des vom Versicherten zu leistenden Kostenanteiles gemäß § 86 bzw. bei Heilmitteln durch Kostenersätze im Ausmaß von 80 v. H. der Kosten nach der für Privatbezieher geltenden Arzneitaxe abzüglich der Rezeptgebühr;

c) wenn kein Anspruch auf Sachleistung gegeben ist, durch Kostenersätze nach einem Vergütungstarif, der einen Bestandteil der Satzung darstellt, bis zur Höhe von 80 v. H. der dem Versicherten für die jeweilige Leistung erwachsenen Kosten, bzw. bei Heilmitteln durch Kostenersätze im Ausmaß von 80 v. H. der Kosten nach der für Privatbezieher geltenden Arzneitaxe, abzüglich des Betrages der Rezeptgebühr (§ 92 Abs. 3), die im Falle einer Sachleistung zu entrichten wäre.

(3) Sachleistungen sind Leistungen, die vom Versicherungsträger durch einen Vertragspartner gegen direkte Verrechnung der vertragsmäßigen Kosten oder durch eine eigene Einrichtung erbracht werden.

(4) Soweit vertragliche Regelungen für alle oder einzelne Gruppen von Versicherten oder für bestimmte Leistungen nicht bestehen, sind an Stelle von Sachleistungen Geldleistungen durch Kostenersätze nach Maßgabe der Bestimmungen des Abs. 2 lit. c zu gewähren. Versicherten, die vor Eintritt des vertragslosen Zustandes Anspruch auf Sachleistungen hatten, sind Kostenersätze nach Maßgabe der Bestimmungen des Abs. 2 lit. b zu gewähren. Der Versicherungsträger kann diese Kostenersätze durch die Satzung unter Bedachtnahme auf seine finanzielle Leistungsfähigkeit und das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten erhöhen.

Kostenbeteiligung

§ 86. (1) Für die vom Versicherungsträger gewährten Sachleistungen mit Ausnahme der Anstaltspflege und der mit dieser Leistung in Zusammenhang stehenden Transportkosten hat der Versicherte, soweit in diesem Bundesgesetz nichts anderes bestimmt wird, 20 v. H. der dem Versicherungsträger erwachsenden Kosten als Kostenanteil zu ersetzen. Die Satzung kann bei der Erbringung der Leistungen für Kieferregulierungen, skelettierte Metallprothesen und Vollmetallkronen an Klammerzähnen bei Teilprothesen anstelle der 20%igen Kostenbeteiligung höhere Zuzahlungen durch den Versicherten vorsehen.

(2) Im Falle einer Geldleistung im Sinne der Bestimmungen des § 85 Abs. 2 lit. b ist der Kostenanteil oder die Zuzahlung vom Erstattungsbeitrag in Abzug zu bringen.

(3) Der Kostenanteil für Sachleistungen ist bei Bestehen einer diesbezüglichen Vereinbarung mit den Vertragspartnern von diesen, ansonsten nachträglich vom Versicherungsträger einzuheben. Im Falle der Einhebung durch den Versicherungsträger ist der Kostenanteil längstens innerhalb eines Monats nach erfolgter Verschreibung einzuzahlen. Der Kostenanteil kann, wenn dies der Verwaltungsvereinfachung dient, auch gemeinsam mit den Beiträgen vorgeschrieben werden, in diesem Fall wird er mit den Beiträgen fällig. Im übrigen gelten für die Einhebung des Anteiles die Bestimmungen der §§ 37 bis 42 entsprechend. Die gemäß Abs. 1 letzter Satz zu entrichtende Zuzahlung ist im Falle der Sachleistung vom Versicherten direkt an den Vertragszahnarzt (Dentisten) zu entrichten.

(4) Zur Eintreibung des Kostenanteiles ist dem Versicherungsträger die Einbringung im Verwaltungswege gewährt (§ 3 Abs. 3 Verwaltungsvollstreckungsgesetz 1950).

(5) Der Versicherte hat keinen Kostenanteil zu bezahlen:

- a) bei Sachleistungen gemäß den §§ 88, 89 und 102 Abs. 2;
- b) bei anzeigepflichtigen übertragbaren Krankheiten;
- c) bei Dialysebehandlungen infolge Nierenerkrankungen.

(6) Der Versicherungsträger kann von der Einhebung des Kostenanteiles absehen,

- a) bei allen Leistungen, wenn der vorzuschreibende Kostenanteil 15 S nicht übersteigt und die Einhebung mit Kosten verbunden wäre, die in keinem angemessenen Verhältnis zur Höhe des Kostenanteiles stehen;
- b) bei Sachleistungen, wenn die an die Vertragspartner zu leistende Vergütung durch vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger abgeschlossene vertragliche Regelungen in Pauschbeträgen unabhängig von der dem einzelnen Anspruchsberechtigten erbrachten Leistung festgesetzt ist;
- c) bei Sachleistungen, wenn durch die vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger abgeschlossenen vertraglichen Regelungen die Vergütung rückwirkend erhöht wird, für den auf die Erhöhung entfallenden Kostenanteil;
- d) wenn eine besondere soziale Schutzbedürftigkeit des Versicherten vorliegt.

(7) Zahlungen, die auf Grund anderer gesetzlicher Bestimmungen für den Versicherten geleistet werden, sind auf den vom Versicherten zu entrichtenden Kostenanteil anzurechnen.

Leistungen bei mehrfacher Versicherung

§ 87. (1) Bei mehrfacher gesetzlicher Krankenversicherung sind die Sachleistungen und die Geldleistungen, soweit es sich um die Erstattung von Kosten an Stelle von Sachleistungen handelt, für ein und denselben Versicherungsfall nur einmal zu gewähren, und zwar von dem Träger der Krankenversicherung, den der Versicherte zuerst in Anspruch nimmt. Die sonstigen Geldleistungen gebühren unbeschadet einer Krankenversicherung nach einem anderen Bundesgesetz aus jeder der in Betracht kommenden Krankenversicherungen.

(2) Hat ein Versicherter im Falle der Anstaltspflege Anspruch auf Leistungen gemäß § 96 Abs. 2, so sind diese Leistungen, soweit sie im Falle der Inanspruchnahme eines anderen Krankenversicherungsträgers über das Ausmaß der von diesem Versicherungsträger zu erbringenden Leistung hinausgehen, vom Versicherungsträger zusätzlich zu gewähren.

2. Unterabschnitt

Leistungen der Krankenversicherung im besonderen

Jugendlichenuntersuchungen

§ 88. (1) Der Versicherungsträger hat die bei ihm pflichtversicherten Jugendlichen zwecks Überwachung ihres Gesundheitszustandes jährlich mindestens einmal einer ärztlichen Untersuchung zu unterziehen. Für die Durchführung der Untersu-

chungen kommen insbesondere Vertragsärzte, Einrichtungen der Vertragsärzte und sonstiger Vertragspartner sowie eigene Einrichtungen in Betracht.

(2) Als Jugendliche im Sinne des Abs. 1 gelten Personen nach Vollendung des 15. Lebensjahres, soweit sie aber das 15. Lebensjahr vor Beendigung der allgemeinen Schulpflicht vollendet haben, nach dem Ablauf des letzten Schuljahres, alle diese, solange sie das 19. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

(3) Der Versicherungsträger hat dem Jugendlichen die im Zusammenhang mit der Untersuchung entstehenden Fahrtkosten nach Maßgabe der Bestimmungen des § 103 zu ersetzen.

(4) Der Bund ersetzt dem Versicherungsträger 50 v. H. der tatsächlich entstandenen, nachgewiesenen Untersuchungskosten gemäß Abs. 1 sowie 60 v. H. des Aufwandes gemäß Abs. 3. Wenn dies der Verwaltungsvereinfachung dient, kann der Ersatz des Bundes durch einen Pauschbetrag abgegolten werden, der vom Bundesminister für soziale Verwaltung unter Bedachtnahme auf die Zahl der vom Versicherungsträger vorzunehmenden Untersuchungen, die durchschnittlichen Kosten der Untersuchungen und die durchschnittliche Höhe der entstehenden Fahrtkosten festzusetzen ist.

Gesundenuntersuchungen

§ 89. (1) Der Versicherungsträger hat unbeschadet seiner sonstigen gesetzlichen Aufgaben sowie nach Maßgabe der gemäß § 216 für diesen Zweck verfügbaren Mittel und nach Maßgabe der gemäß § 132 b Abs. 2 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes erlassenen Richtlinien des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger Gesundenuntersuchungen durchzuführen.

(2) Die im Zusammenhang mit den Gesundenuntersuchungen entstehenden Fahrtkosten sind nach Maßgabe der Bestimmungen des § 103 Abs. 6 zu ersetzen.

Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit

§ 90. (1) Der Versicherungsfall der Krankheit umfaßt:

- a) Krankenbehandlung, das ist ärztliche Hilfe, Versorgung mit Heilmitteln und Heilbehelfen sowie Hilfe bei körperlichen Gebrechen (§§ 91 bis 93);
- b) Zahnbehandlung und Zahnersatz (§ 94);
- c) erforderlichenfalls Anstaltspflege (§§ 95 bis 98) an Stelle der ärztlichen Hilfe, der Versorgung mit Heilmitteln und jener Heilbehelfe, die nach dem Krankenanstaltengesetz, BGBl. Nr. 1/1957, im Rahmen der Anstaltspflege zu gewähren sind;
- d) Hauskrankenpflege (§ 99).

(2) Die Krankenbehandlung muß ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Durch die Krankenbehandlung sollen die Gesundheit, die

Arbeitsfähigkeit und die Fähigkeit für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, nach Möglichkeit wiederhergestellt, gefestigt oder gebessert werden.

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

(4) Für Angehörige (§ 83), die sonst einen gesetzlichen Anspruch auf Krankenbehandlung haben, besteht kein Anspruch auf die Leistungen der Krankenbehandlung nach diesem Bundesgesetz.

Ärztliche Hilfe

§ 91. (1) Ärztliche Hilfe wird durch freiberuflich tätige Ärzte für die Dauer der Krankheit ohne zeitliche Begrenzung als Pflichtleistung gewährt. Der ärztlichen Hilfe gleichgestellt ist eine auf Grund ärztlicher Verschreibung erforderliche physiotherapeutische oder logopädisch-phoniatrisch-audiometrische Behandlung durch Personen, die gemäß § 52 Abs. 4 des Bundesgesetzes vom 22. März 1961, BGBl. Nr. 102, betreffend die Regelung des Krankenpflegefachdienstes, der medizinisch-technischen Dienste und der Sanitätshilfsdienste, in der jeweils geltenden Fassung, zur freiberuflichen Ausübung des physiotherapeutischen Dienstes bzw. des logopädisch-phoniatrisch-audiometrischen Dienstes berechtigt sind.

(2) Besondere Untersuchungen, ambulant durchzuführende Operationen und Behandlungen sowie physikalische Heilbehandlung werden auch durch öffentliche Krankenanstalten und Kuranstalten gewährt.

(3) Bei Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe als Sachleistung hat der Erkrankte die Anspruchsberechtigung nachzuweisen.

Heilmittel

§ 92. (1) Heilmittel werden gegen ärztliche Verordnung ohne zeitliche Begrenzung als Pflichtleistung unbeschadet der Bestimmungen des Abs. 3 gewährt.

(2) Die Heilmittel umfassen

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

soweit sie von Ärzten verschrieben und in Apotheken bzw. von Hausapotheken führenden Ärzten bezogen werden.

(3) Für den Bezug eines jeden Heilmittels auf Rechnung des Versicherungsträgers ist als Kostenbeteiligung eine Rezeptgebühr im Betrag von 15 S zu entrichten. Werden mehrere Heilmittel auf einem Rezept verordnet, so sind so oft 15 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.

(4) Bei anzeigepflichtigen übertragbaren Krankheiten darf eine Rezeptgebühr nicht eingehoben werden. Der Versicherungsträger hat für diese Fälle besondere Rezeptvordrucke aufzulegen, die mit dem Vermerk „rezeptgebührenfrei“ zu versehen sind.

(5) Der Versicherungsträger hat bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des Versicherten nach Maßgabe der vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger hiezu erlassenen Richtlinien von der Einhebung der Rezeptgebühr abzusehen.

Heilbehelfe und Hilfe bei körperlichen Gebrechen

§ 93. (1) Brillen, orthopädische Schuheinlagen und Bruchbänder sind dem Versicherten für sich und seine Angehörigen in einfacher und zweckentsprechender Ausführung zu gewähren. Für die sonstigen notwendigen Heilbehelfe und Hilfsmittel werden die Kosten auf Rechnung des Versicherungsträgers bis zu einem Höchstausmaß von 4000 S übernommen. Hilfsmittel sind nicht zu gewähren, soweit auf diese ein Anspruch aus der gesetzlichen Unfallversicherung, eine Leistungsverpflichtung aus der gesetzlichen Pensionsversicherung im Rahmen der medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation oder ein gleichartiger Anspruch nach dem Kriegsoferversorgungsgesetz 1957, nach dem Heeresversorgungsgesetz, nach dem Opferfürsorgegesetz, nach dem Bundesgesetz über die Gewährung von Hilfeleistungen an Opfer von Verbrechen, nach dem Impfschadengesetz oder nach dem Strafvollzugsgesetz besteht. Als Hilfsmittel sind hiebei solche Gegenstände oder Vorrichtungen anzusehen, die geeignet sind,

- a) die Funktion fehlender oder unzulänglicher Körperteile zu übernehmen oder
- b) die mit einer Verstümmelung, Verunstaltung oder einem Gebrechen verbundene körperliche oder psychische Beeinträchtigung zu mildern oder zu beseitigen.

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.

(2) Für Heilbehelfe und Hilfsmittel, die nur vorübergehend gebraucht werden und nach ihrer Art ohne gesundheitliche Gefahren von mehreren Personen benützt werden können, wie zum Beispiel Krücken, Krankenfahrräder, kann die Satzung bestimmen, daß diese auch leihweise durch den Versicherungsträger bzw. durch Vertragsstellen zur Verfügung gestellt werden können; sie kann auch eine Vergütung angefallener Leihgebühren vorsehen.

(3) Die Instandsetzungskosten notwendiger Heilbehelfe und Hilfsmittel sind vom Versicherungsträger bis zu zwei Drittel der Kosten zu übernehmen, die dem Versicherungsträger bei Neuanschaffung des Heilbehelfes oder des Hilfsmittels entstehen würden.

(4) Die Satzung kann unter Bedachtnahme auf die Abnutzung bei ordnungsmäßigem Gebrauch eine Gebrauchsdauer für Heilbehelfe und Hilfsmittel festsetzen.

(5) Die Leistung bestimmt sich im einzelnen im Rahmen der durch Gesetz und Satzung festgesetzten Höchstbeträge nach Maßgabe der bestehenden Verträge mit den entsprechenden Vertragspartnern oder nach einem Vergütungsstarif, der einen Bestandteil der Satzung darstellt.

Zahnbehandlung und Zahnersatz

§ 94. (1) Pflichtleistungen sind

1. Zahnbehandlung, und zwar chirurgische und konservierende Zahnbehandlung sowie Kieferregulierungen, soweit sie zur Verhütung von Gesundheitsschädigungen oder zur Beseitigung von berufsstörenden Verunstaltungen notwendig sind;

2. Zahnersatz, der notwendig ist, um eine Gesundheitsstörung oder eine wesentliche Störung der Berufsfähigkeit hintanzuhalten.

(2) Zahnbehandlung und Zahnersatz sind durch freiberuflich tätige Fachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und Dentisten sowie durch öffentliche Krankenanstalten nach Maßgabe der Bestimmungen der Satzung zu gewähren.

(3) Bei der Inanspruchnahme der Zahnbehandlung oder des Zahnersatzes als Sachleistung ist die Anspruchsberechtigung nachzuweisen.

Umfang und Dauer der Anstaltspflege

§ 95. (1) Anstaltspflege in Krankenanstalten im Sinne des Krankenanstaltengesetzes, BGBl. Nr. 1/1957, ist als Pflichtleistung ohne zeitliche Begrenzung zu gewähren, wenn und solange es die Krankheit erfordert.

(2) Als Anstaltspflege gilt nicht die Unterbringung in einem Heim für Genesende, die ärztlicher Behandlung und besonderer Wartung bedürfen (§ 2 Abs. 1 Z. 3 Krankenanstaltengesetz, BGBl. Nr. 1/1957), in einer Pflegeanstalt für chronisch Kranke, die ärztlicher Betreuung und besonderer Pflege bedürfen (§ 2 Abs. 1 Z. 4 Krankenanstaltengesetz, BGBl. Nr. 1/1957) oder in einer Sonderkrankenanstalt, die vorwiegend der Rehabilitation von Versicherten dient.

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

Kostentragung und Kostenersatz an Versicherte bei Anstaltspflege

§ 96. (1) Anstaltspflege ist in der allgemeinen Gebührenklasse einer Krankenanstalt zu gewähren.

(2) Für Versicherte, die ärztliche Hilfe nur in Form von Geldleistungen gemäß § 85 Abs. 2 lit. c erhalten, kann die Satzung bestimmen, daß im Falle der Wahl einer Krankenanstalt ohne allgemeine Gebührenklasse oder der Wahl einer höheren Gebührenklasse (Sonderklasse) folgende Leistungen gewährt werden:

- a) Pflegegebührenersätze in Höhe der Pflegegebühren für Selbstzahler der allgemeinen Gebührenklasse der vom Versicherten gewählten Krankenanstalt oder, falls diese keine allgemeine Gebührenklasse führt, der nächstgelegenen geeigneten Krankenanstalt, die eine solche Gebührenklasse führt, und
- b) Kostenersätze für Operationen und Sondergebühren in sinngemäßer Anwendung der für die ärztliche Hilfe (§ 91) und Heilmittel (§ 92) geltenden Bestimmungen nach einem Vergütungstarif, der einen Bestandteil der Satzung darstellt. Im Vergütungstarif können auch Pauschalsätze festgelegt werden.

Diese Leistungen dürfen 80 v. H. der in Rechnung gestellten Beträge nicht überschreiten.

Beziehungen zu den öffentlichen Krankenanstalten

§ 97. Grundsatzbestimmung. Für die Regelung der Beziehungen des Versicherungsträgers zu den öffentlichen Krankenanstalten sind die Bestimmungen des § 148 Z. 1 und 3 bis 7 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes entsprechend anzuwenden. Die den öffentlichen Krankenanstalten nach Maßgabe dieser Bestimmungen gebührenden Pflegegebührenersätze sind vom Versicherungsträger zu entrichten.

Aufnahme in nichtöffentliche Krankenanstalten

§ 98. (1) Der Erkrankte kann auch in eine sonstige nichtöffentliche Krankenanstalt aufgenommen werden, mit der der Versicherungsträger in einem Vertragsverhältnis steht. In einem solchen Fall ist die Pflege in der nichtöffentlichen Krankenanstalt der Pflege in einer öffentlichen Krankenanstalt gleichzuhalten.

(2) Grundsatzbestimmung. Für die Regelung der Beziehungen des Versicherungsträgers zu den nichtöffentlichen Krankenanstalten sind die Bestimmungen des § 149 Abs. 2 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes entsprechend anzuwenden. Die den nichtöffentlichen Krankenanstalten gebührenden Pflegegebührenersätze sind vom Versicherungsträger zu entrichten.

Hauskrankenpflege

§ 99. Ist eine ausreichende Pflege des Erkrankten durch einen Haushaltsangehörigen nicht möglich, so kann der Versicherungsträger Hauskrankenpflege gewähren. Die Hauskrankenpflege kann durch beizustellende Pflegepersonen, durch Leistung von Zuschüssen zu den Kosten für die Pflegepersonen

oder durch eine Kostenbeteiligung des Versicherungsträgers an Einrichtungen von Gebietskörperschaften, die Hauskrankenpflege durch Pflegepersonen im Sinne des Bundesgesetzes, betreffend die Regelung des Krankenpflegefachdienstes, der medizinisch-technischen Dienste und der Sanitätshilfsdienste, BGBl. Nr. 102/1961, betreiben, gewährt werden. Die Hauskrankenpflege kann auch gewährt werden, wenn ein sonstiger wichtiger Grund dafür vorliegt.

Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit

§ 100. (1) Der Versicherungsträger kann unter Berücksichtigung des Fortschrittes der medizinischen Wissenschaft sowie unter Bedachtnahme auf seine finanzielle Leistungsfähigkeit neben der oder im Anschluß an die Krankenbehandlung geeignete Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit gewähren.

(2) Als Maßnahmen im Sinne des Abs. 1 kommen insbesondere in Frage:

1. Fürsorge für Genesende (zum Beispiel durch Unterbringung in einem Genesungsheim);
2. Unterbringung in einem Erholungsheim;
3. Landaufenthalt sowie Aufenthalt in Kurorten bzw. Kuranstalten;
4. Unterbringung in Krankenanstalten, die vorwiegend der Rehabilitation dienen;
5. Übernahme der Reisekosten (§ 103) für die unter Z. 1 bis 4 bezeichneten Zwecke.

(3) In der Satzung kann für den Fall der Gewährung von Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit unter Bedachtnahme auf eine ökonomische Gewährung dieser Leistungen bestimmt werden, ob und in welcher Höhe Versicherte eine Zuzahlung zu leisten haben. Die Zuzahlung kann überdies im vorhinein vorgeschrieben werden, wenn es der Verwaltungsvereinfachung dient.

(4) Die Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit können auch durch Gewährung von Zuschüssen für Landaufenthalt und Aufenthalt in Kurorten bzw. Kuranstalten erbracht werden.

Krankheitsverhütung

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

1. Gesundheitsfürsorge, wie Gesunden- und Schwangerenfürsorge, Säuglings- und Kinderfürsorge, Fürsorge für gesundheitsgefährdete Jugendliche;
2. Maßnahmen zur Bekämpfung der Volkskrankheiten und der Zahnfäule;
3. gesundheitliche Aufklärung der Versicherten und ihrer Familienangehörigen;
4. die erforderlichen Reise(Fahrt)- und Transportkosten bei Leistungen gemäß Z. 1 bis 3.

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

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

Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft

§ 102. (1) Der Versicherungsfall der Mutterschaft umfaßt die Schwangerschaft, die Entbindung und die sich daraus ergebenden Folgen, soweit diese Folgen nicht als Versicherungsfall der Krankheit anzusehen sind.

(2) Ärztlicher Beistand und Hebammenbeistand sind als Pflichtleistungen in sinngemäßer Anwendung des § 91 zu gewähren.

(3) Heilmittel, Heilbehelfe und Hilfsmittel sind in sinngemäßer Anwendung der Bestimmungen der §§ 92 und 93 zu gewähren.

(4) Für die Entbindung ist Pflege in einer Krankenanstalt für längstens zehn Tage in sinngemäßer Anwendung der Bestimmungen der §§ 95 bis 98 zu gewähren.

(5) Für die Entbindung ist außerdem ein Entbindungsbeitrag in der Höhe von mindestens 1000 S zu gewähren. Durch die Satzung kann der Entbindungsbeitrag erhöht werden. Er darf höchstens 80 v. H. der höchsten Beitragsgrundlage betragen. Bei Mehrlingsgeburten gebührt der Entbindungsbeitrag für jedes Kind.

Reise(Fahrt)- und Transportkosten

§ 103. (1) Zur Inanspruchnahme der Pflichtleistungen der Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz, die aus dem Versicherungsfall der Krankheit und der Mutterschaft (§ 79 Abs. 1 Z. 2 und 3) entstehen, sind im notwendigen Ausmaß auch die Reise(Fahrt)- und Transportkosten nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen zu übernehmen.

(2) Als Pflichtleistung sind Reise(Fahrt)kosten, die zur Inanspruchnahme der nächsten Behandlungsstelle durch den Versicherten oder einen seiner mitversicherten Familienangehörigen bzw. Angehörigen gemäß § 83 notwendig sind und sich nicht aus der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel innerhalb des Stadtgebietes (Straßenbahn, Autobus) ergeben, zu ersetzen, wenn die Entfernung mehr als 5 km beträgt. Der Ersatz der Fahrtkosten hat nach dem Fahrpreis des billigsten öffentlichen Verkehrsmittels zu erfolgen. Dies gilt auch bei Benützung eines Privatfahr-

zeuges. Die tatsächliche Inanspruchnahme der Behandlungsstelle ist in jedem Fall nachzuweisen. Die Satzung kann bestimmen, daß bei Kindern und gebrechlichen Personen die Reise(Fahrt)kosten auch für eine Begleitperson gewährt werden.

(3) Bei Notwendigkeit des Transportes gehunfähiger Erkrankter zu besonderen Untersuchungen und Behandlungen sind über ärztlichen Antrag vom Versicherungsträger die Beförderungskosten zur nächstgelegenen geeigneten Behandlungsstelle als Pflichtleistung zu übernehmen.

(4) Sofern im Falle einer zu gewährenden Anstaltspflege der körperliche Zustand des Erkrankten oder die Entfernung seines Wohnsitzes seine Beförderung in die oder aus der Krankenanstalt erfordert, sind die notwendigen Kosten einer solchen Beförderung zur bzw. von der nächstgelegenen geeigneten Krankenanstalt vom Versicherungsträger zu übernehmen. Das gleiche gilt hinsichtlich der Übernahme der notwendigen Kosten des Transportes von der Unfallstelle bis zur Wohnung.

(5) Bergungskosten und die Kosten der Beförderung bis ins Tal sind bei Unfällen in Ausübung von Sport und Touristik nicht zu ersetzen.

(6) Durch die Satzung kann im Zusammenhang mit der Unterbringung in Sonderkrankenanstalten (§ 100 Abs. 2 Z. 4) die Übernahme von Reise(Fahrt)- und Transportkosten als freiwillige Leistung vorgesehen werden. Durch die Satzung kann ferner die Übernahme der im Zusammenhang mit den Gesundenuntersuchungen entstehenden Fahrtkosten nach Maßgabe der Bestimmungen des Abs. 2 als freiwillige Leistung vorgesehen werden.

Leistungen aus dem Versicherungsfall des Todes

§ 104. (1) Beim Tod eines Versicherten, eines mitversicherten Familienangehörigen (§ 10) bzw. Angehörigen (§ 83) ist ein Bestattungskostenbeitrag zu gewähren. Das gleiche gilt sinngemäß für eine Totgeburt.

(2) Der Bestattungskostenbeitrag beträgt mindestens 1000 S, im Falle einer Totgeburt mindestens 200 S. Durch die Satzung kann der Bestattungskostenbeitrag erhöht werden. Er darf höchstens 80 v. H., im Falle einer Totgeburt 16 v. H. der höchsten Beitragsgrundlage betragen.

(3) Beim Tod eines mitversicherten Familienangehörigen (§ 10) bzw. Angehörigen (§ 83) und bei einer Totgeburt gebührt der Bestattungskostenbeitrag dem Versicherten. Beim Tod des Pflicht- oder Weiterversicherten gebührt der Bestattungskostenbeitrag demjenigen, 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 Versicherungsträger.

(4) Wurden die Bestattungskosten beim Tod des Pflicht- oder Weiterversicherten auf Grund gesetzlicher, satzungsmäßiger oder vertraglicher Verpflichtung von anderen Personen als den im Abs. 3 bezeichneten Angehörigen bestritten, so gebührt der Bestattungskostenbeitrag zur Gänze den im Abs. 3 bezeichneten Angehörigen in der dort angeführten Reihenfolge.

3. Unterabschnitt

Leistungen bei Bestand einer Zusatzversicherung

Umfang der Leistungen; Anspruchsberechtigung

§ 105. (1) Die Leistungen der Zusatzversicherung umfassen bei Bestand einer Zusatzversicherung auf Kranken-, Tag- und Wochengeld (§ 9)

1. Krankengeld gemäß § 106;
2. Taggeld gemäß § 108;
3. Wochengeld gemäß § 109.

(2) Die Anspruchsberechtigung auf Leistungen gemäß Abs. 1 Z. 1 und 2 entsteht nach Ablauf von sechs Monaten, die Anspruchsberechtigung auf Leistungen gemäß Abs. 1 Z. 3 erst nach Ablauf von neuen Monaten nach Beginn der Zusatzversicherung. Die Anspruchsberechtigung auf Leistungen der Zusatzversicherung endet mit dem Ende der Zusatzversicherung.

Krankengeld

§ 106. (1) Bei Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit gebührt vom vierten Tag der Arbeitsunfähigkeit an ein tägliches Krankengeld.

(2) Die anspruchsberechtigten Versicherten haben den Beginn der ärztlicherseits festgestellten Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit dem Versicherungsträger innerhalb einer Woche zu melden.

(3) Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn und solange der Anspruchsberechtigte infolge Krankheit nicht oder nur mit Gefahr der Verschlechterung seines Zustandes oder der Erkrankung fähig ist, seiner bisherigen Beschäftigung nachzugehen.

(4) Krankengeld ist bis zur Höchstdauer von 26 Wochen für ein und dieselbe Krankheit, auch wenn während dieser Zeit zu der Krankheit, für die Krankengeld zuerst gewährt wurde, eine neue Krankheit hinzugetreten ist, zu gewähren. Werden anspruchsberechtigte Versicherte nach Beendigung des Krankengeldbezuges vor Ablauf der Höchstdauer neuerlich, und zwar innerhalb einer Frist von zwölf Monaten, infolge der Krankheit, für die bereits Krankengeld gewährt wurde, arbeitsunfähig, so sind diese Zeiten zur Feststellung der Höchstdauer zusammenzurechnen.

(5) Anspruchsberechtigte Versicherte, die bereits für 26 Wochen hintereinander oder insgesamt für ein

und dieselbe Krankheit Krankengeld bezogen haben, erlangen erst wieder nach Ablauf von einem Jahr (gerechnet vom Tag der Aussteuerung gemäß Abs. 4 an) für dieselbe Krankheit, für die der weggefallene Anspruch auf Krankengeld bestanden hat, einen neuen Anspruch in dem im Abs. 4 angeführten Ausmaß.

(6) Die Satzung kann die im Abs. 4 vorgesehene Höchstdauer auf 52 Wochen verlängern.

(7) Das tägliche Krankengeld wird durch die Satzung festgesetzt und darf 80 v. H. der Beitragsgrundlage (§ 25), geteilt durch 30, nicht überschreiten.

Ruhen des Anspruches auf Krankengeld

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

1. solange die Arbeitsunfähigkeit dem Versicherungsträger nicht gemeldet ist;
2. solange der Versicherte auf Rechnung eines Versicherungsträgers Anstaltspflege erhält oder auf Rechnung eines Versicherungsträgers bzw. eines Landesinvalidenamtes in einem Genesungs-, Erholungs- oder Kurheim oder einer Sonderkrankenanstalt untergebracht ist oder Anspruch auf Ersatz der Pflegegebühren einem Versicherungsträger gegenüber hat, für die Dauer dieses Aufenthaltes.

(2) Das Ruhen gemäß 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 Versicherten oder das Vorliegen besonderer Gründe für die nicht rechtzeitige Meldung der Arbeitsunfähigkeit es gerechtfertigt erscheinen lassen, kann die Satzung das Krankengeld bei nicht rechtzeitiger Meldung auch für die zurückliegende Zeit, für längstens vier Wochen vor der Meldung, vorsehen.

(3) Durch die Satzung kann ferner bestimmt werden, daß das Krankengeld auf Dauer oder für eine bestimmte Zeit zur Gänze oder teilweise ruht, wenn der Versicherte

1. einer Ladung zum Chef(Vertrauens)arzt ohne wichtigen Grund nicht Folge leistet oder
2. wiederholt Bestimmungen der Krankenordnung oder Anordnungen des behandelnden Arztes verletzt hat,

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

Taggeld

§ 108. (1) Solange das Krankengeld gemäß § 107 Abs. 1 Z. 2 ruht, gebührt an Stelle des Krankengeldes ein Taggeld. Das Taggeld ist mindestens in der Höhe des sich gemäß § 106 ergebenden Krankengeldes zu gewähren. Durch die Satzung kann das Taggeld erhöht werden. Es darf höchstens in der doppelten Höhe des Krankengeldes gewährt werden.

(2) Der Zeitraum, für den Taggeld gemäß Abs. 1 gewährt wird, ist auf die Höchstdauer des Krankengeldanspruches anzurechnen.

Wochengeld

§ 109. (1) Das Wochengeld ist für die Dauer der letzten acht Wochen vor der Entbindung, für den Entbindungstag selbst und für die ersten acht Wochen nach der Entbindung zu gewähren. Mütter nach Frühgeburten, Mehrlingsgeburten oder Kaiserschnitt-entbindungen erhalten das Wochengeld nach der Entbindung durch zwölf Wochen. Die Achtwochenfrist vor der voraussichtlichen Entbindung ist auf Grund eines ärztlichen Zeugnisses zu berechnen. Erfolgt die Entbindung zu einem anderen als dem vom Arzt angenommenen Zeitpunkt, so verkürzt oder verlängert sich die Frist vor der Entbindung entsprechend. Die Frist nach der Entbindung verlängert sich jedoch in jedem Falle bis zu dem Zeitpunkt, in dem unter Annahme der Geltung der Vorschriften des Mutterschutzrechtes ein Beschäftigungsverbot enden würde.

(2) Der Anspruch auf Wochengeld muß spätestens bis zum Ablauf der dreizehnten Woche nach der Entbindung bei sonstigem Verfall geltend gemacht werden.

(3) Das Wochengeld ist in der Höhe des sich gemäß § 106 ergebenden Krankengeldes zu gewähren.

Zusammentreffen von Ansprüchen auf Wochengeld und Krankengeld bzw. Taggeld

§ 110. Treffen Ansprüche auf Wochengeld und Krankengeld bzw. Taggeld zusammen, so gebührt nur das Wochengeld. Die Dauer des Wochengeldbezuges ist auf die Höchstdauer des Krankengeldanspruches nicht anzurechnen. Ist ein Anspruch auf Wochengeld gemäß § 105 Abs. 2 noch nicht gegeben, so ruht für die Zeiten gemäß § 109 Abs. 1 auch der Anspruch auf Krankengeld bzw. Taggeld, wenn die die Arbeitsunfähigkeit herbeiführende Erkrankung mit der Schwangerschaft oder der Entbindung in ursächlichem Zusammenhang steht.

ABSCHNITT III

Leistungen der Pensionsversicherung

1. Unterabschnitt

Allgemeine Bestimmungen

Aufgaben

§ 111. Die Pensionsversicherung trifft Vorsorge für die Versicherungsfälle des Alters, der dauernden Erwerbsunfähigkeit und des Todes sowie für die Rehabilitation und für Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge.

Leistungen

§ 112. (1) In der Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz sind zu gewähren:

1. aus den Versicherungsfällen des Alters
 - a) die Alterspension (§ 130),
 - b) die vorzeitige Alterspension bei langer Versicherungsdauer (§ 131);
2. aus dem Versicherungsfall der dauernden Erwerbsunfähigkeit die Erwerbsunfähigkeitspension (§ 132);
3. aus dem Versicherungsfall des Todes die Hinterbliebenenpensionen (§ 135).

(2) Der Versicherungsträger trifft überdies Maßnahmen der Rehabilitation (§ 158); er kann Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge (§ 169) treffen.

Eintritt des Versicherungsfalles

§ 113. (1) Der Versicherungsfall gilt als eingetreten:

1. bei Leistungen aus den Versicherungsfällen des Alters mit der Erreichung des Anfallsalters;
2. bei Leistungen aus dem Versicherungsfall der dauernden Erwerbsunfähigkeit mit deren Eintritt, wenn aber dieser Zeitpunkt nicht feststellbar ist, mit der Antragstellung;
3. bei Leistungen aus dem Versicherungsfall des Todes mit dem Tod.

(2) Stichtag für die Feststellung, ob und in welchem Ausmaß eine Leistung gebührt, ist der Eintritt des Versicherungsfalles, wenn er auf einen Monatsersten fällt, sonst der dem Eintritt des Versicherungsfalles folgende Monatserste. Wird jedoch der Antrag auf eine Leistung gemäß Abs. 1 Z. 1 oder 2 erst nach Eintritt des Versicherungsfalles gestellt, so ist Stichtag für diese Feststellung der Zeitpunkt der Antragstellung, wenn er auf einen Monatsersten fällt, sonst der dem Zeitpunkt der Antragstellung folgende Monatserste.

Versicherungszeiten

§ 114. Unter Versicherungszeiten sind die in den §§ 115 und 117 angeführten Beitragszeiten und die in den §§ 116 und 117 angeführten Ersatzzeiten zu verstehen.

Beitragszeiten

§ 115. (1) Als Beitragszeiten sind anzusehen:

1. Zeiten der Beitragspflicht nach diesem Bundesgesetz oder nach dem Gewerblichen Selbständigen-Pensionsversicherungsgesetz, wenn die Beiträge innerhalb von zwei Jahren nach Ablauf des Kalendermonates, für den sie gelten sollen, wirksam (§ 118) entrichtet worden sind;
2. Zeiten, für die Beiträge nach dem Handelskammer-Altersunterstützungsgesetz, BGBl. Nr. 115/1953, in der Fassung der Handelskammer-Altersun-

terstützungsgesetz-Novelle, BGBl. Nr. 188/1955, bis 31. Dezember 1959 entrichtet worden sind;

3. Zeiten einer Weiterversicherung gemäß § 12 oder nach den Bestimmungen des Gewerblichen Selbständigen-Pensionsversicherungsgesetzes, wenn die Beiträge innerhalb von zwei Jahren nach Ablauf des Kalendermonates, für den sie gelten sollen, wirksam entrichtet worden sind;

4. Zeiten, für die ein Überweisungsbetrag oder erstattete Beiträge gemäß § 175 dieses Bundesgesetzes bzw. gemäß § 101 d des Gewerblichen Selbständigen-Pensionsversicherungsgesetzes, gemäß § 311 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes bzw. gemäß § 167 des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes bzw. gemäß § 99 d des Bauern-Pensionsversicherungsgesetzes zurückgezahlt worden sind, sofern diese Zeiten in dem Überweisungsbetrag bzw. bei der Erstattung der Beiträge als Beitragszeiten im Sinne dieses Bundesgesetzes berücksichtigt worden waren.

(2) Die im Abs. 1 für die Entrichtung von Beiträgen gesetzten Fristen verlängern sich um die Zeit eines Verfahrens, das zur Entscheidung über die Versicherungspflicht oder über die Berechtigung zur Weiterversicherung für den Zeitraum, für den die Beiträge entrichtet werden, eingeleitet worden ist.

(3) In Fällen besonderer Härte kann der Bundesminister für soziale Verwaltung auch Beiträge als wirksam entrichtet anerkennen, die für Zeiten gemäß Abs. 1 Z. 1 nach Ablauf des dort bezeichneten Zeitraumes entrichtet werden. Ein Fall besonderer Härte ist insbesondere dann anzunehmen, wenn dem Versicherten ansonst ein Nachteil in seinen versicherungsrechtlichen Verhältnissen erwächst, der unter Berücksichtigung seiner Familien- und Einkommensverhältnisse von wesentlicher Bedeutung ist, und der Versicherte seine Anmeldung zur Versicherung nicht vorsätzlich unterlassen hat.

(4) Witwen (Witwer), die den Betrieb des versicherten Ehegatten (der versicherten Ehegattin) fortführen, können für die Dauer des Verlassenschaftsverfahrens wirksam Beiträge zur Pflichtversicherung entrichten, sofern nicht schon auf Grund dieser Fortführung Pflichtversicherung bestanden hat. Für die Bemessung dieser Beiträge, die innerhalb von zwei Jahren nach dem Ende des Verlassenschaftsverfahrens einzuzahlen sind, ist § 25 entsprechend anzuwenden.

(5) In den Kalenderjahren 1956 und 1957 erworbene Beitragszeiten der Pensionsversicherung selbständiger bildender Künstler nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz werden in die Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz übernommen.

Ersatzzeiten

§ 116. (1) Als Ersatzzeiten gelten, soweit sie nicht als Beitragszeiten anzusehen sind:

1. nach Vollendung des 18. Lebensjahres im Gebiet der Republik Österreich zurückgelegte Zeiten einer selbständigen Erwerbstätigkeit im Sinne des § 2

Abs. 1 Z. 1 und 2 und § 3 Abs. 3 und 4, die bei früherem Wirksamkeitsbeginn der Bestimmungen dieses Bundesgesetzes über die Versicherungspflicht die Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz begründet hätte und während derer der Versicherte seinen Lebensunterhalt überwiegend aus dem Ertrag dieser Erwerbstätigkeit bestritten hat; diese Zeiten zählen für die Erfüllung der Wartezeit, unbeschadet der Bestimmung des Abs. 3, mit der vollen zurückgelegten Dauer. Für die Bemessung der Leistungen gelten in jedem vollen Kalenderjahr der Ausübung einer derartigen Erwerbstätigkeit

bei Versicherten der Geburtsjahrgänge
bis 1905 8 Monate,
bei Versicherten der Geburtsjahrgänge
1906 bis 1916 7 Monate,
bei Versicherten der Geburtsjahrgänge
1917 und später 6 Monate,

an Ersatzzeit als erworben; ein Rest von weniger als 12 Kalendermonaten der Ausübung einer derartigen Erwerbstätigkeit wird in der Weise berücksichtigt, daß für jeden restlichen Monat ein Zwölftel der für ein volles Kalenderjahr anzurechnenden Monate an Ersatzzeit als erworben gilt; unter denselben Voraussetzungen gelten bei Personen, die erst nach dem Wirksamkeitsbeginn der Bestimmungen dieses Bundesgesetzes über die Versicherungspflicht auf Grund von Änderungen der Bestimmungen über die Kammermitgliedschaft in die Pflichtversicherung einbezogen werden, die vor dieser Einbeziehung zurückgelegten Zeiten der selbständigen Erwerbstätigkeit als Ersatzzeiten;

2. Zeiten, in denen ein Versicherter, der am Stichtag (§ 113 Abs. 2) die österreichische Staatsbürgerschaft besitzt,

- a) während des ersten oder zweiten Weltkrieges Kriegsdienst oder einen nach den jeweils in Geltung gestandenen Vorschriften dem Kriegsdienst für die Berücksichtigung in der Rentenversicherung gleichgehaltenen Not- oder Luftschutzdienst geleistet oder sich in Kriegsgefangenschaft befunden hat;
- b) auf Grund der Bestimmungen des Wehrgesetzes 1978 ordentlichen oder außerordentlichen Präsenzdienst oder auf Grund der Bestimmungen des Zivildienstgesetzes ordentlichen oder außerordentlichen Zivildienst geleistet hat;
- c) sonst eine Wehr- oder Arbeitsdienstpflicht nach den jeweils in Geltung gestandenen Vorschriften erfüllt hat;

3. Zeiten, in denen der Versicherte aus politischen oder religiösen Gründen oder aus Gründen der Abstammung, auch wegen Auswanderung aus den angeführten Gründen, daran gehindert war, seine selbständige Erwerbstätigkeit im Sinne der Z. 1 fortzusetzen;

4. Zeiten, in denen der Versicherte im Zeitraum vom 1. Jänner 1939 bis 9. Mai 1945 durch verwaltungsbehördliche Maßnahmen auf Grund der Anord-

nung über besondere Maßnahmen auf dem Gebiete des Gewerberechtes in Österreich, GBl. für das Land Österreich Nr. 387/1939, oder auf Grund des Gesetzes über besondere Maßnahmen auf dem Gebiete des Gewerberechtes, GBl. für das Land Österreich Nr. 774/1939, oder durch kriegswirtschaftliche verwaltungsbehördliche Einzelmaßnahmen daran gehindert war, seine selbständige Erwerbstätigkeit im Sinne der Z. 1 fortzusetzen;

5. Zeiten, während derer der Versicherte Übergangsgeld gemäß § 164 dieses Bundesgesetzes oder gemäß § 199 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes bezogen hat.

(2) Zur Kriegsgefangenschaft im Sinne des Abs. 1 Z. 2 lit. a zählt auch die Heimkehr aus ihr; soweit die Zeit nicht überschritten ist, die der Einberufene bei Berücksichtigung aller Zwischenfälle benötigte, um an seinen letzten Wohnort vor der Einberufung zurückzukehren. Eine Zivilinternierung im Zusammenhang mit dem ersten oder zweiten Weltkrieg ist der Kriegsgefangenschaft gleichzuhalten.

(3) Zeiten der im Abs. 1 und Abs. 7 bezeichneten Art gelten nur dann als Ersatzzeiten, wenn sie sich nicht schon im Bestand oder Ausmaß eines Leistungsanspruches aus einer anderen gesetzlichen Pensionsversicherung ausgewirkt haben.

(4) Zeiten gemäß Abs. 1 Z. 1 gelten nicht als Ersatzzeiten, wenn während dieser Zeiten eine Pflichtversicherung nach dem Gewerblichen Selbständigen-Pensionsversicherungsgesetz bestanden hat, ohne daß die Beiträge im Sinne des § 115 Abs. 1 Z. 1 wirksam entrichtet worden sind. Die Zeiten gemäß Abs. 1 Z. 2 gelten als Ersatzzeiten, sofern ihnen eine Beitrags- oder Ersatzzeit im Sinne dieses Bundesgesetzes vorangeht oder nachfolgt. Zeiten der im Abs. 1 Z. 3 genannten Art gelten bis zum Wegfall der Behinderung, längstens bis 1. April 1959, als Ersatzzeiten; dies jedoch nur, wenn die tatsächliche letzte Ausübung der Erwerbstätigkeit gemäß Abs. 1 Z. 1 dem Beginn der Behinderung nicht um mehr als drei Jahre vorangeht. Der Wegfall der Behinderung ist anzunehmen, wenn der Versicherte im Inland seinen Wohnsitz wieder begründet oder eine selbständige Erwerbstätigkeit, die die Pflichtversicherung nach diesem Bundesgesetz begründet hat oder bei früherem Wirksamkeitsbeginn begründet hätte, aufgenommen und länger als ein Jahr ununterbrochen ausgeübt hat. Die Zeiten gemäß Abs. 1 Z. 4 gelten nur dann als Ersatzzeiten, wenn die tatsächliche letzte Ausübung der selbständigen Erwerbstätigkeit im Sinne des Abs. 1 Z. 1 dem Beginn der Behinderung nicht um mehr als drei Jahre vorangeht und diese Erwerbstätigkeit bereits drei Jahre ausgeübt worden war.

(5) Ersatzzeiten gemäß Abs. 1 werden nur mit vollen Kalendermonaten gezählt. Ist die Voraussetzung für die Berücksichtigung einer Zeit als Ersatzzeit im Sinne des Abs. 1 in einem Kalendermonat nicht während des vollen Monates gegeben, so wird dieser Kalendermonat nicht als Ersatzzeit gezählt.

(6) Den im Abs. 1 Z. 1 genannten Zeiten werden, soweit im folgenden nichts anderes bestimmt wird, unvorgreiflich künftiger zwischenstaatlicher Regelung Zeiten einer gleichartigen selbständigen Erwerbstätigkeit in einem am 16. Oktober 1918 zur österreichisch-ungarischen Monarchie gehörigen, außerhalb der Republik Österreich gelegenen Gebiet gleichgestellt, wenn es sich um Personen handelt, die am Stichtag (§ 113 Abs. 2) im Gebiet der Republik Österreich ihren Wohnsitz haben, unter der weiteren Voraussetzung,

- a) daß sie sich am 11. Juli 1953 im Gebiet der Republik Österreich nicht nur vorübergehend aufgehalten haben und an diesem Tag entweder österreichische Staatsangehörige waren oder als Volksdeutsche (Personen deutscher Sprachzugehörigkeit, die staatenlos sind oder deren Staatsangehörigkeit ungeklärt ist) anzusehen sind;
- b) daß sie als Volksdeutsche im Sinne der lit. a anzusehen sind, ferner daß ihnen die Einreise nach Österreich bis zum 11. Juli 1953 bewilligt wurde und daß sie nachweislich ohne ihr Verschulden nicht in das Gebiet der Republik Österreich einreisen konnten;
- c) daß sie als österreichische Staatsangehörige bis zum 11. Juli 1953 nachweislich ohne ihr Verschulden ihren Wohnsitz nicht in das Gebiet der Republik Österreich verlegen konnten;
- d) daß sie als österreichische Staatsangehörige oder als Volksdeutsche im Sinne der lit. a nach dem 11. Juli 1953 aus der Kriegsgefangenschaft oder Zivilinternierung in die Republik Österreich entlassen wurden.

(7) Als Ersatzzeiten gelten ferner die Zeiten, in denen nach Vollendung des 15. Lebensjahres eine inländische öffentliche oder mit dem Öffentlichkeitsrecht ausgestattete mittlere Schule mit mindestens zweijährigem Bildungsgang, eine höhere Schule, Akademie oder verwandte Lehranstalt oder eine inländische Hochschule bzw. Kunstakademie oder Kunsthochschule in dem für die betreffende Schul- (Studien)art vorgeschriebenen normalen Ausbildungs- (Studien)gang besucht wurde oder nach dem Hochschulstudium eine vorgeschriebene Ausbildung für den künftigen, abgeschlossene Hochschulbildung erfordernden Beruf erfolgt ist, sofern nach dem Verlassen der Schule bzw. der Beendigung der Ausbildung eine sonstige Versicherungszeit nach diesem Bundesgesetz vorliegt; hierbei werden höchstens zwei Jahre des Besuches einer mittleren Schule, höchstens drei Jahre des Besuches einer höheren Schule, Akademie oder verwandten Lehranstalt, höchstens zwölf Semester des Besuches einer Hochschule, einer Kunstakademie oder Kunsthochschule und höchstens sechs Jahre der vorgeschriebenen Ausbildung für den künftigen abgeschlossene Hochschulbildung erfordernden Beruf berücksichtigt, und zwar jedes volle Schuljahr angefangen von

demjenigen, das im Kalenderjahr der Vollendung des 15. Lebensjahres begonnen hat, mit acht Monaten, gerechnet ab dem in das betreffende Schuljahr fallenden 1. November, jedes Studiensemester mit vier Monaten, gerechnet ab dem in das betreffende Semester fallenden 1. Oktober bzw. 1. März, und die Ausbildungszeit mit zwei Drittel ihrer Dauer, zurückgerechnet vom letzten Ausbildungsmonat. Für die Zeit vor dem 16. Oktober 1918 ist dem Besuch einer inländischen Schule der Besuch einer gleichartigen, im Gebiet der ehemaligen österreichisch-ungarischen Monarchie gelegenen Schule gleichzuhalten.

Erwerbung von Versicherungszeiten bei Gewährung von strafrechtlichen Entschädigungen

§ 117. Zeiten einer Anhaltung, in Ansehung derer ein österreichisches Gericht rechtskräftig einen Entschädigungsanspruch für strafgerichtliche Anhaltung oder Verurteilung zuerkannt hat, und die nicht schon auf Grund anderer Bestimmungen als Versicherungszeiten erworben wurden, gelten, sofern der Versicherte vor der Anhaltung Beitragszeiten oder Ersatzzeiten in der Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz erworben hat, als Versicherungszeiten dieser Pensionsversicherung. Hiebei gelten die vor dem Zeitpunkt, ab dem von der betreffenden Versichertengruppe (§ 2 bzw. § 3) erstmals Beiträge zur Gewerblichen Selbständigen-Pensionsversicherung entrichtet werden konnten, gelegenen Anhaltungszeiten als Ersatzzeiten und die nach diesem Zeitpunkt gelegenen Anhaltungszeiten als Beitragszeiten der Pflichtversicherung. Die auf diese Beitragszeiten entfallenden Beiträge hat der Bund an den Versicherungsträger nach den jeweils in Geltung gestandenen Vorschriften nachzuentrichten. Die Beitragsgrundlage ist unter Zugrundelegung der letzten vor der Anhaltungszeit in Betracht kommenden Einkünfte aus der im § 116 Abs. 1 Z. 1 genannten Erwerbstätigkeit zu ermitteln; § 127 Abs. 4 ist entsprechend anzuwenden. Für das Ausmaß der Beiträge gilt der nach der zeitlichen Lagerung der Zeiten jeweils in Betracht kommende Beitragssatz. Als Beitragsgrundlage im Sinne des § 127 gilt bei Beitragszeiten die für die Beitragsbemessung herangezogene Beitragsgrundlage, bei Ersatzzeiten der auf den Versicherungsmonat entfallende Teil der letzten vor der Anhaltungszeit in Betracht kommenden Einkünfte des Versicherten aus der im § 116 Abs. 1 Z. 1 angeführten Erwerbstätigkeit.

Unwirksame Beiträge

§ 118. (1) Beiträge, die nach dem Stichtag (§ 113 Abs. 2) für einen anderen Zeitraum als für das letzte dem Stichtag unmittelbar vorangehende Kalendervierteljahr und für das Kalendervierteljahr, in das der Stichtag fällt, geleistet werden, sind für die Leistung aus dem eingetretenen Versicherungsfall unwirksam.

(2) Abs. 1 ist nicht anzuwenden

- a) auf Beiträge für Zeiträume, für welche die Versicherungspflicht in der Pensionsversiche-

rung oder die Berechtigung zur Weiterversicherung erst nach dem Stichtag (§ 113 Abs. 2) in einem schon vorher eingeleiteten Verfahren festgestellt wurde;

- b) auf Beiträge, die nach der Vorschrift des § 115 Abs. 3 als wirksam entrichtet anerkannt wurden;
- c) auf Beiträge, die nach der Vorschrift des § 115 Abs. 4 entrichtet wurden;
- d) in den Fällen des § 175 dieses Bundesgesetzes bzw. des § 101 d des Gewerblichen Selbständigen-Pensionsversicherungsgesetzes, des § 311 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes bzw. des § 167 des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes bzw. des § 99 d des Bauern-Pensionsversicherungsgesetzes;
- e) in den Fällen des § 140 hinsichtlich der Beiträge, die für nach dem Stichtag liegende Zeiträume entrichtet wurden.

Versicherungsmonat

§ 119. Versicherungsmonat ist jeder Kalendermonat einer Beitrags- oder Ersatzzeit im Sinne der §§ 115, 116 und 117.

Wartezeit

§ 120. (1) Der Anspruch auf jede der im § 112 Abs. 1 angeführten Leistungen ist, abgesehen von den im 2. Unterabschnitt festgesetzten besonderen Voraussetzungen, an die allgemeine Voraussetzung geknüpft, daß die Wartezeit durch Versicherungsmonate im Sinne des § 119 erfüllt ist.

(2) Die Wartezeit entfällt für eine Leistung aus dem Versicherungsfall der dauernden Erwerbsunfähigkeit oder aus dem Versicherungsfall des Todes,

- a) wenn der Versicherungsfall die Folge eines Arbeitsunfalles oder einer Berufskrankheit (§§ 175 und 176 bzw. 177 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes) ist und der Arbeitsunfall oder die Berufskrankheit bei einem in der Unfallversicherung gemäß § 8 Abs. 1 Z. 3 lit. a, Z. 4 und § 19 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes versicherten selbständig Erwerbstätigen eingetreten ist, oder
- b) wenn der Stichtag (§ 113 Abs. 2) vor dem vollendeten 24. Lebensjahr des Versicherten liegt und der Versicherte mindestens sechs Versicherungsmonate erworben hat, oder
- c) wenn der Versicherungsfall die Folge einer anerkannten Dienstbeschädigung im Sinne der für Wehrpflichtige geltenden versorgungsrechtlichen Vorschriften ist.

(3) Die Wartezeit ist erfüllt, wenn am Stichtag (§ 113 Abs. 2) Versicherungsmonate im Sinne dieses Bundesgesetzes in folgender Mindestzahl vorliegen:

1. für eine Leistung aus dem Versicherungsfall der dauernden Erwerbsunfähigkeit sowie aus dem Versicherungsfall des Todes 60 Versicherungsmonate, bei Personen, die erstmalig nach dem vollendeten

50. Lebensjahr und nach dem 31. Dezember 1957 einen Versicherungsmonat nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz erworben haben, 96 Versicherungsmonate; Beitragsmonate der Weiterversicherung zählen auf diese Wartezeit nur zur Hälfte;

2. für eine Leistung aus einem Versicherungsfall des Alters 180 Versicherungsmonate.

(4) Die gemäß Abs. 3 Z. 1 und 2 für die Erfüllung der Wartezeit erforderliche Mindestzahl von Versicherungsmonaten muß, unbeschadet der Bestimmungen des § 121,

a) im Falle des Abs. 3 Z. 1 innerhalb der letzten 120 Kalendermonate,

b) im Falle des Abs. 3 Z. 2 innerhalb der letzten 240 Kalendermonate

vor dem Stichtag (§ 113 Abs. 2) liegen.

Neutrale Zeiten

§ 121. Fallen in den Zeitraum der letzten 120 bzw. 240 Kalendermonate vor dem Stichtag (§ 113 Abs. 2) nicht schon als Versicherungszeiten geltende Zeiten der nachstehend bezeichneten Art, so verlängert sich der Zeitraum um diese Zeiten (neutrale Zeiten):

1. Zeiten vor dem 1. Jänner 1950, in denen der Versicherte im Gebiete der Republik Österreich durch Ausplünderung, Ausbombung oder sonstige Kriegseinwirkung daran gehindert war, seine selbständige Erwerbstätigkeit im Sinne des § 116 Abs. 1 Z. 1 fortzusetzen;

2. Zeiten vor dem 1. Jänner 1956, in denen der Versicherte im Gebiete der Republik Österreich durch Maßnahmen einer Besatzungsmacht daran gehindert war, seine selbständige Erwerbstätigkeit im Sinne des § 116 Abs. 1 Z. 1 fortzusetzen;

3. Zeiten vor dem 1. Jänner 1958, in denen die Kammermitgliedschaft ausschließlich auf der verpachteten Berechtigung beruhte (§ 4 Abs. 3 Z. 1), sofern die Ausnahme von der Pflichtversicherung nicht auch aus einem anderen Grund gegeben gewesen wäre;

4. vor dem 1. Jänner 1958 gelegene Zeiten des angezeigten Ruhens einer selbständigen Erwerbstätigkeit, die bei früherem Wirksamkeitsbeginn dieses Bundesgesetzes die Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz begründet hätte, jeweils nur vorübergehend, mindestens aber vier Monate im Kalenderjahr ausgeübt wurde und bei der auch während der Zeit des Ruhens der Lebensunterhalt überwiegend aus dem Ertrag der betreffenden selbständigen Erwerbstätigkeit bestritten wurde;

5. nach dem 31. Dezember 1957 gelegene Zeiten des angezeigten Ruhens (§ 4 Abs. 1 Z. 1) einer die Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz begründenden selbständigen Erwerbstätigkeit, die jeweils nur vorübergehend, mindestens aber vier Monate im Kalenderjahr ausgeübt wurde und bei der auch während der Zeit

des Ruhens der Lebensunterhalt überwiegend aus dem Ertrag der betreffenden selbständigen Erwerbstätigkeit bestritten wurde;

6. Zeiten, während derer der Versicherte einen bescheidmäßig zuerkannten Anspruch auf

a) eine Leistung aus einem Versicherungsfall des Alters nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz oder aus dem Versicherungsfall der dauernden Erwerbsunfähigkeit nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz bzw. aus dem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz,

b) eine Versichertenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung auf Grund einer Erwerbsfähigkeitseinbuße von mindestens 50 v. H.,

c) eine Beschädigtenrente nach dem Kriegsopferversorgungsgesetz 1957, dem Heeresversorgungsgesetz oder dem Opferfürsorgegesetz auf Grund einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 70 v. H.

hatte, es sei denn, daß der Anspruch gemäß lit. a oder b wegen Verbüßung einer Freiheitsstrafe oder einer Anhaltung im Sinne des § 58 Abs. 1 Z. 1 dieses Bundesgesetzes bzw. im Sinne des § 89 Abs. 1 Z. 1 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes bzw. des § 54 Abs. 1 Z. 1 des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes ruhte;

7. die Zeit, die zwischen der Erfüllung der Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Leistung aus einem Versicherungsfall des Alters und der Antragstellung auf die Leistung liegt;

8. die Zeit zwischen dem Eintritt des Versicherungsfalles und dem Stichtag, wenn jedoch der Antrag auf eine Leistung gemäß § 112 Abs. 1 Z. 1 oder 2 erst nach Eintritt des Versicherungsfalles gestellt wird, zwischen dem Zeitpunkt der Antragstellung und dem Stichtag (§ 113 Abs. 2);

9. Zeiten einer Untersuchungshaft, wenn das strafgerichtliche Verfahren gemäß § 90 oder § 109 der Strafprozeßordnung eingestellt worden ist oder mit einem Freispruch geendet hat, sowie Zeiten einer Strafhaft, wenn das wiederaufgenommene strafgerichtliche Verfahren eingestellt worden ist oder mit einem Freispruch geendet hat.

Bemessungsgrundlage

§ 122. (1) Bemessungsgrundlage für die Leistungen aus der Pensionsversicherung ist der Betrag, der sich aus der Teilung der Summe der in die Bemessungszeit (Abs. 3) fallenden Beitragsgrundlagen nach Maßgabe des § 127 durch die um ein Sechstel erhöhte Zahl der die Bemessungszeit bildenden Versicherungsmonate ergibt. Die Bemessungsgrundlage ist auf volle Schilling aufzurunden.

(2) Für die Ermittlung der Bemessungszeit kommen die innerhalb der letzten zehn Kalenderjahre vor dem Bemessungszeitpunkt gelegenen Versiche-

rungsmonate im Sinne des § 119 in Betracht. Fallen in diesen Zeitraum neutrale Zeiten (§ 121), so verlängert er sich um diese Zeiten. Bemessungszeitpunkt ist der Stichtag (§ 113 Abs. 2).

(3) Die Bemessungszeit umfaßt die gemäß Abs. 2 in Betracht kommenden Beitragsmonate der Pflichtversicherung, wenn aber solche nicht oder wenn weniger als 72 solche Monate vorliegen, außerdem die letzten sonstigen Beitragsmonate und Ersatzmonate gemäß § 116 Abs. 1 Z. 1 bis zu einer Bemessungszeit von 72 Monaten.

(4) Bei der Anwendung der Abs. 2 und 3 bleiben Beitragsmonate der Pflichtversicherung, deren Beitragsgrundlagen durch berufliche Maßnahmen der Rehabilitation (§ 161 dieses Bundesgesetzes sowie §§ 198 bzw. 303 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes und § 153 des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes) beeinflusst werden, außer Betracht, wenn es für den Versicherten günstiger ist. Das gleiche gilt für Beitragsmonate, die Zeiten einer Beschäftigung enthalten, zu deren Ausübung ihn diese Maßnahmen befähigt haben.

Bemessungsgrundlage nach Vollendung des 55. Lebensjahres

§ 123. (1) Wenn der Versicherungsfall nach Vollendung des 55. Lebensjahres eintritt und es für den Leistungswerber günstiger ist, tritt an Stelle der Bemessungsgrundlage gemäß § 122 nach Maßgabe des Abs. 3 die Bemessungsgrundlage nach Vollendung des 55. Lebensjahres.

(2) Die Bemessungsgrundlage nach Vollendung des 55. Lebensjahres ist unter entsprechender Anwendung des § 122 Abs. 1 wie folgt zu ermitteln:

1. Als Bemessungszeitpunkt gilt der nach der Vollendung des 55. Lebensjahres des Versicherten liegende 1. Jänner, an dem erstmalig 120 Beitragsmonate der Pflichtversicherung vorliegen.

2. Als Bemessungszeit gelten die 120 Beitragsmonate gemäß Z. 1.

(3) Die gemäß Abs. 2 ermittelte Bemessungsgrundlage ist nur auf den Grundbetrag und den auf die Versicherungsmonate bis zum Bemessungszeitpunkt (Abs. 2) entfallenden Steigerungsbetrag anzuwenden.

Bemessungsgrundlage für die erhöhte Alterspension

§ 124. Hat der Versicherte einen Anspruch auf die erhöhte Alterspension gemäß § 143 erworben, so gebühren, wenn es für ihn günstiger ist, der Grundbetrag und die auf die Zeit bis zum Beginn des Pensionsaufschubes entfallenden Steigerungsbeträge von der Bemessungsgrundlage, die sich bei Beginn des Pensionsaufschubes nach den am Stichtag der erhöhten Alterspension in Geltung gestandenen Rechtsvorschriften ergeben hätte.

Bemessungsgrundlage aus einem früheren Versicherungsfall

§ 125. Fällt eine Pension innerhalb fünf Jahren nach Wegfall einer anderen nach diesem Bundesgesetz festgestellten Pension an, so tritt, wenn es für den Leistungswerber günstiger ist, an Stelle der sich gemäß § 122 bzw. § 123 bzw. § 124 ergebenden Bemessungsgrundlage für die Bemessung des Grundbetrages und des bis zum Stichtag (§ 113 Abs. 2) der weggefallenen Leistung erworbenen Steigerungsbetrages die Bemessungsgrundlage, von der diese Leistung bemessen war.

Bemessungsgrundlage bei Nichterfüllung der Wartezeit

§ 126. Läßt sich in Fällen des § 120 Abs. 2 eine Bemessungsgrundlage gemäß den §§ 122 oder 125 nicht ermitteln, so ist die Bemessungsgrundlage gleich einem Viertel der Bemessungsgrundlage für die Leistungen der Unfallversicherung.

Ermittlung der Bemessungsgrundlage aus den Beitragsgrundlagen

§ 127. (1) Die Bemessungsgrundlage gemäß den §§ 122 und 123 ist aus den Beitragsgrundlagen der Versicherungsmonate, welche die Bemessungszeit bilden (§§ 122 Abs. 3 und 123 Abs. 2 Z. 2), zu ermitteln.

(2) Eine Höherversicherung hat bei der Ermittlung der Bemessungsgrundlage außer Betracht zu bleiben.

(3) Bei der Ermittlung der Bemessungsgrundlage ist als Beitragsgrundlage heranzuziehen:

1. für Beitragszeiten

a) nach dem 31. Dezember 1957 die Beitragsgrundlage gemäß § 25 dieses Bundesgesetzes oder gemäß § 17 des Gewerblichen Selbständigen-Pensionsversicherungsgesetzes;

b) vor dem 1. Jänner 1958 die Beitragsgrundlage, die sich bei Anwendung der Bestimmungen des § 25 ergeben würde;

c) der Weiter- oder Selbstversicherung die Beitragsgrundlage gemäß § 33 dieses Bundesgesetzes oder gemäß § 26 bzw. § 191 Abs. 3 des Gewerblichen Selbständigen-Pensionsversicherungsgesetzes;

d) gemäß § 115 Abs. 5 die hierfür in Betracht kommende Beitragsgrundlage;

2. für Ersatzzeiten:

a) gemäß § 116 Abs. 1 Z. 1 der auf den Versicherungsmonat entfallende Teil der für die Bemessung der Einkommensteuer in dem betreffenden Zeitraum herangezogenen Einkünfte des Versicherten aus der im § 116 Abs. 1 Z. 1 angeführten Tätigkeit;

b) gemäß § 116 Abs. 6 der Betrag von monatlich 500 S.

(4) Beitragsgrundlagen gemäß Abs. 3 Z. 1 lit. a, c und d, die zur Bildung der Bemessungsgrundlage

heranzuziehen sind, sind mit dem der zeitlichen Lagerung der Versicherungszeiten entsprechenden, im Jahr des Stichtages geltenden Aufwertungsfaktor (§ 47) aufzuwerten. Das gleiche gilt für die Einkünfte, die zur Ermittlung der Beitragsgrundlagen gemäß Abs. 3 Z. 1 lit. b und Z. 2 lit. a heranzuziehen sind.

(5) Die sich gemäß Abs. 3 in Verbindung mit Abs. 4 ergebende Beitragsgrundlage darf jedoch 500 S nicht unterschreiten und, soweit es sich um Beitragsgrundlagen gemäß Abs. 3 Z. 1 lit. b und d und gemäß Z. 2 handelt, den Betrag von 3600 S nicht überschreiten. Die sich gemäß Abs. 3 in Verbindung mit Abs. 4 ergebende Beitragsgrundlage darf überdies den Betrag der am Stichtag in Geltung stehenden Höchstbeitragsgrundlage (§ 25 Abs. 6 Z. 2) nicht übersteigen.

Kinder

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

1. die ehelichen, die legitimierten Kinder und die Wahlkinder der Versicherten;
2. die unehelichen Kinder einer weiblichen Versicherten;
3. die unehelichen Kinder eines männlichen Versicherten, wenn seine Vaterschaft durch Urteil oder durch Anerkenntnis festgestellt ist (§ 163 b ABGB);
4. die Stiefkinder (§ 83 Abs. 3), wenn sie mit dem Versicherten ständig in Hausgemeinschaft leben.

Die ständige Hausgemeinschaft im Sinne der Z. 4 besteht weiter, wenn sich das Kind nur vorübergehend oder wegen schulmäßiger (beruflicher) Ausbildung oder zeitweilig wegen Heilbehandlung außerhalb der Hausgemeinschaft aufhält; das gleiche gilt, wenn sich das Kind auf Veranlassung des Versicherten und überwiegend auf dessen Kosten oder auf Anordnung der Jugendfürsorge oder des Vormundschafts(Pflegschafts)gerichtes in Pflege eines Dritten befindet.

(2) Die Kindeseigenschaft besteht auch nach der Vollendung des 18. Lebensjahres, wenn und solange das Kind

1. sich in einer Schul- oder Berufsausbildung befindet, die seine Arbeitskraft überwiegend beansprucht, längstens bis zur Vollendung des 26. Lebensjahres; zur Schul- oder Berufsausbildung zählt auch ein angemessener Zeitraum für die Vorbereitung auf die Ablegung der entsprechenden Abschlußprüfungen und auf die Erwerbung eines akademischen Grades. Ist die Schul- oder Berufsausbildung durch die Erfüllung der Wehrpflicht, der Zivildienstplicht, durch Krankheit oder ein anderes unüberwindbares Hindernis verzögert worden, so besteht die Kindeseigenschaft über das 26. Lebensjahr hinaus für einen der Dauer der Behinderung angemessenen Zeitraum;

2. seit der Vollendung des 18. Lebensjahres oder seit dem Ablauf des in Z. 1 genannten Zeitraumes infolge Krankheit oder Gebrechens erwerbsunfähig ist.

Wanderversicherung

§ 129. (1) Hat ein Versicherter Versicherungsmonate sowohl in der Gewerblichen Selbständigen-Pensionsversicherung als auch in der Pensionsversicherung nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz und (oder) in der Bauern-Pensionsversicherung erworben, so kommen für ihn die Leistungen aus der Pensionsversicherung in Betracht, der er zugehörig ist. Die Zugehörigkeit des Versicherten richtet sich für Leistungen aus den Versicherungsfällen des Alters, der dauernden Erwerbsunfähigkeit und des Todes nach den Abs. 2 bis 5, für Maßnahmen der Rehabilitation und der Gesundheitsvorsorge nach Abs. 6.

(2) Liegen in den letzten 15 Jahren vor dem Stichtag (§ 113 Abs. 2) Versicherungsmonate nur in einer der im Abs. 1 genannten Pensionsversicherungen vor, so ist der Versicherte dieser Pensionsversicherung zugehörig.

(3) Liegen in den letzten 15 Jahren vor dem Stichtag (§ 113 Abs. 2) Versicherungsmonate in mehreren der im Abs. 1 genannten Pensionsversicherungen vor, so ist der Versicherte der Pensionsversicherung, in der die größere oder größte Zahl von Versicherungsmonaten vorliegt, wenn aber die gleiche Zahl von Versicherungsmonaten vorliegt, der Pensionsversicherung zugehörig, in der der letzte Versicherungsmonat vorliegt. Liegen in den letzten 15 Jahren vor dem Stichtag keine Versicherungsmonate, so ist der Versicherte der Pensionsversicherung zugehörig, in der der letzte Versicherungsmonat vorliegt.

(4) Für die Anwendung der Abs. 2 und 3

- a) zählen Kalendermonate, während derer ein Anspruch auf eine laufende Leistung aus einer der im Abs. 1 genannten Pensionsversicherungen gegeben war, als Ersatzmonate jener Pensionsversicherung, in der der Anspruch auf die Leistung (Gesamtleistung) bescheidmäßig festgestellt worden war; war der Leistungsanspruch aus der knappschaftlichen Pensionsversicherung gegeben, gelten die vollen Kalendermonate dieses Leistungsanspruches wie Beitragsmonate der Pflichtversicherung in der knappschaftlichen Pensionsversicherung;
- b) sind Versicherungsmonate, die sich zeitlich decken, nur einfach zu zählen, wobei ein Beitragsmonat der Pflichtversicherung und ein Beitragsmonat gemäß § 115 Abs. 1 Z. 2 einem Ersatzmonat oder einem Beitragsmonat der freiwilligen Versicherung und ein Ersatzmonat einem Beitragsmonat der freiwilligen Versicherung vorangeht; bei Versicherungsmonaten gleicher Art gilt nachstehende Reihenfolge: Pensionsversicherung nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz, Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz, Pensionsversicherung nach dem Bauern- Sozialversicherungsgesetz.

(5) Ein Versicherter, der von der Pensionsversicherung nach dem Bauern-Sozialversicherungsgesetz in die Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz oder in die Pensionsversicherung nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz oder aus der Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz in die Pensionsversicherung nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz übergetreten war, ist für eine Leistung aus einem Versicherungsfall der dauernden Erwerbsunfähigkeit (der geminderten Arbeitsfähigkeit) oder des Todes, wenn der Versicherungsfall durch einen Arbeitsunfall (§§ 175 und 176 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes) oder eine Berufskrankheit (§ 177 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes) herbeigeführt worden ist, der (die) nach dem Übertritt eingetreten ist, jedenfalls der Pensionsversicherung zugehörig, in der er bei Eintritt des Versicherungsfalles für die Unfallversicherung versichert war.

(6) Für Maßnahmen der Rehabilitation und der Gesundheitsvorsorge (Abschnitt IV) sind Versicherte jener Pensionsversicherung, in der sie zuletzt versichert waren, Pensionisten jener Pensionsversicherung zugehörig, aus der ihnen der Pensionsanspruch zusteht. Ist ein Pensionist gleichzeitig Versicherter, so gilt er für die Feststellung der Zugehörigkeit in der Rehabilitation und der Gesundheitsvorsorge als Versicherter.

(7) Ist ein Versicherter gemäß den Abs. 2 bis 5 der Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz zugehörig, so hat der Versicherungsträger die Bestimmungen dieses Bundesgesetzes mit folgender Maßgabe anzuwenden:

1. Beitragsmonate nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz und nach dem Bauern-Sozialversicherungsgesetz gelten als Beitragsmonate nach diesem Bundesgesetz. Ersatzmonate nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz und nach dem Bauern- Sozialversicherungsgesetz gelten als Ersatzmonate nach diesem Bundesgesetz. Neutrale Zeiten nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz und nach dem Bauern- Sozialversicherungsgesetz gelten als neutrale Zeiten nach diesem Bundesgesetz.

2. In welchem Ausmaß Versicherungsmonate nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz und nach dem Bauern- Sozialversicherungsgesetz zu berücksichtigen sind, richtet sich nach den Vorschriften des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes bzw. des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes.

3. Bei der Ermittlung der Bemessungszeit sind die Ersatzmonate gemäß § 229 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes und § 107 Abs. 1 Z. 1 des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes den Ersatzmonaten gemäß § 116 Abs. 1 Z. 1 gleichzuhalten; bei der Ermittlung der Bemessungsgrundlagen gelten für Versicherungsmonate nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz bzw. nach dem Bauern- Sozialversicherungsgesetz jene Beträge, die für die Ermittlung der Bemessungsgrundlage nach dem Allgemei-

nen Sozialversicherungsgesetz bzw. dem Bauern-Sozialversicherungsgesetz heranzuziehen wären, als Beitragsgrundlage im Sinne des § 127.

4. In den Fällen des § 125 ist der Wegfall einer Pension (Gesamtleistung) nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz oder nach dem Bauern-Sozialversicherungsgesetz dem Wegfall einer Pension nach diesem Bundesgesetz gleichzuhalten.

5. Beiträge zur Höhrversicherung gemäß § 248 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes und gemäß § 132 des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes gelten als Beiträge zur Höhrversicherung im Sinne des § 141 Abs. 1.

6. Bei Anwendung der Bestimmungen des § 143 sind die Alterspensionen gemäß § 253 Abs. 2 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes bzw. § 121 Abs. 3 des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes der Alterspension gemäß § 130 Abs. 3 gleichzuhalten.

7. Hinsichtlich sich deckender Zeiten gilt Abs. 4 lit. b entsprechend.

2. Unterabschnitt:

Besondere Bestimmungen

Alterspension

§ 130. (1) Anspruch auf Alterspension hat der Versicherte nach Vollendung des 65. Lebensjahres, die Versicherte nach Vollendung des 60. Lebensjahres, wenn die Wartezeit (§ 120) erfüllt ist und die für den Versicherten in Betracht kommende weitere Anspruchsvoraussetzung gemäß Abs. 2 zutrifft.

(2) Weitere Voraussetzung für den Pensionsanspruch ist

- a) bei den gemäß § 2 Abs. 1 Z. 1 Pflichtversicherten, daß am Stichtag (§ 113 Abs. 2) die Berechtigung zur Ausübung des Gewerbes erloschen ist oder die Ausnahme von der Pflichtversicherung gemäß § 4 Abs. 3 Z. 3 vorliegt;
- b) bei den gemäß § 2 Abs. 1 Z. 2 Pflichtversicherten, daß ihr Gesellschaftsverhältnis am Stichtag (§ 113 Abs. 2) erloschen ist;
- c) bei den gemäß § 3 Abs. 3 Z. 1 und 2 Pflichtversicherten, daß die Berechtigung zur Ausübung der die Pflichtversicherung begründenden Erwerbstätigkeit bzw. das Gesellschaftsverhältnis am Stichtag (§ 113 Abs. 2) erloschen ist;
- d) bei den gemäß § 3 Abs. 3 Z. 3 bis 5 Pflichtversicherten, daß die die Pflichtversicherung begründende selbständige Erwerbstätigkeit am Stichtag (§ 113 Abs. 2) eingestellt ist;
- e) bei den gemäß § 2 Abs. 1 Z. 3 Pflichtversicherten, daß ihr Gesellschaftsverhältnis oder ihre Geschäftsführungsbefugnis am Stichtag (§ 113 Abs. 2) erloschen ist.

(3) Die Wartezeit für den Anspruch auf Alterspension gilt jedenfalls als erfüllt, wenn bis zur Vollendung des 65. bzw. 60. Lebensjahres Anspruch

auf eine Erwerbsunfähigkeitspension besteht. Von diesem Zeitpunkt ab gebührt die Erwerbsunfähigkeitspension als Alterspension, und zwar mindestens in dem bis zu diesem Zeitpunkt bestandenen Ausmaß.

Vorzeitige Alterspension bei langer Versicherungsdauer

§ 131. (1) Anspruch auf vorzeitige Alterspension bei langer Versicherungsdauer hat der Versicherte nach Vollendung des 60. Lebensjahres, die Versicherte nach Vollendung des 55. Lebensjahres, wenn

- a) die Wartezeit (§ 120) erfüllt ist,
- b) am Stichtag (§ 113 Abs. 2) 420 für die Bemessung der Leistung zu berücksichtigende Versicherungsmonate erworben sind,
- c) innerhalb der letzten 36 Kalendermonate vor dem Stichtag (§ 113 Abs. 2) 24 Beitragsmonate der Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung nachgewiesen sind und
- d) der (die) Versicherte am Stichtag (§ 113 Abs. 2) weder selbständig noch unselbständig erwerbstätig ist und die weitere Voraussetzung des § 130 Abs. 2 erfüllt ist.

Bei der Anwendung der lit. d) bleiben eine die Pflichtversicherung nach diesem Bundesgesetz nicht begründende selbständige Erwerbstätigkeit sowie eine unselbständige Erwerbstätigkeit außer Betracht, wenn das aus diesen Tätigkeiten erzielte, auf den Monat entfallende Erwerbseinkommen den im § 253 Abs. 1 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes genannten jeweils geltenden Betrag nicht übersteigt. Hinsichtlich der Ermittlung des Erwerbseinkommens aus einem land(forst)wirtschaftlichen Betrieb ist § 149 Abs. 5 und 6 entsprechend anzuwenden.

(2) Die Pension gemäß Abs. 1 fällt mit Ablauf des Monates weg, in dem

- a) der (die) Versicherte eine selbständige oder unselbständige Erwerbstätigkeit aufnimmt, die den Anspruch gemäß Abs. 1 ausschließt, oder
- b) das Erwerbseinkommen aus einer vom (von der) Versicherten ausgeübten selbständigen oder unselbständigen Erwerbstätigkeit den im Abs. 1 vorletzter Satz bezeichneten Betrag übersteigt.

Ist die Pension aus einem dieser Gründe weggefallen und treffen die Voraussetzungen gemäß lit. a) oder b) nicht mehr zu, so lebt die Pension auf die dem Versicherungsträger erstattete Anzeige über den Wegfall der Voraussetzungen im früher gewährten Ausmaß mit dem dem Wegfall der Voraussetzung folgenden Monatsersten wieder auf.

(3) Waren die Voraussetzungen für die Anwendung des Abs. 2 in einem Kalenderjahr gegeben, war der Pensionsberechtigte aber in diesem Kalenderjahr nicht ständig erwerbstätig, oder hat der Pensionsberechtigte während der Zeit, in der die Pension weggefallen war, ein Erwerbseinkommen bezogen, das in einzelnen Kalendermonaten dieses Kalender-

jahres unter dem im § 253 Abs. 1 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes genannten, jeweils geltenden Betrag gelegen ist, kann er beim Versicherungsträger bis 31. März des folgenden Kalenderjahres beantragen, daß die Bestimmungen des Abs. 2 für das vorangegangene Kalenderjahr neuerlich angewendet werden, wobei als monatlich gebührendes Erwerbseinkommen ein Zwölftel der Summe des Erwerbseinkommens des vorangegangenen Kalenderjahres anzunehmen ist. Eine solche neuerliche Feststellung kann jederzeit auch von Amts wegen erfolgen. Ergibt sich daraus ein Mehrbetrag gegenüber dem zur Auszahlung gelangten Pensionsbetrag, ist der Mehrbetrag dem Pensionsberechtigten zu erstatten.

Erwerbsunfähigkeitspension

§ 132. (1) Anspruch auf Erwerbsunfähigkeitspension hat der Versicherte bei dauernder Erwerbsunfähigkeit, wenn die Wartezeit (§ 120) erfüllt ist und die für den Versicherten in Betracht kommende weitere Voraussetzung des § 130 Abs. 2 zutrifft.

(2) Nach Anfall einer Pension aus einem Versicherungsfall des Alters nach diesem Bundesgesetz, nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz mit Ausnahme des Knappschaftssoldes oder nach dem Bauern-Sozialversicherungsgesetz sowie nach dem Anfall einer Pension aus einem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz oder aus dem Versicherungsfall der dauernden Erwerbsunfähigkeit nach dem Bauern-Sozialversicherungsgesetz kann ein Anspruch auf Erwerbsunfähigkeitspension nicht mehr entstehen.

(3) Ein Pensionsbezieher, dem Maßnahmen der Rehabilitation gewährt worden sind (§ 157 Abs. 1), hat Anspruch auf Erwerbsunfähigkeitspension, wenn

1. durch diese Maßnahmen das im § 157 Abs. 3 angestrebte Ziel erreicht wurde;
2. er als erwerbsunfähig im Sinne des § 133 Abs. 2 gilt;
3. er während des Anspruches auf Pension mindestens 36 Beitragsmonate der Pflichtversicherung durch eine selbständige Erwerbstätigkeit erworben hat und
4. er zu dieser Erwerbstätigkeit durch die Rehabilitation in der Unfallversicherung nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz oder in der Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz befähigt wurde.

Für die Feststellung des Eintrittes des Versicherungsfalles gilt § 113 Abs. 1 Z. 2 entsprechend.

Begriff der dauernden Erwerbsunfähigkeit

§ 133. (1) Als erwerbsunfähig gilt der (die) Versicherte, der (die) infolge von Krankheit oder anderen Gebrechen oder Schwäche seiner (ihrer) körperlichen oder geistigen Kräfte dauernd außerstande ist, einem regelmäßigen Erwerb nachzugehen.

(2) Als erwerbsunfähig gilt ferner der (die) Versicherte,

- a) der (die) das 55. Lebensjahr vollendet hat, und
- b) dessen (deren) persönliche Arbeitsleistung zur Aufrechterhaltung des Betriebes notwendig war,

wenn er (sie) infolge von Krankheit oder anderen Gebrechen oder Schwäche seiner (ihrer) körperlichen oder geistigen Kräfte dauernd außerstande ist, einer selbständigen Erwerbstätigkeit nachzugehen, die eine ähnliche Ausbildung sowie gleichwertige Kenntnisse und Fähigkeiten wie die Erwerbstätigkeit erfordert, die der (die) Versicherte zuletzt durch mehr als 60 Kalendermonate ausgeübt hat.

(3) Wurden dem (der) Versicherten Maßnahmen der Rehabilitation gewährt, durch die das im § 157 Abs. 3 angestrebte Ziel erreicht worden ist, so gilt er (sie) auch als erwerbsunfähig im Sinne des Abs. 1 zweiter Satz, wenn seine (ihre) persönliche Arbeitsleistung zur Aufrechterhaltung des Betriebes notwendig war, und er (sie) infolge von Krankheit oder anderen Gebrechen oder Schwäche seiner (ihrer) körperlichen oder geistigen Kräfte dauernd außerstande ist, einer selbständigen Erwerbstätigkeit nachzugehen, die eine ähnliche Ausbildung sowie gleichwertige Kenntnisse und Fähigkeiten wie die Erwerbstätigkeit erfordert, zu der die Rehabilitation den Versicherten (die Versicherte) befähigt hat und die er (sie) zuletzt durch mehr als 36 Kalendermonate ausgeübt hat.

Hinzurechnung von Versicherungszeiten für Witwen (Witwer), die den Betrieb des versicherten Ehegatten nach dessen Tod fortgeführt haben

§ 134. Bei Witwen (Witvern), die den Betrieb des versicherten Ehegatten (der versicherten Ehegattin) fortgeführt haben, sind für einen Anspruch auf eine Leistung aus einem Versicherungsfall des Alters oder aus dem Versicherungsfall der dauernden Erwerbsunfähigkeit die Versicherungszeiten im Sinne des § 114, die von diesem (dieser) während des Bestandes der Ehe erworben worden sind, den aus der eigenen Pensionsversicherung der Witwe (des Witwers) erworbenen Versicherungszeiten hinzuzurechnen, wenn die Witwe (der Witwer) den Betrieb mindestens drei Jahre fortgeführt hat. Wird die Witwen(Witwer)-pension in Anspruch genommen, so ist eine Hinzurechnung der Versicherungszeiten des verstorbenen Ehegatten ausgeschlossen.

Hinterbliebenenpensionen

§ 135. Als Hinterbliebenenpensionen werden Witwenpensionen, Witwerpensionen und Waisenpensionen gewährt, wenn die Wartezeit (§ 120) und die besonderen Voraussetzungen gemäß den §§ 136 bis 138 erfüllt sind. Die Wartezeit gilt jedenfalls als erfüllt, wenn der (die) Versicherte bis zum Tod Anspruch auf Pension aus der Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz hatte.

Witwenpension

§ 136. (1) Anspruch auf Witwenpension hat die Witwe nach dem Tode des versicherten Ehegatten, wenn sie die Erwerbstätigkeit, die die Pflichtversicherung des verstorbenen Ehegatten begründet hatte, nicht fortführt. Anspruch auf Witwenpension hat auch die Witwe, die nach dem Tode des versicherten Ehegatten dessen Erwerbstätigkeit fortgeführt hat, wenn die ihr zustehende Berechtigung zur Fortführung der Erwerbstätigkeit des verstorbenen Ehegatten bzw. das betreffende Gesellschaftsverhältnis erloschen ist; hat sie die Erwerbstätigkeit mindestens drei Jahre fortgeführt, gebührt die Witwenpension nur, wenn im Zeitpunkt der Aufgabe der Erwerbstätigkeit ein Anspruch auf eine Leistung aus einem Versicherungsfall des Alters nicht besteht.

(2) Die Witwenpension gebührt nicht,

1. wenn die Ehe in einem Zeitpunkt geschlossen wurde, in dem der Ehegatte bereits einen bescheidmäßig zuerkannten Anspruch auf eine Pension aus dem Versicherungsfall des Alters oder der dauernden Erwerbsunfähigkeit nach diesem Bundesgesetz hatte, es wäre denn, daß

- a) die Ehe mindestens drei Jahre gedauert und der Altersunterschied der Ehegatten nicht mehr als 20 Jahre betragen hat oder
- b) die Ehe mindestens fünf Jahre gedauert und der Altersunterschied der Ehegatten nicht mehr als 25 Jahre betragen hat oder
- c) die Ehe mindestens zehn Jahre gedauert und der Altersunterschied der Ehegatten mehr als 25 Jahre betragen hat;

2. wenn die Ehe in einem Zeitpunkt geschlossen wurde, in dem der Ehegatte bereits das 65. Lebensjahr überschritten und keinen bescheidmäßig zuerkannten Anspruch auf eine in Z. 1 bezeichnete Pension hatte, es wäre denn, daß die Ehe zwei Jahre gedauert hat.

(3) Abs. 2 gilt nicht,

1. wenn in der Ehe ein Kind geboren oder durch die Ehe ein Kind legitimiert wurde oder die Witwe sich im Zeitpunkt des Todes des Ehegatten erwiesenermaßen im Zustand der Schwangerschaft befunden hatte oder in diesem Zeitpunkt dem Haushalt der Witwe ein Kind des Verstorbenen angehörte, das Anspruch auf Waisenpension hat;

2. wenn die Ehe von Personen geschlossen wurde, die bereits früher miteinander verheiratet gewesen sind und bei Fortdauer der früheren Ehe der Witwenpensionsanspruch nicht ausgeschlossen gewesen wäre.

(4) Witwenpension gebührt, sofern nicht ein Ausschließungsgrund gemäß Abs. 2 im Zusammenhang mit Abs. 3 vorliegt, auch der Frau, deren Ehe mit dem Versicherten für nichtig erklärt, aufgehoben oder geschieden worden ist, wenn ihr der Versicherte zur Zeit seines Todes Unterhalt (einen Unterhaltsbeitrag) auf Grund eines gerichtlichen Urteiles, eines gerichtlichen Vergleiches oder einer vor Auflösung (Nichtigerklärung) der Ehe eingegangenen vertragli-

chen Verpflichtung zu leisten hatte, und zwar sofern und solange die Frau nicht eine neue Ehe geschlossen hat.

Witwerpension

§ 137. (1) Witwerpension gebührt dem Ehegatten nach dem Tode seiner versicherten Ehegattin, wenn diese seinen Lebensunterhalt überwiegend bestritten hat und er im Zeitpunkt ihres Todes dauernd erwerbsunfähig (§ 133) und bedürftig ist, solange die beiden letzten Voraussetzungen zutreffen.

(2) Witwerpension gebührt auch dem Mann, dessen Ehe mit der Versicherten geschieden worden ist, wenn

- a) das auf Scheidung lautende Urteil den Anspruch im Sinne des § 61 Abs. 3 Ehegesetz enthält,
- b) die Ehe mindestens fünfzehn Jahre gedauert hat,
- c) der Mann im Zeitpunkt der Einbringung der Klage der Frau auf Ehescheidung das 40. Lebensjahr vollendet hat oder seit diesem Zeitpunkt erwerbsunfähig ist und
- d) der Mann im Zeitpunkt des Todes der Frau erwerbsunfähig und bedürftig ist und die Frau zu diesem Zeitpunkt seinen Lebensunterhalt bestritten hat.

Die Witwerpension gebührt für die Dauer der Erwerbsunfähigkeit und Bedürftigkeit.

Waisenpension

§ 138. Anspruch auf Waisenpension haben nach dem Tode des (der) Versicherten die Kinder (§ 128). Über das vollendete 18. Lebensjahr hinaus wird Waisenpension nur auf besonderen Antrag gewährt.

Ausmaß der Alters(Erwerbsunfähigkeits)pension

§ 139. (1) Die Alters(Erwerbsunfähigkeits)pension besteht aus dem Grundbetrag und dem Steigerungsbetrag, bei Vorliegen einer Höhrversicherung auch aus dem besonderen Steigerungsbetrag gemäß § 141 Abs. 1, die Alterspension (§ 130) überdies aus dem Zuschlag zur Alterspension gemäß § 140.

(2) Als monatlicher Grundbetrag gebühren ohne Rücksicht auf die Zahl der Versicherungsmonate 30 v. H. der Bemessungsgrundlage.

(3) Als monatlicher Steigerungsbetrag gebühren für je zwölf Versicherungsmonate

bis zum 120. Monat	6 v. T.,
vom 121. bis zum 240. Monat	9 v. T.,
vom 241. bis zum 360. Monat	12 v. T.,
vom 361. bis zum 540. Monat	15 v. T.

der Bemessungsgrundlage; ab dem 541. Monat gebührt kein Steigerungsbetrag. Ein Rest von weniger als zwölf Versicherungsmonaten wird in der Weise berücksichtigt, daß für jeden restlichen Monat ein

Zwölftel des nach der zeitlichen Lage in Betracht kommenden Steigerungsbetrages gebührt.

(4) Zum Grundbetrag gebührt ein Zuschlag bis zu 10 v. H. der für den Grundbetrag maßgebenden Bemessungsgrundlage, soweit die Pension einschließlich des Zuschlages 50 v. H. dieser Bemessungsgrundlage nicht übersteigt. Dieser Zuschlag ist ein Bestandteil des Grundbetrages.

(5) Zu der gemäß Abs. 1 bis 4 bemessenen Pension ist an Pensionsberechtigte, denen der Anspruch auf eine Ausgleichszulage gemäß § 149 zusteht, ein Zuschlag in der Höhe von 30 S monatlich zu gewähren, sofern nicht Wohnungsbeihilfe nach dem Bundesgesetz über Wohnungsbeihilfen, BGBl. Nr. 229/1951, gebührt.

Zuschlag zur Alterspension

§ 140. (1) Für höchstens 36 Beitragsmonate der Pflichtversicherung in der Gewerblichen Selbständigen-Pensionsversicherung, in der Pensionsversicherung nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz oder in der Bauern-Pensionsversicherung, die während des Bestandes eines Anspruches auf Alterspension gemäß § 130 Abs. 1 erworben werden, gebührt auf Antrag nach Erwerbung von je zwölf Beitragsmonaten ein Zuschlag zur Alterspension. Hierbei ist jeweils von dem ersten nach dem Stichtag gelegenen, noch nicht berücksichtigten Beitragsmonat auszugehen. Der Zuschlag beträgt für je zwölf Beitragsmonate 1,5 v. H. des vierzehnten Teiles der Summe der auf diese Monate entfallenden

- a) Beitragsgrundlagen gemäß § 17 des Gewerblichen Selbständigen-Pensionsversicherungsgesetzes bzw. gemäß § 25 dieses Bundesgesetzes,
- b) allgemeinen Beitragsgrundlagen nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz zuzüglich der Sonderzahlungen, soweit für diese Sonderbeiträge entrichtet wurden,
- c) Beitragsgrundlagen gemäß § 12 des Bauern-Pensionsversicherungsgesetzes bzw. gemäß § 23 des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes.

§ 127 Abs. 4 und 5 letzter Satz dieses Bundesgesetzes bzw. § 242 Abs. 5 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes bzw. § 118 Abs. 5 des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes sind entsprechend anzuwenden.

(2) Der Zuschlag gemäß Abs. 1 ist von dem Versicherungsträger festzustellen und auszuzahlen, der für die Gewährung der Pension zuständig ist.

(3) Der Zuschlag gemäß Abs. 1 gebührt ab dem auf die Antragstellung folgenden Monatsersten.

Besonderer Steigerungsbetrag für Beiträge zur Höhrversicherung; Höhrversicherungspension

§ 141. (1) Für Beiträge zur Höhrversicherung, die für Versicherungszeiten geleistet wurden oder gemäß § 142 als geleistet gelten, ist ein besonderer Steigerungsbetrag zur Alters(Erwerbsunfähigkeits)-

pension zu gewähren. Er beträgt monatlich 1 v. H. der Beiträge zur Höhrversicherung.

(2) Männliche Pflichtversicherte, die das 65. Lebensjahr, und weibliche Pflichtversicherte, die das 60. Lebensjahr vollendet, die Wartezeit für die Alterspension erfüllt, jedoch aus dem Grund der Nichterfüllung der besonderen Voraussetzungen des § 130 Abs. 2 keinen Anspruch auf Alterspension haben, erhalten für die zur Höhrversicherung geleisteten Beiträge auf Antrag eine Höhrversicherungspension. Der Monatsbetrag der Höhrversicherungspension wird in Hundertsätzen der zur Höhrversicherung geleisteten Beiträge, entsprechend dem Alter des Versicherten im Zeitpunkt der Beitragsleistung, wie folgt bemessen:

Hundertsatz	für Beiträge zur Höhrversicherung geleistet im Alter des Versicherten
1,10	bis zu 40 Jahren,
0,90	von über 40 bis zu 50 Jahren,
0,75	von über 50 bis zu 60 Jahren,
0,65	von über 60 Jahren.

(3) Fällt während des Bezuges der Höhrversicherungspension die Alterspension gemäß § 130 an, so ist an Stelle der Höhrversicherungspension der besondere Steigerungsbetrag gemäß Abs. 1 im Ausmaß der bisherigen Höhrversicherungspension zu gewähren.

(4) Für die Bemessung des besonderen Steigerungsbetrages gemäß Abs. 1 und der Höhrversicherungspension gemäß Abs. 2 sind Beiträge zur Höhrversicherung ihrer zeitlichen Lagerung entsprechend mit den Aufwertungsfaktoren (§ 47) aufzuwerten.

Anrechnung von Beiträgen zur freiwilligen Versicherung für die Höhrversicherung

§ 142. Beiträge zur freiwilligen Versicherung in der Pensionsversicherung, die für Monate entrichtet wurden, die zum Stichtag auch Beitragsmonate der Pflichtversicherung nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz, Beitragsmonate gemäß § 115 Abs. 1 Z. 2 oder Ersatzmonate nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz sind, gelten als Beiträge zur Höhrversicherung.

Erhöhung der Alterspension bei Aufschub der Geltendmachung des Anspruches

§ 143. (1) Anspruch auf die erhöhte Alterspension hat der Versicherte, der die Alterspension gemäß § 130 Abs. 1 erst nach Erreichung des Anfallsalters in Anspruch nimmt, wenn er die Wartezeit nach den am Stichtag der erhöhten Alterspension in Geltung gestandenen Rechtsvorschriften erfüllt hat und keine Alterspension gemäß § 130 Abs. 3 bezieht. Die Erhöhung beträgt für je weitere zwölf Versicherungsmonate des Pensionsaufschubes

vom 61. bis zum 65. Lebensjahr	2 v. H.,
vom 66. bis zum 70. Lebensjahr	3 v. H.,
vom 71. Lebensjahr an	5 v. H.

der Alterspension gemäß § 130 Abs. 1, die nach den am Stichtag der erhöhten Alterspension in Geltung gestandenen Rechtsvorschriften mit Beginn des Pensionsaufschubes gebührt hätte.

(2) Für die Berechnung der Alterspension gemäß § 139 sind auch die nach der Erreichung des Anfallsalters erworbenen Versicherungszeiten heranzuziehen.

Kinderzuschüsse

§ 144. (1) Zu der Alters(Erwerbsunfähigkeits)pension gebührt für jedes Kind (§ 128) ein Kinderzuschuß. Über das vollendete 18. Lebensjahr wird der Kinderzuschuß nur auf besonderen Antrag gewährt.

(2) Der Kinderzuschuß gebührt im Ausmaß von 5 v. H. der Bemessungsgrundlage, wenn mehrere Bemessungsgrundlagen angewendet sind, der höchsten Bemessungsgrundlage. Der Kinderzuschuß beträgt mindestens 154 S und höchstens 650 S monatlich. An die Stelle des Betrages von 154 S tritt ab 1. Jänner eines jeden Jahres der unter Bedachtnahme auf § 51 mit dem jeweiligen Anpassungsfaktor (§ 47) vervielfachte Betrag.

Ausmaß der Witwen(Witwer)pension

§ 145. (1) Die Witwen(Witwer)pension beträgt, wenn der Versicherte im Zeitpunkt des Todes

- a) keinen Anspruch auf Erwerbsunfähigkeits(Alters)pension hatte, 60 v. H. der Pension, auf die er in diesem Zeitpunkt Anspruch gehabt hätte;
- b) Anspruch auf Erwerbsunfähigkeits(Alters)pension hatte, ohne nach deren Anfall weitere Beitragszeiten der Pflichtversicherung erworben zu haben, 60 v. H. dieser Pension;
- c) Anspruch auf Erwerbsunfähigkeits(Alters)pension und nach deren Anfall weitere Beitragszeiten der Pflichtversicherung nach diesem Bundesgesetz, dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz oder dem Bauern-Sozialversicherungsgesetz erworben hatte, 60 v. H. der Erwerbsunfähigkeitspension bzw. der um einen allfälligen Zuschlag gemäß § 140 verminderten Alterspension; hierbei ist das Ausmaß der in der Erwerbsunfähigkeits(Alters)pension berücksichtigten Steigerungsbeträge um die auf diese Beitragszeiten entfallenden Steigerungsbeträge zu erhöhen, und zwar bei der Erwerbsunfähigkeitspension bis zum Höchstausmaß von 540 Versicherungsmonaten und bei der Alterspension bis zum Höchstausmaß von 576 Versicherungsmonaten.

Bei der Bemessung der Witwen(Witwer)pension haben der Zuschlag gemäß § 139 Abs. 5, ferner Kinderzuschüsse und Hilflosenzuschuß außer Ansatz zu bleiben. Die Witwen(Witwer)pension hat in allen Fällen mindestens 30 v. H. der Bemessungsgrundlage, wenn mehrere Bemessungsgrundlagen angewendet sind, der höchsten Bemessungsgrundlage zu betragen;

24 v. H. der Bemessungsgrundlage gelten hiebei als Grundbetrag.

(2) Die Witwenpension gemäß § 136 Abs. 4 darf den gegen den Versicherten zur Zeit seines Todes bestehenden und mit dem im Zeitpunkt des Pensionsanfalles für das Jahr des Todes geltenden Aufwertungsfaktor (§ 47) aufgewerteten Anspruch auf Unterhalt (Unterhaltsbeitrag), vermindert um eine der Anspruchsberechtigten nach dem Versicherten gemäß § 215 Abs. 3 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes gebührende Witwenrente, sowie die der hinterlassenen Witwe aus demselben Versicherungsfall gebührende Witwenpension nicht übersteigen. Eine vertraglich oder durch gerichtlichen Vergleich übernommene Erhöhung des Unterhaltes (Unterhaltsbeitrages) bleibt außer Betracht, wenn seit dem Abschluß des Vertrages (Vergleiches) bis zum Tod nicht mindestens ein Jahr vergangen ist.

(3) Abs. 2 ist nicht anzuwenden, wenn

- a) das auf Scheidung lautende Urteil den Anspruch im Sinne des § 61 Abs. 3 Ehegesetz enthält,
- b) die Ehe mindestens fünfzehn Jahre gedauert und
- c) die Frau im Zeitpunkt des Eintrittes der Rechtskraft des Scheidungsurteiles das 40. Lebensjahr vollendet hat.

Die unter lit. c genannte Voraussetzung entfällt, wenn

- aa) die Frau seit dem Zeitpunkt des Eintrittes der Rechtskraft des Scheidungsurteiles erwerbsunfähig ist oder
- bb) nach dem Tod des Mannes eine Waisenpension für ein Kind im Sinne des § 128 Abs. 1 Z. 1 und Abs. 2 anfällt, sofern dieses Kind aus der geschiedenen Ehe stammt oder von den Ehegatten gemeinsam an Kindes Statt angenommen worden ist und das Kind in allen diesen Fällen im Zeitpunkt des Todes des Mannes (Vaters) ständig in Hausgemeinschaft (§ 128 Abs. 1 letzter Satz) mit der Frau (Mutter) lebt. Das Erfordernis der ständigen Hausgemeinschaft entfällt bei nachgeborenen Kindern.

(4) Zu der gemäß den Abs. 1 und 2 zu bemessenden Witwen(Witwer)pension ist an Pensionsberechtigte, denen der Anspruch auf eine Ausgleichszulage gemäß § 149 zusteht, ein Zuschlag in der Höhe von 30 S monatlich zu gewähren, sofern nicht Wohnungsbeihilfe nach dem Bundesgesetz über Wohnungsbeihilfen, BGBl. Nr. 229/1951, gebührt.

Abfertigung und Wiederaufleben der Witwenpension

§ 146. (1) Der Bezieherin einer Witwenpension (§ 136), die sich wiederverheiratet hat, gebührt eine Abfertigung in der Höhe des 70fachen der Witwenpension, auf die sie im Zeitpunkt der Schließung der neuen Ehe Anspruch gehabt hat, einschließlich eines

Hilflosenzuschusses und ausschließlich einer Ausgleichszulage, die in diesem Zeitpunkt gebührt haben.

(2) Wird die neue Ehe durch den Tod des Ehegatten, durch Scheidung oder durch Aufhebung aufgelöst oder wird die neue Ehe für nichtig erklärt, so lebt der Anspruch auf die Witwenpension (Abs. 1) auf Antrag wieder auf, wenn

- a) die Ehe nicht aus dem alleinigen oder überwiegenden Verschulden der Ehefrau aufgelöst worden ist oder
- b) bei Nichtigerklärung der Ehe die Ehefrau als schuldlos anzusehen ist.

(3) Der Anspruch lebt in der unter Bedachtnahme auf § 50 sich ergebenden Höhe mit dem der Antragstellung folgenden Monatsersten, frühestens jedoch mit dem Monatsersten wieder auf, der dem Ablauf von fünf Jahren nach dem seinerzeitigen Erlöschen des Anspruches folgt.

(4) Auf die wiederaufgelebte Witwenpension sind laufende Unterhaltsleistungen und die im § 2 des Einkommensteuergesetzes 1972, BGBl. Nr. 440, angeführten Einkünfte anzurechnen, die der Witwe auf Grund aufgelöster oder für nichtig erklärter, vor dem Wiederaufleben der Witwenpension geschlossener Ehen gebühren oder darüber hinaus zufließen. Erhält die Witwe statt laufender Unterhaltsleistungen eine Kapitalabfindung, so ist auf die Pension ein Zwölftel des Betrages anzurechnen, der sich bei der Annahme eines jährlichen Ertrages von 4 v. H. des Abfindungskapitals ergeben würde. Geht das Abfindungskapital ohne vorsätzliches Verschulden der Witwe unter, so entfällt die Anrechnung. Die Anrechnung erstreckt sich verhältnismäßig auf den als Grundbetrag und als Steigerungsbetrag geltenden Betrag.

(5) Werden laufende Unterhaltsleistungen bzw. Einkünfte im Sinne des Abs. 4 bereits im Zeitpunkt des Wiederauflebens der Witwenpension bezogen, wird die Anrechnung ab diesem Zeitpunkt wirksam, in allen anderen Fällen mit dem Beginn des Kalendermonates, der auf den Eintritt des Anrechnungsgrundes folgt.

Ausmaß der Waisenpension

§ 147. Die Waisenpension beträgt für jedes einfach verwaiste Kind 40 v. H., für jedes doppelt verwaiste Kind 60 v. H. der Witwen(Witwer)pension gemäß § 145 Abs. 1, auf die nach dem verstorbenen Elternteil Anspruch besteht oder bestünde. Der Zuschlag gemäß § 145 Abs. 4 sowie ein zur Witwen(Witwer)pension gebührender Hilflosenzuschuß haben hiebei außer Ansatz zu bleiben.

Höchstausmaß der Hinterbliebenenpensionen

§ 148. Alle Hinterbliebenenpensionen (§§ 145 Abs. 1 und 147) zusammen dürfen nicht höher sein als die um 10 v. H. ihres Betrages erhöhte Erwerbsunfähigkeits(Alters)pension, auf die der

Versicherte bei seinem Ableben Anspruch gehabt hat oder gehabt hätte, samt den jeweils in Betracht kommenden Kinderzuschüssen; die Zuschläge gemäß § 139 Abs. 5 und § 145 Abs. 4 sowie allfällige Hilflosenzuschüsse haben hiebei außer Ansatz zu bleiben. Innerhalb dieses Höchstausmaßes sind alle Pensionen, und zwar bei der Witwen(Witwer)pension sowohl der als Grundbetrag als auch der als Steigerungsbetrag geltende Betrag, verhältnismäßig zu kürzen. Hiebei sind Witwenpensionen gemäß § 136 Abs. 4 und § 145 Abs. 3 (eine Witwerpension gemäß § 137 Abs. 2) nicht zu berücksichtigen; diese dürfen jedoch den Betrag der gekürzten Witwenpension gemäß § 136 Abs. 1 (Witwerpension gemäß § 137 Abs. 1) nicht übersteigen und sind innerhalb dieses Höchstausmaßes hinsichtlich des Grundbetrages und des als Steigerungsbetrag geltenden Betrages verhältnismäßig zu kürzen.

3. Unterabschnitt

Ausgleichszulage

Voraussetzungen für den Anspruch auf Ausgleichszulage

§ 149. (1) Erreicht die Pension zuzüglich eines aus übrigen Einkünften des Pensionsberechtigten erwachsenden Nettoeinkommens und der gemäß § 151 zu berücksichtigenden Beträge nicht die Höhe des für ihn geltenden Richtsatzes (§ 150), so hat der Pensionsberechtigte, solange er sich im Inland aufhält, nach Maßgabe der Bestimmungen dieses Unterabschnittes Anspruch auf eine Ausgleichszulage zur Pension. Zur Höherversicherungspension gemäß § 141 Abs. 2 ist die Ausgleichszulage nicht zu gewähren.

(2) Bei Feststellung des Anspruches gemäß Abs. 1 ist auch das gesamte Nettoeinkommen des (der) im gemeinsamen Haushalt lebenden Ehegatten (Ehegattin) unter Bedachtnahme auf § 151 Abs. 4 zu berücksichtigen.

(3) Nettoeinkommen im Sinne der Abs. 1 und 2 ist, soweit im folgenden nichts anderes bestimmt wird, die Summe sämtlicher Einkünfte in Geld oder Geldeswert nach Ausgleich mit Verlusten und vermindert um die gesetzlich geregelten Abzüge. Für die Bewertung der Sachbezüge gilt, soweit nicht Abs. 7 anzuwenden ist, die Bewertung für Zwecke der Lohnsteuer.

(4) Bei Anwendung der Abs. 1 bis 3 haben außer Betracht zu bleiben:

- a) die Wohnungsbeihilfen nach dem Bundesgesetz vom 21. September 1951, BGBl. Nr. 229, die Wohnbeihilfen nach dem Wohnbauförderungsgesetz 1968, BGBl. Nr. 280/1967 bzw. nach dem Wohnungsverbesserungsgesetz, BGBl. Nr. 426/1969, und vom Bund, den Ländern oder Gemeinden zur Erleichterung der Tragung des Mietzinsaufwandes (der Mietzinsmehrbelastung) gewährte Beihilfen (Abgeltungsbeträge);
 - b) die Beihilfen nach den besonderen Vorschriften über den Familienlastenausgleich sowie die Beihilfen nach dem Studienförderungsgesetz und dem Schülerbeihilfengesetz;
 - c) die Kinderzuschüsse sowie die Renten(Pensions)sonderzahlungen aus der Sozialversicherung;
 - d) Einkünfte, die wegen des besonderen körperlichen Zustandes gewährt werden (Hilflosenzuschüsse, Blindenzulagen, Zuschüsse zu den Kosten für Diätverpflegung, Wirtschaftshilfe nach dem Tuberkulosegesetz und dergleichen);
 - e) Bezüge aus Unterhaltsansprüchen privater Art, die gemäß § 151 berücksichtigt werden;
 - f) Bezüge aus Leistungen der Sozialhilfe und der freien Wohlfahrtspflege;
 - g) einmalige Unterstützungen der gesetzlichen beruflichen Vertretungen, Gewerkschafts- und Betriebsratsunterstützungen und Gnadenpensionen privater Dienstgeber;
 - h) von Lehrlingsentschädigungen ein Betrag von 810 S monatlich; an die Stelle dieses Betrages tritt ab 1. Jänner eines jeden Jahres der unter Bedachtnahme auf § 51 mit der jeweiligen Richtzahl (§ 47) vervielfachte Betrag;
 - i) nach dem Kriegsofferversorgungsgesetz 1957, BGBl. Nr. 152, und dem Opferfürsorgegesetz, BGBl. Nr. 183/1947, gewährte Grund- und Elternrenten, ein Drittel der nach dem Heeresversorgungsgesetz, BGBl. Nr. 27/1964, gewährten Beschädigten- und Witwenrenten sowie die Elternrenten einschließlich einer allfälligen Zusatzrente (§§ 23 Abs. 3, 33 Abs. 1 bzw. 44 Abs. 1 und 45 Heeresversorgungsgesetz);
 - k) Leistungen auf Grund der Bestimmungen des Teiles I des österreichisch-deutschen Finanz- und Ausgleichsvertrages, BGBl. Nr. 283/1962;
 - l) Leistungen auf Grund der Aufgabe, Übergabe, Verpachtung oder anderweitige Überlassung eines land(forst)wirtschaftlichen Betriebes, wenn Abs. 7 zur Anwendung gelangt;
 - m) die Zuschläge gemäß § 139 Abs. 5 und § 145 Abs. 4;
 - n) nach dem Bundesgesetz über die Gewährung von Hilfeleistungen an Opfer von Verbrechen, BGBl. Nr. 288/1972, gewährte Geldleistungen.
- (5) Der Ermittlung des Nettoeinkommens aus einem land(forst)wirtschaftlichen Betrieb sind 85 v. H. des Versicherungswertes (§ 23 des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes) zugrunde zu legen. § 23 Abs. 2 zweiter Satz zweiter Halbsatz des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes ist hiebei nicht anzuwenden. Dieser Betrag, gerundet auf volle Schilling, gilt als monatliches Nettoeinkommen aus einem land(forst)wirtschaftlichen Betrieb.

(6) Steht das Recht zur Bewirtschaftung des land(forst)wirtschaftlichen Betriebes auf eigene Rechnung und Gefahr nicht einer einzigen Person zu, so gilt das gemäß Abs. 5 ermittelte Nettoeinkommen, sofern bei dessen Ermittlung die Bewirtschaftung durch mehrere Personen nicht bereits berücksichtigt wurde, nur im Verhältnis der Anteile am land(forst)-wirtschaftlichen Betrieb als Nettoeinkommen.

(7) Wurde die Bewirtschaftung eines land(forst)-wirtschaftlichen Betriebes aufgegeben, der Betrieb übergeben, verpachtet oder auf andere Weise jemandem zur Bewirtschaftung überlassen, so sind der Ermittlung des Einkommens des bisherigen Eigentümers (des Verpächters) ohne Rücksicht auf Art und Ausmaß der ausbedungenen Leistungen 25 v. H. des zuletzt festgestellten Einheitswertes der übergebenen, verpachteten oder zur Bewirtschaftung überlassenen land(forst)wirtschaftlichen Flächen zugrunde zu legen, sofern die Aufgabe (Übergabe, Verpachtung, Überlassung) nicht mehr als zehn Jahre, gerechnet vom Stichtag, zurückliegt. Ein Zwölftel des auf diese Weise errechneten Betrages, gerundet auf volle Schilling, gilt als monatliches Einkommen. Hiebei ist Abs. 6 entsprechend anzuwenden.

(8) Die gemäß Abs. 7 errechneten monatlichen Einkommensbeträge sind bei der erstmaligen Ermittlung mit dem Produkt der seit 1. Jänner 1974 festgesetzten Anpassungsfaktoren (§ 47) unter Bedachtnahme auf § 51 zu vervielfachen. An die Stelle der so ermittelten Beträge treten ab 1. Jänner eines jeden Jahres die unter Bedachtnahme auf § 51 mit dem jeweiligen Anpassungsfaktor (§ 47) vervielfachten Beträge.

Richtsätze

§ 150. (1) Der Richtsatz beträgt unbeschadet der Bestimmungen des Abs. 2

- a) für Pensionsberechtigte aus eigener Pensionsversicherung:
 - aa) wenn sie mit dem Ehegatten (der Ehegattin) im gemeinsamen Haushalt leben 4 422 S,
 - bb) wenn die Voraussetzungen nach aa) nicht zutreffen 3 092 S,
- b) für Pensionsberechtigte auf Witwen- (Witwer)pension 3 092 S,
- c) für Pensionsberechtigte auf Waisenspension:
 - aa) bis zur Vollendung des
 - 24. Lebensjahres 1 155 S,
 - falls beide Elternteile verstorben sind 1 735 S,
 - bb) nach Vollendung des
 - 24. Lebensjahres 2 051 S,
 - falls beide Elternteile verstorben sind 3 092 S.

Der Richtsatz gemäß lit. a erhöht sich um 332 S für jedes Kind (§ 128), dessen Nettoeinkommen den

Richtsatz für einfach verwaiste Kinder bis zur Vollendung des 24. Lebensjahres nicht erreicht.

(2) An die Stelle der Richtsätze und der Richtsatzerhöhung gemäß Abs. 1 treten ab 1. Jänner eines jeden Jahres die unter Bedachtnahme auf § 51 mit dem Anpassungsfaktor (§ 47) vervielfachten Beträge.

(3) Hat eine Person Anspruch auf mehrere Pensionen aus einer Pensionsversicherung nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz, so ist der höchste der in Betracht kommenden Richtsätze anzuwenden. In diesem Fall gebührt die Ausgleichszulage zu der Pension, zu der vor Anfall der weiteren Pension Anspruch auf Ausgleichszulage bestanden hat, sonst zur höheren Pension.

(4) Haben beide Ehegatten Anspruch auf eine Pension aus einer Pensionsversicherung nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz und leben sie im gemeinsamen Haushalt, so gebührt die Ausgleichszulage nur zur Pension des Mannes.

(5) Sind nach einem Versicherten mehrere Pensionsberechtigte auf Hinterbliebenenpensionen vorhanden, so darf die Summe der Richtsätze für diese Pensionsberechtigten nicht höher sein als der erhöhte Richtsatz, der für den Versicherten selbst, falls er leben würde, unter Berücksichtigung des jeweiligen Standes an Familienangehörigen anzuwenden wäre (fiktiver Richtsatz); dem fiktiven Richtsatz ist die Summe der Kinderzuschüsse zuzuschlagen, die dem Versicherten zu einer Leistung aus der Pensionsversicherung gebührt haben oder gebührt hätten. Innerhalb dieses Höchstmaßes sind die Richtsätze gemäß Abs. 1 lit. b und c verhältnismäßig zu kürzen. Hiebei ist der Richtsatz für die Pensionsberechtigte auf eine Witwenpension gemäß § 136 Abs. 4 nicht zu berücksichtigen; dieser Richtsatz darf jedoch den gekürzten Richtsatz für die hinterlassene Witwe nicht übersteigen.

Unterhaltsansprüche und Nettoeinkommen

§ 151. (1) Bei Anwendung des § 149 sind Unterhaltsansprüche des Pensionsberechtigten gegen

- a) den Ehegatten, sofern er mit dem Pensionsberechtigten nicht im gemeinsamen Haushalt lebt,
- b) den geschiedenen Ehegatten,
- c) die Eltern, sofern sie mit dem Pensionsberechtigten im gemeinsamen Haushalt leben,

gleichviel ob und in welcher Höhe die Unterhaltsleistung tatsächlich erbracht wird, dadurch zu berücksichtigen, daß dem Nettoeinkommen des Pensionsberechtigten in den Fällen der lit. a 30 v. H. und in den Fällen der lit. b und c 15 v. H. des monatlichen Nettoeinkommens der dort genannten Personen zuzurechnen sind.

(2) Ist eine der im Abs. 1 angeführten Personen auch gegenüber anderen Angehörigen als dem Pensionsberechtigten unterhaltspflichtig, so ist der

gemäß Abs. 1 in Betracht kommende Hundertsatz des monatlichen Nettoeinkommens für jeden dieser Unterhaltsberechtigten um 2 v. H. zu vermindern.

(3) Wenn und solange das Nettoeinkommen des Unterhaltspflichtigen in den Fällen des Abs. 1 lit. a und b nicht nachgewiesen wird, ist anzunehmen, daß die Höhe der monatlichen Unterhaltsverpflichtung 30 v. H. der Höchstbeitragsgrundlage (§ 48 Abs. 3) beträgt. Ist die Unterhaltsforderung trotz durchgeführter Zwangsmaßnahmen einschließlich gerichtlicher Exekutionsführung uneinbringlich oder erscheint die Verfolgung des Unterhaltsanspruches offenbar aussichtslos, unterbleibt eine Zurechnung zum Nettoeinkommen.

(4) Wenn und solange das Nettoeinkommen des (der) im gemeinsamen Haushalt lebenden Ehegatten (Ehegattin) (§ 149 Abs. 2) nicht nachgewiesen wird, ist es in der Höhe der Höchstbeitragsgrundlage (§ 48 Abs. 3) anzunehmen.

Anwendung der Bestimmungen über die Pensionen auf die Ausgleichszulage

§ 152. (1) Soweit in diesem Bundesgesetz nichts anderes bestimmt ist, sind auf die Ausgleichszulage, auf das bei der Feststellung der Ausgleichszulage zu beobachtende Verfahren und auf das Leistungsstreitverfahren über die Ausgleichszulage die Bestimmungen dieses Bundesgesetzes über die Pensionen aus der Pensionsversicherung anzuwenden.

(2) Bei Anwendung der Bestimmungen der §§ 58 Abs. 3 Z. 2 und 60 bis 63 ist die Ausgleichszulage außer Betracht zu lassen.

Höhe und Feststellung der Ausgleichszulage

§ 153. (1) Die Ausgleichszulage gebührt in der Höhe des Unterschiedes zwischen der Summe aus Pension, Nettoeinkommen (§ 149) und den gemäß § 151 zu berücksichtigenden Beträgen einerseits und dem Richtsatz (§ 150) andererseits.

(2) Die Ausgleichszulage ist erstmalig auf Grund des Pensionsantrages festzustellen. Sie gebührt ab dem Tag, an dem die Voraussetzungen für den Anspruch erfüllt sind. Wird die Ausgleichszulage erst nach dem Zeitpunkt der Erfüllung der Voraussetzungen beantragt, so gebührt sie frühestens ab dem Beginn des dritten vor dem Tag der Antragstellung liegenden vollen Kalendermonates. Der Anspruch auf Ausgleichszulage endet mit dem Ende des Monats, in dem die Voraussetzungen für den Anspruch wegfallen. Das gleiche gilt für die Erhöhung bzw. Herabsetzung der Ausgleichszulage. Ist die Herabsetzung der Ausgleichszulage in einer auf Grund gesetzlicher Vorschriften erfolgten Änderung des Ausmaßes der Pension oder des aus übrigen Einkünften des Pensionsberechtigten erwachsenden Nettoeinkommens (§ 149) begründet, so wird sie mit dem Ende des der Änderung vorangehenden Monats wirksam. Erhöhungen der Ausgleichszulage auf Grund der Bestimmungen der §§ 149 Abs. 4 lit. h und 150 Abs. 2 sind von Amts wegen festzustellen.

(3) Bei einer Änderung der für die Zuerkennung der Ausgleichszulage maßgebenden Sach- und Rechtslage hat der Träger der Pensionsversicherung die Ausgleichszulage auf Antrag des Berechtigten oder von Amts wegen neu festzustellen.

(4) Entsteht durch eine rückwirkende Zuerkennung oder Erhöhung einer Leistung aus einer Pensionsversicherung ein Überbezug an Ausgleichszulage, so ist dieser Überbezug gegen die Pensionsnachzahlung aufzurechnen. Dies gilt auch dann, wenn Anspruchsberechtigter auf die Pensionsnachzahlung der (die) im gemeinsamen Haushalt lebende Ehegatte (Ehegattin) ist.

Verwaltungshilfe der Träger der Sozialhilfe

§ 154. Der Versicherungsträger kann, wenn nicht schon unter Berücksichtigung des ihm bekannten Nettoeinkommens der anzuwendende Richtsatz überschritten wird, zur Feststellung der Ausgleichszulage die Verwaltungshilfe des zuständigen Trägers der Sozialhilfe in Anspruch nehmen. Insbesondere kann der zuständige Träger der Sozialhilfe um die Ermittlung von Sachbezügen ersucht werden.

Verpflichtung zur Anzeige von Änderungen des Nettoeinkommens und des in Betracht kommenden Richtsatzes

§ 155. (1) Der Pensionsberechtigte, der eine Ausgleichszulage bezieht, ist verpflichtet, jede Änderung des Nettoeinkommens oder der Umstände, die eine Änderung des Richtsatzes bedingen, dem Versicherungsträger gemäß § 20 anzuzeigen.

(2) Der Versicherungsträger hat jeden Pensionsberechtigten, der eine Ausgleichszulage bezieht, innerhalb von jeweils drei Jahren mindestens einmal zu einer Meldung seines Nettoeinkommens und seiner Unterhaltsansprüche sowie aller Umstände, die für die Höhe des Richtsatzes maßgebend sind, zu verhalten. Kommt der Pensionsberechtigte der Aufforderung des Versicherungsträgers innerhalb von zwei Monaten nach ihrer Zustellung nicht nach, so hat der Versicherungsträger die Ausgleichszulage mit dem dem Ablauf von weiteren zwei Monaten folgenden Monatsersten zurückzuhalten. Die Ausgleichszulage ist, sofern sie nicht wegzufallen hat, unter Bedachtnahme auf die Bestimmungen des § 153 nachzuzahlen, wenn der Pensionsberechtigte seine Meldepflicht erfüllt oder der Versicherungsträger auf andere Weise von der maßgebenden Sachlage Kenntnis erhalten hat.

(3) Die Träger der Sozialhilfe haben bezüglich aller Bezieher einer Ausgleichszulage, die sich gewöhnlich in ihrem Zuständigkeitsbereich aufhalten, ihnen bekannt gewordene Änderungen des Nettoeinkommens oder der Umstände, die eine Änderung des Richtsatzes bedingen, dem Versicherungsträger mitzuteilen.

Tragung des Aufwandes für die Ausgleichszulage

§ 156. (1) Die Ausgleichszulage ist unbeschadet der Bestimmungen des Abs. 2 von dem Land zu ersetzen, in dem der Sitz des Trägers der Sozialhilfe liegt, der für den Empfänger der Ausgleichszulage zuständig ist oder wäre.

(2) Eine Beteiligung des Bundes am Aufwand der ausgezahlten Ausgleichszulagen richtet sich nach dem jeweiligen Finanzausgleichsgesetz.

(3) Das Land hat die von ihm ersetzten Beträge an Ausgleichszulagen auf die Träger der Sozialhilfe des Landes in dem Verhältnis aufzuteilen, das sich aus den Betragssummen an Ausgleichszulage ergibt, die im jeweiligen Jahr an jene Empfänger der Ausgleichszulage überwiesen wurden, die in den verbandsangehörigen Gemeinden ihren ständigen Wohnsitz hatten.

(4) Die näheren Bestimmungen zur Durchführung der Abs. 1 bis 3 trifft der Bundesminister für soziale Verwaltung im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen.

ABSCHNITT IV**Rehabilitation und Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge****Aufgaben der Rehabilitation**

§ 157. (1) Der Versicherungsträger trifft Vorsorge für die Rehabilitation von Versicherten und Beziehern einer Pension aus dem Versicherungsfall der dauernden Erwerbsunfähigkeit, die an einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung leiden.

(2) Versicherte gelten als behindert im Sinne des Abs. 1, wenn sie infolge eines Leidens oder Gebrechens ohne Gewährung von Maßnahmen der Rehabilitation die besonderen Voraussetzungen für eine Pension aus dem Versicherungsfall der dauernden Erwerbsunfähigkeit wahrscheinlich erfüllen oder in absehbarer Zeit erfüllen werden; vorwiegend altersbedingte Leiden und Gebrechen gelten nicht als Leiden und Gebrechen im Sinne dieses Absatzes.

(3) Die Rehabilitation umfaßt medizinische und berufliche Maßnahmen und, soweit dies zu ihrer Ergänzung erforderlich ist, soziale Maßnahmen mit dem Ziel, Behinderte bis zu einem solchen Grad ihrer Leistungsfähigkeit herzustellen oder wiederherzustellen, der sie in die Lage versetzt, im beruflichen und wirtschaftlichen Leben und in der Gemeinschaft einen ihnen angemessenen Platz möglichst dauernd einnehmen zu können.

(4) Die Gewährung von Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit bzw. von Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge (§§ 100 und 169) zählt nicht zu den Aufgaben der Rehabilitation.

Maßnahmen der Rehabilitation

§ 158. (1) Zur Erreichung des im § 157 Abs. 3 angestrebten Zieles dienen die Maßnahmen gemäß

den §§ 160 bis 162. Der Versicherungsträger gewährt diese Maßnahmen nach pflichtgemäßem Ermessen unter Berücksichtigung der Neigung, Eignung und der bisherigen Tätigkeit des Behinderten, bei den im § 157 Abs. 1 bezeichneten Pensionsbeziehern auch unter Berücksichtigung des Alters, des Zustandes des Leidens oder Gebrechens sowie der Dauer des Pensionsbezuges, sofern und solange die Erreichung dieses Zieles zu erwarten ist.

(2) Unter Berücksichtigung der Auslastung der eigenen Einrichtungen kann der Versicherungsträger auch Angehörigen (§ 159) eines Versicherten oder eines Pensionisten oder Beziehern von Waisenpensionen (§ 138), die an einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung leiden, Maßnahmen der Rehabilitation gemäß § 160 Abs. 1 Z. 1 und 4 und § 162 gewähren; ihre Gewährung ist an die Voraussetzung geknüpft, daß ohne diese Maßnahmen dem Versicherten (Pensionisten) Auslagen erwachsen würden, die seine wirtschaftlichen Verhältnisse übersteigen.

Angehörige

§ 159. (1) Als Angehörige gelten

1. die Ehegattin (der erwerbsunfähige Ehegatte),
2. die Kinder (§ 128).

(2) Als Angehörige gilt auch die Mutter, Wahl-, Stief- und Pflegemutter, die Tochter, Wahl-, Stief- und Pflégetochter, die Enkelin oder die Schwester des Versicherten, die seit mindestens 10 Monaten mit ihm in Hausgemeinschaft lebt und ihm seit dieser Zeit unentgeltlich den Haushalt führt, bei männlichen Versicherten jedoch nur, wenn eine im gemeinsamen Haushalt lebende arbeitsfähige Ehegattin nicht vorhanden ist. Angehörige aus diesen Gründen kann nur eine einzige Person sein.

Medizinische Maßnahmen

§ 160. (1) Die medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation umfassen:

1. die Unterbringung in Krankenanstalten, die vorwiegend der Rehabilitation dienen;
2. die Gewährung von Körperersatzstücken, orthopädischen Behelfen und anderen Hilfsmitteln einschließlich der notwendigen Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung sowie der Ausbildung im Gebrauch der Hilfsmittel in sinngemäßer Anwendung des § 202 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes;
3. die Gewährung ärztlicher Hilfe sowie die Versorgung mit Heilmitteln und Heilbehelfen, wenn diese Leistungen unmittelbar im Anschluß an eine oder im Zusammenhang mit einer der in Z. 1 und 2 genannten Maßnahmen erforderlich sind;
4. die Übernahme der Reise- und Transportkosten in den Fällen der Z. 1 bis 3 sowie im Zusammenhang mit der körpergerechten Anpassung von Körperersatzstücken, orthopädischen Behelfen und anderen Hilfsmitteln.

(2) Die Maßnahmen gemäß Abs. 1 werden vom Versicherungsträger aus Mitteln der Pensionsversicherung gewährt, wenn und soweit der Versicherte nicht auf sie aus einer gesetzlichen Krankenversicherung Anspruch hat. Der Versicherungsträger kann die Gewährung der sonst von einem anderen Krankenversicherungsträger zu erbringenden Maßnahmen der im Abs. 1 bezeichneten Art jederzeit an sich ziehen. Er tritt hinsichtlich dieser Maßnahmen dem Versicherten gegenüber in alle Pflichten und Rechte des anderen Krankenversicherungsträgers ein, soweit die zu gewährenden Leistungen mit den medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation in Zusammenhang stehen. Der Versicherungsträger hat in diesen Fällen dem anderen Krankenversicherungsträger anzuzeigen, daß er von einem bestimmten Tag an die Gewährung übernimmt; von diesem Zeitpunkt an hat der Versicherte gegen den anderen Krankenversicherungsträger keinen Anspruch auf die entsprechenden Leistungen der Krankenversicherung.

(3) Grundsatzbestimmung. Gemäß Artikel 12 Abs. 1 Z. 1 des Bundes-Verfassungsgesetzes in der Fassung von 1929 gilt als Grundsatz, daß der Versicherungsträger im Rahmen der im § 148 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes geregelten Beziehungen zu den öffentlichen Krankenanstalten den Krankenversicherungsträgern nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz gleichgestellt ist.

Berufliche Maßnahmen

§ 161. (1) Durch die beruflichen Maßnahmen der Rehabilitation soll der Behinderte in die Lage versetzt werden, seinen früheren oder, wenn dies nicht möglich ist, einen neuen Beruf auszuüben.

(2) Die beruflichen Maßnahmen der Rehabilitation umfassen insbesondere:

1. die berufliche Ausbildung zur Wiedergewinnung oder Erhöhung der Erwerbsfähigkeit und, insoweit der Behinderte in der Ausübung seines Berufes oder eines Berufes, der ihm zugemutet werden kann, wesentlich beeinträchtigt ist, die Ausbildung für einen neuen Beruf. Die berufliche Ausbildung wird so lange gewährt, als durch sie die Erreichung des angestrebten Zieles (§ 157 Abs. 3) zu erwarten ist;

2. die Gewährung von Darlehen und/oder sonstigen Hilfsmaßnahmen zur Ermöglichung der Fortsetzung der Erwerbstätigkeit;

3. die Hilfe zur Erlangung einer Arbeitsstelle oder einer anderen Erwerbsmöglichkeit.

Soziale Maßnahmen

§ 162. (1) Die sozialen Maßnahmen der Rehabilitation umfassen solche Leistungen, die über die medizinischen und beruflichen Maßnahmen der Rehabilitation hinaus geeignet sind, zur Erreichung des im § 157 Abs. 3 angestrebten Zieles beizutragen.

(2) Als Maßnahmen im Sinne des Abs. 1 kann der Versicherungsträger unter Bedachtnahme auf die

wirtschaftlichen Verhältnisse des Behinderten insbesondere gewähren:

1. einem Behinderten ein Darlehen zur Adaptierung der von ihm bewohnten oder zu bewohnenden Räumlichkeiten, durch die ihm deren Benutzung erleichtert oder ermöglicht wird;

2. einem Behinderten, dem auf Grund seiner Behinderung die Benutzung eines öffentlichen Verkehrsmittels nicht zumutbar ist,

a) einen Zuschuß zu den Kosten für die Erlangung der Lenkerbefugnis,

b) ein Darlehen zum Ankauf bzw. zur Adaptierung eines Personenkraftwagens.

(3) Als Maßnahme im Sinne des Abs. 1 kann der Versicherungsträger auch den Versehrtensport, wenn er in Gruppen und unter ärztlicher Betreuung ausgeübt wird, durch die Gewährung von Zuschüssen an die in Frage kommenden Einrichtungen gegen Nachweis der widmungsgemäßen Verwendung fördern.

(4) Als Maßnahme im Sinne des Abs. 1 kann der Versicherungsträger überdies durch die Gewährung von Zuschüssen an die in Betracht kommenden Einrichtungen einer Gemeinde, einer Gebietskörperschaft, eines Landesarbeitsamtes, eines Landesinvalidenamtes, eines Sozialversicherungsträgers sowie einer gesetzlichen beruflichen Vertretung der Dienstgeber und Dienstnehmer die Beschäftigung des Behinderten in einer geschützten Werkstätte bzw. in einer Einrichtung der Beschäftigungstherapie fördern.

Zustimmung zur Einleitung von Maßnahmen der Rehabilitation des Versicherungsträgers

§ 163. Die Einleitung von Maßnahmen der Rehabilitation des Versicherungsträgers bedarf der Zustimmung des Behinderten oder seines gesetzlichen Vertreters. Vor dessen Entscheidung ist der Behinderte (sein gesetzlicher Vertreter) vom Versicherungsträger über das Ziel und die Möglichkeiten der Rehabilitation nachweislich in geeigneter Weise zu informieren und zu beraten. Der Behinderte hat bei der Durchführung der Maßnahmen der Rehabilitation entsprechend mitzuwirken.

Übergangsgeld

§ 164. (1) Der Versicherungsträger hat dem Versicherten für die Dauer der Gewährung von medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation oder einer Ausbildung gemäß § 161 Abs. 2 Z. 1 ein Übergangsgeld zu leisten. Übergangsgeld für die Dauer der Gewährung von medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation gebührt ab Beginn der 27. Woche nach dem letztmaligen Eintritt des Versicherungsfalles der Krankheit (§ 80 Abs. 1 Z. 1), die mit der Gewährung dieser Maßnahmen der Rehabilitation in Zusammenhang steht.

(2) Das Übergangsgeld gebührt monatlich im Ausmaß von 60 v. H. der Berechnungsgrundlage, gerundet auf volle Schilling. Die Berechnungsgrundlage ist der Durchschnitt der Beitragsgrundlagen der letzten 12 Versicherungsmonate vor dem Beginn der Rehabilitationsmaßnahmen. § 127 Abs. 3 gilt hiebei entsprechend. Das Übergangsgeld ist für die Angehörigen des Versicherten (§ 159) zu erhöhen, und zwar für den Ehegatten um 10 v. H. und für jeden sonstigen Angehörigen um 5 v. H. der Berechnungsgrundlage. Das Gesamtausmaß des erhöhten Übergangsgeldes darf die Berechnungsgrundlage nicht übersteigen. Das Übergangsgeld ist unter Bedachtnahme auf § 51 mit Wirksamkeit ab 1. Jänner eines jeden Jahres mit dem Anpassungsfaktor (§ 47) zu vervielfachen.

(3) Das Übergangsgeld gemäß Abs. 2 ist mindestens im Ausmaß des jeweils in Betracht kommenden Richtsatzes für die Ausgleichszulage festzusetzen.

(4) Auf das Übergangsgeld ist ein dem Versicherten gebührendes Erwerbseinkommen im Sinne des § 60 Abs. 2 anzurechnen.

(5) Während der Dauer einer Ausbildung gemäß § 161 Abs. 2 Z. 1 kann der Versicherungsträger dem Versicherten einen Beitrag zu den Kosten des Unterhaltes für ihn und seine Angehörigen (§ 159) leisten, soweit billigerweise anzunehmen ist, daß der Versicherte die Kosten der bisherigen Lebensführung aus einem anderen Einkommen nicht decken kann.

(6) Der Versicherungsträger kann für die Dauer der Gewährung der im § 158 Abs. 2 bezeichneten medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation an Angehörige (§ 159) dem Versicherten einen Beitrag zu den Kosten des Unterhaltes für ihn und seine Angehörigen gewähren, wenn der Versicherte im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der Rehabilitation durch den Angehörigen in dieser Zeit eine erhebliche finanzielle Mehrbelastung zu tragen hat.

Anspruch auf Pension während der Rehabilitation

§ 165. Für die Dauer der Gewährung von Maßnahmen der Rehabilitation besteht kein Anspruch auf eine Leistung aus dem Versicherungsfall der dauernden Erwerbsunfähigkeit. Der Anspruch auf eine solche vor der Gewährung von Maßnahmen der Rehabilitation angefallene Leistung wird hiedurch nicht berührt.

Übertragung der Durchführung von Maßnahmen der Rehabilitation

§ 166. (1) Der Versicherungsträger kann die Durchführung von medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation bei einem Versicherten, der nicht bei ihm in der Krankenversicherung versichert ist, dem Träger der Krankenversicherung übertragen, bei dem der Versicherte in der Krankenversicherung versichert ist. Er hat dem Krankenversicherungsträger die ausgewiesenen tatsächlichen Kosten zu ersetzen.

(2) Der Versicherungsträger kann die Durchführung von beruflichen Maßnahmen der Rehabilitation einer geeigneten Einrichtung der gesetzlichen beruflichen Vertretung der nach diesem Bundesgesetz Versicherten bzw. einer Dienststelle der Arbeitsmarktwirtschaft übertragen. Er hat diesen die ausgewiesenen tatsächlichen Kosten zu ersetzen. Er kann mit ihnen zur Abgeltung der Ersatzansprüche unter Bedachtnahme auf die Zahl der in Betracht kommenden Fälle und auf die Höhe der durchschnittlichen Kosten der in diesen Fällen gewährten beruflichen Maßnahmen der Rehabilitation die Zahlung jährlicher Pauschbeträge vereinbaren.

(3) Die beteiligten Versicherungsträger bzw. die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft und die im Abs. 2 genannten Einrichtungen (Dienststellen) können zur Abgeltung der Ersatzansprüche unter Bedachtnahme auf die Zahl der in Betracht kommenden Fälle und auf die Höhe der durchschnittlichen Kosten der in diesen Fällen gewährten medizinischen bzw. beruflichen Maßnahmen der Rehabilitation die Zahlung jährlicher Pauschbeträge vereinbaren.

Versagung

§ 167. Entzieht sich der Behinderte den medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation oder vereitelt oder gefährdet er durch sein Verhalten ihren Zweck, so können, wenn diese Maßnahmen ihm zumutbar sind, eine ihm gebührende Pension und allfällige Zuschläge, Zuschüsse und Zulagen ganz oder bei Vorliegen berücksichtigungswürdiger Umstände, insbesondere in Berücksichtigung seiner Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse, teilweise versagt werden, wenn er auf diese Folge nachweislich hingewiesen worden ist.

Vereinbarung zur Durchführung der Rehabilitation

§ 168. Der Versicherungsträger hat die von ihm jeweils zu treffenden Maßnahmen der Rehabilitation mit den in Frage kommenden Versicherungsträgern, Dienststellen und Einrichtungen zu koordinieren und aufeinander abzustimmen. § 307 c des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes gilt entsprechend.

Gesundheitsvorsorge des Versicherungsträgers

§ 169. (1) Der Versicherungsträger kann unter Berücksichtigung des Fortschrittes der medizinischen Wissenschaft, unter Bedachtnahme auf seine finanzielle Leistungsfähigkeit und auf die Auslastung der zur Verfügung stehenden Einrichtungen Versicherten und Pensionisten geeignete Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge gewähren.

(2) Als Maßnahmen im Sinne des Abs. 1 kommen insbesondere in Frage

1. Fürsorge für Genesende (z.B. durch Unterbringung in einem Genesungsheim);
2. Unterbringung in einem Erholungsheim;
3. Aufenthalt in Kurorten, Kuranstalten bzw. Zuschüsse zu einem solchen;
4. Unterbringung in Krankenanstalten, die vorwiegend der Rehabilitation dienen;
5. Übernahme der Reisekosten für die unter Z. 1 bis 4 bezeichneten Zwecke.

(3) Der Versicherungsträger kann unter Bedacht- nahme auf Abs. 1 Versicherten und Pensionisten, die für medizinische Maßnahmen der Rehabilitation nicht in Betracht kommen, Körperersatzstücke, orthopädische Behelfe und andere Hilfsmittel einschließlich der notwendigen Änderungen, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung sowie die Ausbildung im Gebrauch der Hilfsmittel in sinngemäßer Anwendung des § 202 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes gewähren und die Reisekosten für diese Zwecke übernehmen.

(4) Der Versicherungsträger kann Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge auch Angehörigen (§ 159) eines Versicherten gewähren, sofern die Gefahr einer tuberkulösen Erkrankung besteht.

Geldleistungen während der Gewährung von Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge durch den Versicherungsträger

§ 170. (1) Für die Dauer der Unterbringung eines Versicherten in einer der im § 169 Abs. 2 genannten Einrichtungen hat der Versicherungsträger dem Versicherten Familiengeld für seine Angehörigen (§ 159), wenn sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben, bzw. Taggeld zu gewähren. Das Familiengeld kann unmittelbar den Angehörigen ausgezahlt werden.

(2) Leistungen gemäß Abs. 1 sind nur zu gewähren, wenn der Versicherte das Ruhen seines Gewerbebetriebes bzw. seiner Befugnis zur Ausübung der die Pflichtversicherung begründenden Erwerbstätigkeit angezeigt hat und wenn unmittelbar vor Erstattung der Anzeige die persönliche Arbeitsleistung des Versicherten zur Aufrechterhaltung des Betriebes notwendig war.

(3) Das Familiengeld beträgt 27 S täglich, das Taggeld beträgt 12 S täglich.

(4) Kommen mehrere Angehörige (§ 159) in Betracht, ist der Anspruch auf Familiengeld gegeben, wenn die Voraussetzungen dafür auch nur bei einem Angehörigen erfüllt sind.

(5) Anspruch auf Familiengeld besteht nicht für einen Angehörigen, der aus selbständiger oder unselbständiger Erwerbstätigkeit, aus einem Lehr-

oder Ausbildungsverhältnis oder auf Grund von Pensions(Renten)ansprüchen aus der Unfallversicherung oder aus einer Pensionsversicherung mit Ausnahme des Hilflosenzuschusses ein Einkommen von mehr als 1921 S monatlich bezieht. An die Stelle dieses Betrages tritt ab 1. Jänner eines jeden Jahres der unter Bedachtnahme auf § 51 mit der jeweiligen Richtzahl (§ 47) vervielfachte Betrag.

Pension und Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge

§ 171. Der Anspruch auf Pension wird unbeschadet eines allfälligen Ruhens gemäß den §§ 60 oder 61 durch die Unterbringung des Erkrankten in einer der im § 169 Abs. 2 genannten Einrichtungen nicht berührt. Familien- und Taggeld gemäß § 170 werden Pensionisten aus eigener Versicherung (ausgenommen Pensionsberechtigte, die in der Pensionsversicherung pflichtversichert sind) nicht gewährt.

ABSCHNITT V

Aufnahme in ein pensionsversicherungsfreies Dienstverhältnis und Ausscheiden aus einem solchen

1. Unterabschnitt

Aufnahme in ein pensionsversicherungsfreies Dienstverhältnis

Überweisungsbetrag und Beitragserstattung

§ 172. (1) Wird ein Versicherter in ein pensionsversicherungsfreies Dienstverhältnis (Abs. 2) aufgenommen und rechnet der Dienstgeber nach den für ihn geltenden dienstrechtlichen Vorschriften

- a) Beitragsmonate nach diesem Bundesgesetz, Ersatzmonate gemäß § 116 Abs. 1 Z. 1 und 2 dieses Bundesgesetzes,
- b) Beitragsmonate nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz, Ersatzmonate gemäß § 229, § 228 Abs. 1 Z. 1 und 4 bis 6, § 227 Z. 2, 3 und 7 bis 9 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes,
- c) Beitragsmonate nach dem Bauern-Sozialversicherungsgesetz, Ersatzmonate gemäß § 107 Abs. 1 Z. 1 und 2 des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes

für die Begründung des Anspruches auf einen Ruhe(Versorgungs)genuß bedingt oder unbedingt an, so hat der gemäß Abs. 5 zuständige Versicherungsträger auf Antrag dem Dienstgeber einen Überweisungsbetrag in der Höhe von je 7 v. H. der Berechnungsgrundlage gemäß Abs. 6 für jeden in der Pensionsversorgung bedingt oder unbedingt angerechneten Beitragsmonat und von je 1 v. H. dieser Berechnungsgrundlage für jeden in der Pensionsversorgung bedingt oder unbedingt angerechneten Ersatzmonat zu leisten. Zur Stellung des Antrages ist sowohl der Dienstgeber als auch der Dienstnehmer berechtigt.

(2) Als pensionsversicherungsfreies Dienstverhältnis ist jedes Dienstverhältnis im Sinne des § 308 Abs. 2 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes anzusehen.

(3) Ist gemäß Abs. 1 ein Überweisungsbetrag zu leisten, so hat der zuständige Versicherungsträger dem Versicherten

- a) die Beiträge für jeden vor dem Stichtag gemäß Abs. 7 liegenden Beitragsmonat der Pflichtversicherung nach diesem Bundesgesetz, nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz bzw. nach dem Bauern-Sozialversicherungsgesetz und für jeden vor dem Stichtag gemäß Abs. 7 liegenden Beitragsmonat gemäß § 115 Abs. 1 Z. 2 dieses Bundesgesetzes bzw. gemäß § 106 des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes, der nicht gemäß Abs. 1 in der Pensionsversorgung angerechnet wurde, mit 7 v. H. der Berechnungsgrundlage gemäß Abs. 6,
- b) die Beiträge für jeden vor dem Stichtag gemäß Abs. 7 liegenden Beitragsmonat der freiwilligen Versicherung nach diesem Bundesgesetz, nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz bzw. nach dem Bauern-Sozialversicherungsgesetz, der nicht gemäß Abs. 1 in der Pensionsversorgung angerechnet wurde, mit 14 v. H. der Berechnungsgrundlage gemäß Abs. 6,
- c) die für vor dem Stichtag gemäß Abs. 7 liegende Zeiten entrichteten Beiträge zur Höherversicherung nach diesem Bundesgesetz, nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz bzw. nach dem Bauern-Sozialversicherungsgesetz, soweit sie nicht nur gemäß den §§ 70 und 249 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes als entrichtet gelten, aufgewertet mit dem für das Jahr ihrer Entrichtung geltenden Aufwertungsfaktor (§ 47),
- d) die Beiträge für jeden nach dem Stichtag gemäß Abs. 7 liegenden Beitragsmonat der freiwilligen Versicherung nach diesem Bundesgesetz, nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz bzw. nach dem Bauern-Sozialversicherungsgesetz, sofern sie nicht nach einer pensions(renten)versicherungspflichtigen Nebenbeschäftigung entrichtet wurden, aufgewertet mit dem für das Jahr ihrer Entrichtung geltenden Aufwertungsfaktor (§ 47) und
- e) die gemäß § 31 des 1. Sozialversicherungs-Neuregelungsgesetzes entrichteten Beiträge, aufgewertet mit dem für das Jahr ihrer Entrichtung geltenden Aufwertungsfaktor (§ 47)

zu erstatten. Diese Beiträge sind dem Versicherten auf seinen Antrag auch dann zu erstatten, wenn ein Überweisungsbetrag gemäß Abs. 1 deswegen nicht zu leisten ist, weil der Dienstgeber keinen Versicherungsmonat anrechnet. § 77 ist sinngemäß anzuwenden.

(4) Wurde ein in einem pensionsversicherungsfreien Dienstverhältnis stehender Dienstnehmer

gegen Entfall des Entgeltes beurlaubt und wurde mit dem Ende der Beurlaubung nicht gleichzeitig das pensionsversicherungsfreie Dienstverhältnis beendet, so steht hinsichtlich der Leistung eines Überweisungsbetrages gemäß Abs. 1 für die während der Beurlaubung erworbenen Beitragsmonate die Beendigung der Beurlaubung einer Aufnahme in ein pensionsversicherungsfreies Dienstverhältnis im Sinne des Abs. 1 gleich.

(5) Zuständig für die Feststellung und Leistung des Überweisungsbetrages gemäß Abs. 1 und für die Erstattung der Beiträge gemäß Abs. 3 ist der Versicherungsträger nach diesem Bundesgesetz, nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz oder nach dem Bauern- Sozialversicherungsgesetz, in dessen Versicherung in den letzten 15 Jahren vor dem Stichtag gemäß Abs. 7 ausschließlich, mehr oder die meisten Versicherungsmonate erworben wurden. Liegen Versicherungsmonate im gleichen Ausmaß vor, so ist der letzte Versicherungsmonat entscheidend; das gleiche gilt, wenn in den letzten 15 Jahren vor dem Stichtag keine Versicherungsmonate vorliegen. Wurde überhaupt kein Versicherungsmonat erworben, hat jener Versicherungsträger zu entscheiden, bei dem der Antrag eingebracht wurde. § 232 a Abs. 3 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes ist sinngemäß anzuwenden.

(6) Grundlage für die Berechnung des Überweisungsbetrages gemäß Abs. 1 und für die Erstattung der Beiträge gemäß Abs. 3 sind 35 v. H. der am Stichtag (Abs. 7) gemäß § 25 Abs. 6 Z. 2 geltenden Höchstbeitragsgrundlage (Berechnungsgrundlage).

(7) Stichtag für die Feststellung des gemäß Abs. 5 zuständigen Versicherungsträgers, der gemäß Abs. 1 bzw. 3 zu berücksichtigenden Versicherungsmonate und der Berechnungsgrundlage gemäß Abs. 6 ist der Tag der Aufnahme in das pensionsversicherungsfreie Dienstverhältnis (§ 11 Abs. 5 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes), wenn sie an einem Monatsersten erfolgt, sonst der der Aufnahme folgende Monatserste.

(8) Bei Anwendung der Abs. 1 und 5 sind Versicherungsmonate nach diesem Bundesgesetz, die auch in der Pensionsversicherung nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz und (oder) in der Pensionsversicherung nach dem Bauern-Sozialversicherungsgesetz als Versicherungsmonate gelten, nur einfach zu zählen und nur einer der in Betracht kommenden Versicherungen, und zwar in folgender Reihenfolge, zuzuordnen: Pensionsversicherung nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz, Pensionsversicherung nach dem Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz, Pensionsversicherung nach dem Bauern-Sozialversicherungsgesetz.

Fälligkeit des Überweisungsbetrages und der Beitragserstattung

§ 173. Der Überweisungsbetrag gemäß § 172 Abs. 1 ist binnen 18 Monaten nach Einlangen des Anrechnungsbescheides beim zuständigen Versiche-

Träger zu leisten. Innerhalb der gleichen Frist sind auch die Beiträge gemäß § 172 Abs. 3 zu erstatten. Im Falle des § 172 Abs. 3 vorletzter Satz tritt an die Stelle des Anrechnungsbescheides der Antrag des Versicherten. Der Überweisungsbetrag und die Beiträge sind bei verspäteter Flüssigmachung mit dem für das Jahr, in dem der Anrechnungsbescheid bzw. der Antrag beim Versicherungsträger einlangt, geltenden Aufwertungsfaktor gemäß § 47 aufzuwerten.

Wirkung der Leistung des Überweisungsbetrages und der Beitragserstattung

§ 174. Mit der Leistung des Überweisungsbetrages gemäß § 172 Abs. 1 dieses Bundesgesetzes, gemäß § 308 Abs. 1 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes oder gemäß § 164 Abs. 1 des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes bzw. der Erstattung der Beiträge gemäß § 172 Abs. 3 dieses Bundesgesetzes, gemäß § 308 Abs. 3 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes oder gemäß § 164 Abs. 3 des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes erlöschen unbeschadet § 68 Abs. 1 lit. b dieses Bundesgesetzes alle Ansprüche und Berechtigungen aus der Pensionsversicherung, die aus den Versicherungsmonaten erhoben werden können, für die der Überweisungsbetrag geleistet oder die Beiträge erstattet wurden.

2. Unterabschnitt

Ausscheiden aus einem pensionsversicherungsfreien Dienstverhältnis

Überweisungsbetrag

§ 175. (1) Scheidet ein Dienstnehmer, für den ein Überweisungsbetrag gemäß § 172 Abs. 1 geleistet wurde, aus dem pensionsversicherungsfreien Dienstverhältnis aus, ohne daß aus diesem ein Anspruch auf einen laufenden Ruhe(Versorgungs)genuß erwachsen ist und ohne daß ein außerordentlicher Ruhe(Versorgungs)genuß in der Höhe des normalmäßigen Ruhe(Versorgungs)genusses unwiderruflich gewährt wird, so hat der Dienstgeber, soweit in den nachstehenden Abs. 3 und 4 nichts anderes bestimmt wird, dem Versicherungsträger den gemäß § 172 Abs. 1 erhaltenen Überweisungsbetrag zurückzuzahlen; dieser Überweisungsbetrag ist mit dem für das Jahr der Zahlung des Überweisungsbetrages an den Dienstgeber geltenden Aufwertungsfaktor (§ 47) aufzuwerten.

(2) Tritt der Dienstnehmer im unmittelbaren Anschluß an das Ausscheiden aus einem pensionsversicherungsfreien Dienstverhältnis in ein anderes pensionsversicherungsfreies Dienstverhältnis über und sind die Voraussetzungen des § 172 Abs. 1 gegeben, so hat der Dienstgeber aus dem früheren Dienstverhältnis den Überweisungsbetrag unmittelbar an den Dienstgeber des neuen Dienstverhältnisses unter Anzeig an den Versicherungsträger zu leisten.

(3) Die Verpflichtung des Dienstgebers gemäß Abs. 1 entfällt in den Fällen des § 311 Abs. 3 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes. In den Fällen des § 311 Abs. 3 lit. b und c des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes kann der Dienstnehmer oder sein anspruchsberechtigter Hinterbliebener innerhalb der im § 176 angegebenen Frist den Überweisungsbetrag gemäß § 172 Abs. 1 sowie Beiträge, die dem Dienstnehmer gemäß § 172 Abs. 3 erstattet wurden, an den Versicherungsträger zurückzahlen. Innerhalb der gleichen Frist kann auch ein Dienstnehmer, für den der Überweisungsbetrag gemäß Abs. 1 zurückgezahlt wird oder sein anspruchsberechtigter Hinterbliebener Beiträge, die dem Dienstnehmer gemäß § 172 Abs. 3 erstattet wurden, an den Versicherungsträger zurückzahlen. Der Überweisungsbetrag und die erstatteten Beiträge, die vom Dienstnehmer oder seinem anspruchsberechtigten Hinterbliebenen zurückgezahlt werden, sind mit dem für das Jahr der Zahlung des Überweisungsbetrages bzw. der Erstattung der Beiträge geltenden Aufwertungsfaktor (§ 47) aufzuwerten.

(4) Wurde beim Ausscheiden eines Dienstnehmers aus dem pensionsversicherungsfreien Dienstverhältnis ein widerruflicher oder befristeter außerordentlicher Ruhe(Versorgungs)genuß in der Höhe eines normalmäßigen Ruhe(Versorgungs)genusses gewährt, so besteht die Verpflichtung des Dienstgebers zur Rückzahlung des Überweisungsbetrages gemäß Abs. 1 erst nach Wegfall dieses außerordentlichen Ruhe(Versorgungs)genusses.

Fälligkeit der Rückzahlung des Überweisungsbetrages und der erstatteten Beiträge

§ 176. Der Überweisungsbetrag und die erstatteten Beiträge sind binnen 18 Monaten nach dem Ausscheiden aus dem pensionsversicherungsfreien Dienstverhältnis zurückzuzahlen. § 173 letzter Satz gilt entsprechend.

Wirkung der Rückzahlung des Überweisungsbetrages und der erstatteten Beiträge

§ 177. Die in dem zurückgezählten Überweisungsbetrag und in den zurückgezählten Beiträgen gemäß § 175 dieses Bundesgesetzes, gemäß § 311 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes bzw. gemäß § 167 des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes berücksichtigten vollen Monate gelten als Versicherungsmonate im Sinne dieses Bundesgesetzes, sofern diese Monate in dem Überweisungsbetrag bzw. bei der Erstattung der Beiträge als Versicherungsmonate im Sinne dieses Bundesgesetzes berücksichtigt worden waren.

DRITTER TEIL

Beziehungen der Versicherungsträger zueinander und zu den Trägern der Sozialhilfe; Ersatzleistungen; Schadenersatz und Haftung; Verfahren

ABSCHNITT I

Beziehungen der Versicherungsträger zueinander

1. Unterabschnitt

Ersatzansprüche im Verhältnis zu den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung

Ersatzansprüche des Versicherungsträgers

§ 178. Der Versicherungsträger hat gegenüber den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung Anspruch auf den Ersatz des Aufwandes für Leistungen, die aus dem Versicherungsfall der Krankheit ab dem ersten Tag der fünften Woche nach dem Eintritt des Versicherungsfalles von ihm erbracht worden sind, wenn es sich hiebei gleichzeitig um einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit im Sinne der Bestimmungen der §§ 175 bis 177 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes handelt. Die Träger der Unfallversicherung haben dem Versicherungsträger den jeweiligen Aufwand für die erbrachten Leistungen nach Maßgabe der Bestimmungen des § 180 zu ersetzen.

Ersatzansprüche der Träger der Unfallversicherung

§ 179. (1) Der Versicherungsträger hat den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung die Aufwendungen, die diese in den ersten vier Wochen nach dem Eintritt des Versicherungsfalles im Zusammenhang mit einem Arbeitsunfall oder einer Berufskrankheit für Leistungen der Krankenbehandlung des Versicherten erbracht haben, nach Maßgabe der Bestimmungen des § 180 zu ersetzen.

(2) Hat der Träger der Unfallversicherung Aufwendungen für die Heilbehandlung oder für wiederkehrende Geldleistungen aus der Unfallversicherung gemacht, und stellt sich nachträglich heraus, daß die Krankheit nicht Folge eines Arbeitsunfalles ist, so hat der Versicherungsträger die Aufwendungen zu ersetzen, soweit sie nicht über die Aufwendungen für die entsprechenden Leistungen der Krankenversicherung hinausgehen.

Ausmaß des Ersatzanspruches

§ 180. (1) Als Ersatz gemäß den §§ 178 und 179 Abs. 1 ist hinsichtlich der Krankenbehandlung für jeden Kalendertag der Behandlungszeit zu leisten:

- a) bei einer als Anstaltspflege gewährten Krankenbehandlung (Unfallheilbehandlung) der für den

Versicherungsträger jeweils geltende Pflegegebührenersatz sowie die notwendigen Transportkosten zum und vom Krankenhaus;

- b) bei einer nicht als Anstaltspflege gewährten Krankenbehandlung (Unfallheilbehandlung) ohne Rücksicht auf den Eintritt der Arbeitsunfähigkeit für jeden Kalendertag des Behandlungszeitraumes, soweit jedoch zwischen den einzelnen ärztlichen Behandlungen mehr als 13 Kalendertage liegen, für jeden Behandlungstag ein Betrag in der Höhe von 25 v. H. des 360. Teiles der im § 181 Abs. 1 erster Satz des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes festgesetzten Bemessungsgrundlage für die gemäß § 8 Abs. 1 Z. 3 lit. a des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes in der Unfallversicherung Teilversicherten. Eine geschlossene Behandlungszeit, für die die Kosten der nicht als Anstaltspflege gewährten Krankenbehandlung (Unfallheilbehandlung) nach Kalendertagen abzugelten sind, liegt auch dann noch vor, wenn die Behandlung am selben Wochentag der zweiten Woche stattfindet.

(2) Die gegenseitige Verrechnung der Ersatzansprüche kann auch durch Leistung von Pauschbeträgen auf Grund einer Vereinbarung, die zwischen dem Versicherungsträger und den Trägern der Unfallversicherung abzuschließen ist, durchgeführt werden.

Geltendmachung des Ersatzanspruches

§ 181. (1) Findet die gegenseitige Abgeltung der Ersatzansprüche im Wege der Einzelabrechnung statt, so sind diese Ersatzansprüche nach Maßgabe der Bestimmungen des Abs. 2 vom ersatzberechtigten Versicherungsträger jeweils geltend zu machen.

(2) Der Ersatzanspruch ist ausgeschlossen, wenn er nicht spätestens sechs Monate nach Beendigung der Leistungen bei dem zum Ersatz Verpflichteten geltend gemacht wird. Hat der Ersatzberechtigte ohne sein Verschulden erst nach Ablauf dieser Zeit davon Kenntnis erhalten, daß die Voraussetzungen für einen Ersatzanspruch zutreffen, so kann er noch innerhalb zweier Wochen nach dem Tag, an dem er diese Kenntnis erlangt hat, den Anspruch geltend machen.

2. Unterabschnitt

Sonstige Ersatzansprüche der Versicherungsträger untereinander

§ 182. Ersatzansprüche der Versicherungsträger untereinander sind, soweit in diesem Bundesgesetz nichts anderes bestimmt ist, bei sonstigem Verlust des Anspruches binnen sechs Jahren von dem Tag an, an dem der Versicherungsträger die letzte Leistung erbracht hat, geltend zu machen.

3. Unterabschnitt

Verwaltungshilfe

§ 183. (1) Der Versicherungsträger nach diesem Bundesgesetz und die übrigen Träger der Sozialversicherung (der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger) sind verpflichtet, bei Erfüllung ihrer (seiner) Aufgaben einander zu unterstützen; sie haben insbesondere Ersuchen, die zu diesem Zweck an sie ergehen, im Rahmen ihrer sachlichen und örtlichen Zuständigkeit zu entsprechen und auch unaufgefordert anderen Versicherungsträgern alle Mitteilungen zukommen zu lassen, die für deren Geschäftsbetrieb von Wichtigkeit sind.

(2) Gewährt ein Träger der Unfallversicherung einem Berechtigten, der eine Pension aus der Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz bezieht, Rente oder Anstaltspflege aus der Unfallversicherung oder treten Änderungen hierin ein, so ist der Versicherungsträger unverzüglich zu benachrichtigen.

ABSCHNITT II

Beziehungen des Versicherungsträgers zu den Trägern der Sozialhilfe

Pflichten der Träger der Sozialhilfe

§ 184. Die gesetzlichen Pflichten der Träger der Sozialhilfe zur Unterstützung Hilfsbedürftiger werden durch dieses Bundesgesetz nicht berührt.

Ersatzanspruch des Trägers der Sozialhilfe

§ 185. (1) Unterstützt ein Träger der Sozialhilfe auf Grund einer gesetzlichen Verpflichtung einen Hilfsbedürftigen für eine Zeit, für die er einen Anspruch auf eine Versicherungsleistung nach diesem Bundesgesetz hat, so hat der Versicherungsträger dem Träger der Sozialhilfe die von diesem geleisteten Unterstützungen gemäß den Bestimmungen der §§ 186 und 187 zu ersetzen, jedoch bei Geldleistungen nur bis zur Höhe der Versicherungsleistung, auf die der Unterstützte während dieser Zeit Anspruch hat; für Sachleistungen sind dem Träger der Sozialhilfe die erwachsenen Kosten so weit zu ersetzen, als dem Versicherungsträger selbst Kosten für derartige Sachleistungen erwachsen wären. Das gleiche gilt, wenn Angehörige des Berechtigten unterstützt werden, für solche Ansprüche, die dem Berechtigten mit Rücksicht auf diese Angehörigen zustehen.

(2) Der Ersatz gemäß Abs. 1 gebührt sowohl für Sachleistungen als auch für Geldleistungen, für letztere jedoch nur, wenn sie entweder während des Laufes des Verfahrens zur Feststellung der Versicherungsleistung oder bei nachgewiesener nicht rechtzeitiger Auszahlung einer bereits festgestellten Versicherungsleistung gewährt werden.

(3) Wird ein Pensionsberechtigter auf Kosten eines Trägers der Sozialhilfe in einem Alters(Siechen)heim oder Fürsorgeerziehungsheim, einer Heil- und

Pflegeanstalt für Nerven- und Geisteskranke, einer Trinkerheilstätte oder einer ähnlichen Einrichtung verpflegt, so geht für die Zeit dieser Anstaltspflege der Anspruch auf Pension (einschließlich allfälliger Zulagen und Zuschläge) bis zur Höhe der Pflegegebühren, höchstens jedoch bis zu 80 v. H., wenn der Pensionsberechtigte auf Grund einer gesetzlichen Verpflichtung für den Unterhalt eines Angehörigen zu sorgen hat, bis zu 50 v. H. dieses Anspruches auf den Träger der Sozialhilfe über. Der vom Anspruchsübergang erfasste Betrag vermindert sich für jeden weiteren unterhaltsberechtigten Angehörigen um je 10 v. H. dieses Anspruches. Wenn und soweit die Pflegegebühren durch den vom Anspruchsübergang erfassten Betrag noch nicht gedeckt sind, geht auch ein allfälliger Anspruch auf Hilflosenzuschuß höchstens bis zu 80 v. H. auf den Träger der Sozialhilfe über. Die dem Pensionsberechtigten für seine Angehörigen zu belassenden Beträge können vom Versicherungsträger unmittelbar an die Angehörigen ausgezahlt werden.

(4) Abs. 3 ist in den Fällen, in denen ein Pensionsberechtigter auf Kosten des Bundes in einer Anstalt für geistig abnorme Rechtsbrecher gemäß § 21 Abs. 1 des Strafgesetzbuches untergebracht ist, mit der Maßgabe sinngemäß anzuwenden, daß der vom Anspruchsübergang erfasste Betrag dem Bund gebührt.

Ersatzleistungen aus der Krankenversicherung

§ 186. (1) Aus den Leistungen der Krankenversicherung gebührt dem Träger der Sozialhilfe Ersatz nur, wenn die Leistung der Sozialhilfe wegen der Krankheit, Arbeitsunfähigkeit oder der Mutterschaft gewährt wurde, auf die sich der Anspruch des Unterstützten gegen den Versicherungsträger gründet, oder wenn die Leistung der Sozialhilfe im Falle des Todes gewährt wurde und ein Anspruch auf Bestattungskostenbeitrag aus der Krankenversicherung besteht.

(2) Zu ersetzen sind:

1. Kosten der Bestattung aus dem Bestattungskostenbeitrag;

2. Leistungen der Sozialhilfe, die wegen Krankheit, Arbeitsunfähigkeit oder Mutterschaft gewährt werden, aus den ihnen entsprechenden Leistungen der Krankenversicherung.

Ersatzleistungen aus der Pensionsversicherung

§ 187. Aus den Pensionen gebührt dem Träger der Sozialhilfe Ersatz für jede Leistung der Sozialhilfe im Sinne des § 185, für die nicht schon ein Ersatzanspruch gegenüber einem Träger der Krankenversicherung oder der Unfallversicherung nach den Bestimmungen der §§ 325 und 326 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes besteht. Andere Leistungen der Pensionsversicherung als die Pensionen dürfen zur Befriedigung des Ersatzanspruches nicht herangezogen werden.

Abzug von den Geldleistungen

§ 188. Der Versicherungsträger hat die Beträge, die er zur Befriedigung der Ersatzansprüche der Träger der Sozialhilfe für erbrachte Geldleistungen (§§ 185 bis 187) aufgewendet hat, von den Geldleistungen der Kranken- bzw. Pensionsversicherung abzuziehen, doch darf der Abzug bei wiederkehrenden Geldleistungen aus der Pensionsversicherung jeweils den halben Betrag der einzelnen fälligen Geldleistung nicht übersteigen. Für den Abzug bedarf es nicht der Zustimmung des Unterstützten.

Frist für die Geltendmachung des Ersatzanspruches

§ 189. (1) Der Ersatzanspruch des Trägers der Sozialhilfe für Sachleistungen ist ausgeschlossen, wenn er nicht spätestens sechs Monate nach Ablauf der Leistung der Sozialhilfe beim Versicherungsträger geltend gemacht wird.

(2) Für Geldleistungen kann der Anspruch auf Ersatz vom Träger der Sozialhilfe nur erhoben werden, wenn

1. die Leistung der Sozialhilfe innerhalb von 14 Tagen nach der Zuerkennung, sofern jedoch der Träger der Sozialhilfe erst später vom Anspruch des Versicherten auf die Geldleistungen nach diesem Bundesgesetz Kenntnis erhält, innerhalb von 14 Tagen nach diesem Zeitpunkt, dem Versicherungsträger angezeigt wird und

2. der Anspruch auf Ersatz spätestens innerhalb von zwei Monaten nach dem Tag geltend gemacht wird, an dem der Träger der Sozialhilfe vom Anfall der Geldleistung durch den Versicherungsträger benachrichtigt worden ist.

(3) Der Ersatzanspruch des Trägers der Sozialhilfe für Geldleistungen ist für eine Zeit ausgeschlossen, für die eine Geldleistung fällig geworden ist, wenn der Träger der Sozialhilfe nach einer gemäß Abs. 2 Z. 1 erstatteten Anzeige vom Anfall dieser Geldleistung durch den Versicherungsträger benachrichtigt worden ist.

ABSCHNITT III

Schadenersatz und Haftung

Übergang von Schadenersatzansprüchen auf den Versicherungsträger

§ 190. (1) Können Personen, denen nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes Leistungen zustehen oder für die als Familienangehörige im Rahmen der Familienversicherung bzw. als Angehörige Leistungen zu gewähren sind, den Ersatz des Schadens, der ihnen durch den Versicherungsfall erwachsen ist, auf Grund anderer gesetzlicher Vorschriften beanspruchen, geht der Anspruch auf den Versicherungsträger insoweit über, als dieser

Leistungen zu erbringen hat. Ansprüche auf Schmerzensgeld gehen auf den Versicherungsträger nicht über. Die Kosten einer Krankenbehandlung sind mit dem doppelten Betrag der für die Gewährung der ärztlichen Hilfe erwachsenen Kosten abzugelten.

(2) Der Versicherungsträger kann Ersatzbeträge, die der Ersatzpflichtige dem Versicherten (Familienangehörigen bzw. Angehörigen) oder seinen Hinterbliebenen in Unkenntnis des Überganges des Anspruches gemäß Abs. 1 geleistet hat, auf die nach diesem Bundesgesetz zustehenden Leistungsansprüche ganz oder zum Teil anrechnen. Soweit hienach Ersatzbeträge angerechnet werden, erlischt der gemäß Abs. 1 auf den Versicherungsträger übergegangene Ersatzanspruch gegen den Ersatzpflichtigen.

(3) Der Versicherungsträger kann einen im Sinne der Abs. 1 und 2 auf ihn übergegangenen Schadenersatzanspruch gegen eine Person, die als Dienstnehmer im Zeitpunkt des schädigenden Ereignisses in demselben Betrieb wie der Verletzte oder Getötete beschäftigt war, nur geltend machen, wenn

- a) der Dienstnehmer den Versicherungsfall vorsätzlich oder grob fahrlässig verursacht hat oder
- b) der Versicherungsfall durch ein Verkehrsmittel verursacht wurde, für dessen Betrieb auf Grund gesetzlicher Vorschrift eine erhöhte Haftpflicht besteht.

In den Fällen der lit. b kann der Versicherungsträger den Schadenersatzanspruch unbeschadet der Bestimmungen des § 191 über das Zusammentreffen von Schadenersatzansprüchen verschiedener Versicherungsträger und den Vorrang eines gerichtlich festgestellten Schmerzensgeldanspruches nur bis zur Höhe der aus einer bestehenden Haftpflichtversicherung zur Verfügung stehenden Versicherungssumme geltend machen, es sei denn, daß der Versicherungsfall durch den Dienstnehmer vorsätzlich oder grob fahrlässig verursacht worden ist.

Konkurrenz von Ersatzansprüchen mehrerer Versicherungsträger

§ 191. Trifft ein Ersatzanspruch des Versicherungsträgers mit Ersatzansprüchen anderer Träger der Sozialversicherung aus demselben Ereignis zusammen und übersteigen diese Ersatzansprüche zusammen die aus einer bestehenden Haftpflichtversicherung zur Verfügung stehende Versicherungssumme, so sind sie aus dieser unbeschadet der weiteren Haftung des Ersatzpflichtigen im Verhältnis ihrer Ersatzforderungen zu befriedigen. Ein gerichtlich festgestellter Schmerzensgeldanspruch geht hierbei den Ersatzansprüchen der Versicherungsträger im Range vor.

Verjährung der Ersatzansprüche

§ 192. Für die Verjährung der Ersatzansprüche nach diesem Bundesgesetz gelten die Bestimmungen des § 1489 des Allgemeinen Bürgerlichen Gesetzbuches.

ABSCHNITT IV

Beziehungen zu den Vertragspartnern

§ 193. Hinsichtlich der Beziehungen des Versicherungsträgers zu den Ärzten, Dentisten, Hebammen, Apothekern, Krankenanstalten und anderen Vertragspartnern gelten die Bestimmungen des Sechsten Teiles des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes mit der Maßgabe, daß

1. der gemäß § 340 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes eingerichtete Bundesärzteausschuß auch grundsätzliche Fragen, welche die Beziehungen zwischen dem Versicherungsträger und den freiberuflich tätigen Ärzten betreffen, insbesondere die abzuschließenden Gesamtverträge, zu beraten hat;

2. die Beziehungen des Versicherungsträgers zu den freiberuflich tätigen Ärzten durch einen Gesamtvertrag geregelt werden, der für den Versicherungsträger durch den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger mit der Österreichischen Ärztekammer abzuschließen ist und der Zustimmung des Versicherungsträgers bedarf;

3. die gemäß § 342 Abs. 2 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes zu treffenden Vereinbarungen über die Vergütung der ärztlichen Tätigkeit nach Einzelleistungen nach einem bundeseinheitlichen Tarif zu erfolgen haben;

4. die Bestimmungen des § 343 a des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes entsprechend auch auf die Durchführung der Untersuchungen gemäß den §§ 88 und 89 anzuwenden sind;

5. die für jedes Land gemäß § 345 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes errichtete Landesschiedskommission bzw. die gemäß § 346 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes errichtete Bundeschiedskommission auch zuständig ist, wenn am Verfahren der Versicherungsträger beteiligt ist;

6. die Bestimmungen des § 350 Abs. 2 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes auch auf Verschreibungen von Heilmitteln in den Fällen des § 85 Abs. 2 lit. b anzuwenden sind.

ABSCHNITT V

Verfahren

§ 194. (1) Hinsichtlich des Verfahrens zur Durchführung dieses Bundesgesetzes gelten die Bestimmungen des Siebenten Teiles des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes mit der Maßgabe, daß

1. zur Gewährung der Rechts- und Verwaltungshilfe im Sinne des § 360 Abs. 1 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes, insbesondere in Beitragsangelegenheiten auch die Kammern, die als gesetzliche berufliche Vertretungen der gemäß den §§ 2 und 3 Versicherten in Betracht kommen, verpflichtet sind; die Kammern sind insbesondere verpflichtet, dem Versicherungsträger auch unaufgefordert alle zur Durchführung der Versicherung erforderlichen Mit-

teilungen über ihre Mitglieder zu machen. Beginn und Ende der Kammermitgliedschaft eines jeden Mitgliedes sind dem Versicherungsträger unverzüglich bekanntzugeben;

2. an Stelle der im § 361 Abs. 2 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes angeführten Kostenersätze die Kostenersätze gemäß § 85 Abs. 2 lit. b und c zu treten haben und diese Kostenersätze von den gemäß § 77 Abs. 1 bezugsberechtigten Personen beantragt werden können;

3. bei jedem Schiedsgericht je eine eigene Abteilung für die Angelegenheiten der Krankenversicherung und der Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz zu bilden ist;

4. beide Beisitzer dem Kreis der Versicherten oder dem Kreis der Funktionäre und Angestellten ihrer gesetzlichen beruflichen Vertretung oder kollektivvertragsfähigen Berufsvereinigung angehören;

5. die Beisitzer auf Grund von Vorschlägen der örtlich und sachlich zuständigen gesetzlichen beruflichen Vertretungen der nach diesem Bundesgesetz Pflichtversicherten zu berufen sind;

6. zur Vertretung vor den Schiedsgerichten außer Rechtsanwälten zuzulassen sind:

- a) handlungsfähige nahe Angehörige, und zwar der Ehegatte sowie Eltern, Großeltern, Kinder, Schwiegerkinder, Enkel und Geschwister der Partei oder ihres Ehegatten;
- b) Bevollmächtigte der gesetzlichen beruflichen Vertretung oder kollektivvertragsfähigen Berufsvereinigung, die nach ihrem Wirkungsbereich für die Partei in Betracht kommt oder im Falle des Aufenthaltes im Inland in Betracht käme;
- c) bei juristischen Personen auch ein Mitglied eines geschäftsführenden Organes oder ein eigener Angestellter;
- d) beim Versicherungsträger überdies ein Mitglied eines geschäftsführenden Organes oder ein Angestellter eines anderen Sozialversicherungsträgers oder des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger.

(2) Ist im Verfahren vor dem Versicherungsträger oder vor den Verwaltungsbehörden über die Versicherungspflicht strittig, ob eine freiberufliche Tätigkeit als bildender Künstler im Sinne des § 3 Abs. 3 Z. 4 gegeben ist, ist ein Gutachten des Bundesministeriums für Unterricht und Kunst einzuholen. In allen jenen Fällen, in denen keine vom Bundesminister für Unterricht und Kunst im Einvernehmen mit dem Bundesminister für soziale Verwaltung durch Verordnung bezeichnete Kunstschule absolviert wurde, hat das Bundesministerium für Unterricht und Kunst eine Kommission zu hören. Diese Kommission besteht aus einem Vertreter des Bundesministeriums für Unterricht und Kunst als Vorsitzenden und sechs Mitgliedern von Vereinigungen bildender Künstler. Die näheren Bestimmungen über die Errichtung und Tätigkeit der Kommission

sowie über die Bestellung ihrer Mitglieder werden durch Verordnung des Bundesministers für Unterricht und Kunst im Einvernehmen mit dem Bundesminister für soziale Verwaltung getroffen. Diese Verordnung hat auch ein Verzeichnis der Vereinigungen bildender Künstler zu enthalten, die zur Entsendung von Mitgliedern der Kommission berufen sind. Als solche kommen Vereinigungen bildender Künstler nicht in Betracht, die sich vorwiegend mit der Förderung von wirtschaftlichen Interessen befassen und deren Satzungen die Aufnahme von Personen zulassen, die keine Gewähr für eine schöpferische Kunstentfaltung bieten.

VIERTER TEIL

Aufbau der Verwaltung

ABSCHNITT I

Hauptstelle und Landesstellen

§ 195. (1) Die Verwaltung des Versicherungsträgers ist durch die Hauptstelle und durch Landesstellen zu führen.

(2) Die Hauptstelle ist am Sitz des Versicherungsträgers eingerichtet. Die Hauptstelle hat die Verwaltung des Versicherungsträgers zu führen, soweit nicht einzelne Aufgaben durch Gesetz oder Satzung den Landesstellen zugewiesen sind.

(3) Der Versicherungsträger führt die Verwaltung durch Landesstellen in Wien für das Land Wien, in Linz für das Land Oberösterreich, in Salzburg für das Land Salzburg, in Innsbruck für das Land Tirol, in Feldkirch für das Land Vorarlberg, in Klagenfurt für das Land Kärnten, in Graz für das Land Steiermark und in Eisenstadt für das Land Burgenland. Die Landesstelle für das Land Niederösterreich ist nach Maßgabe des Abs. 5 in Wien und in Baden bei Wien eingerichtet.

(4) Die Landesstellen haben unbeschadet des Abs. 5 für den Bereich ihres Sprengels folgende Aufgaben zu besorgen:

1. Entgegennahme der Meldungen;
2. Standesführung und Kontrolle der Versicherten und Leistungsempfänger;
3. Feststellung der Versicherungspflicht und der Versicherungsberechtigung;
4. Mitwirkung an der Vorschreibung, Einhebung und Eintreibung der Beiträge sowie der Kostenanteile;
5. Entgegennahme von Leistungsanträgen;
6. Feststellung der Leistungen aus der Krankenversicherung und Mitwirkung an der Feststellung aller übrigen Leistungen sowie Vorlage der Leistungsanträge an den zur Entscheidung zuständigen Verwaltungskörper;

7. Gewährung von Leistungen aus dem Unterstützungsfonds, soweit sie den Landesstellen durch die Satzung übertragen ist;

8. Mitwirkung an der Durchführung der Rehabilitation und der Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge sowie zur Festigung der Gesundheit;

9. Mitwirkung bei der Durchführung der Gesamtverträge und der damit verbundenen Kontroll- und Verrechnungstätigkeit;

10. Bestellung von Bevollmächtigten zur Vertretung des Versicherungsträgers bei dem für ihren Sprengel in Betracht kommenden Schiedsgericht der Sozialversicherung und beim Landeshauptmann sowie bei anderen Behörden für das in Betracht kommende Land;

11. Verwaltung des Liegenschaftsvermögens der aufgelösten Gewerblichen Selbständigenkrankenkassen, die im Bereich ihres Sprengels ihren Sitz hatten.

(5) Die Landesstelle für Niederösterreich hat an ihrem Sitz in Baden bei Wien für den Bereich ihres Sprengels folgende Aufgaben zu besorgen:

1. im Bereich der Kranken- und Pensionsversicherung
 - a) Standesführung der Versicherten;
 - b) Feststellung der Versicherungspflicht und der Versicherungsberechtigung;
 - c) Mitwirkung an der Vorschreibung, Einhebung und Eintreibung der Beiträge;
2. im Bereich der Krankenversicherung
 - a) Entgegennahme der Meldungen und Kontrolle der Versicherten und Leistungsempfänger;
 - b) Mitwirkung an der Vorschreibung, Einhebung und Eintreibung der Kostenanteile;
 - c) Entgegennahme von Leistungsanträgen und Feststellung der Leistungen.

Die Besorgung aller übrigen den Landesstellen gemäß Abs. 4 zustehenden Aufgaben hat die Landesstelle für Niederösterreich an ihrem Sitz in Wien vorzunehmen. Die Satzung des Versicherungsträgers kann auf Antrag des Landesstellenausschusses für Niederösterreich bestimmen, daß alle oder bestimmte der unter Z. 1 und 2 genannten Aufgaben der Landesstelle an ihrem Sitz in Wien besorgt werden, wenn dies der Verwaltungsvereinfachung dient und Interessen der Versicherten nicht entgegenstehen.

(6) Durch die Satzung können auch andere als die in Abs. 4 angeführten Angelegenheiten wegen eines besonderen Naheverhältnisses zu den Versicherten den Landesstellen übertragen werden.

(7) Die örtliche Zuständigkeit der Landesstelle richtet sich nach dem Standort des Betriebes bzw. in Ermangelung eines solchen nach dem Wohnsitz des Versicherten.

ABSCHNITT II

Verwaltungskörper

Arten der Verwaltungskörper

§ 196. (1) Die Verwaltungskörper des Versicherungsträgers sind:

1. die Hauptversammlung;

2. der Vorstand;
3. der Überwachungsausschuß;
4. der Pensionsausschuß sowie der Rehabilitationsausschuß bzw.; wenn gemäß Abs. 2 mehrere Pensionsausschüsse errichtet werden, die Pensionsausschüsse;

5. die Landesstellenausschüsse.

(2) Am Sitz des Versicherungsträgers ist für das gesamte Gebiet der Republik Österreich ein Pensionsausschuß zu errichten. Durch die Satzung kann bestimmt werden, daß nach Bedarf auch mehrere Pensionsausschüsse am Sitz des Versicherungsträgers für das gesamte Gebiet der Republik Österreich errichtet werden.

(3) Am Sitz des Versicherungsträgers ist für das gesamte Gebiet der Republik Österreich ein Rehabilitationsausschuß zu errichten.

Versicherungsvertreter

§ 197. (1) Die Verwaltungskörper bestehen, soweit in diesem Bundesgesetz nichts anderes vorgesehen ist, aus Vertretern der Versicherten.

(2) Versicherungsvertreter können nur österreichische Staatsbürger sein, die nicht vom Wahlrecht in die gesetzgebenden Organe ausgeschlossen sind, am Tag der Berufung das 24. Lebensjahr vollendet und ihren Wohnort oder Betriebssitz im Gebiet der Republik Österreich haben. Sie müssen entweder seit mindestens sechs Monaten in Österreich eine die Pflichtversicherung in der Kranken- bzw. Pensionsversicherung nach diesem Bundesgesetz begründende selbständige Erwerbstätigkeit ausüben oder Vorstandsmitglieder oder Bedienstete einer gesetzlichen beruflichen Vertretung oder einer Berufsvereinigung der nach diesem Bundesgesetz pflichtversicherten selbständig Erwerbstätigen sein.

(3) Jeder Versicherungsvertreter muß, sofern es sich nicht um ein Vorstandsmitglied oder um einen Bediensteten einer gesetzlichen beruflichen Vertretung oder einer Berufsvereinigung der nach diesem Bundesgesetz pflichtversicherten selbständig Erwerbstätigen handelt, im Zeitpunkt seiner Entsendung dem Versicherungsträger als Pflichtversicherter oder als freiwillig Versicherter angehören.

(4) Kein Mitglied eines Verwaltungskörpers darf in diesem mehr als eine Stimme führen.

(5) Die Mitglieder der Verwaltungskörper versehen ihr Amt auf Grund einer öffentlichen Verpflichtung als Ehrenamt; ihre Tätigkeit in Ausübung dieses Amtes begründet kein Dienstverhältnis zum Versicherungsträger. Den Mitgliedern der Verwaltungskörper, ferner den aus ihrer Funktion ausgeschiedenen Obmännern, Obmann-Stellvertretern, Vorsitzenden und Vorsitzenden-Stellvertretern des Überwachungsausschusses, Vorsitzenden und Vorsitzenden-Stellvertretern der Landesstellenausschüsse sowie den Hinterbliebenen der genannten

Funktionäre können jedoch Entschädigungen gewährt werden. Die Entscheidung über die Gewährung der Entschädigungen sowie über ihr Ausmaß obliegt dem Vorstand. Der Bundesminister für soziale Verwaltung hat hiefür nach Anhörung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger Grundsätze aufzustellen und für verbindlich zu erklären; in diesen Grundsätzen sind einheitliche Höchstsätze für Reisekostenentschädigungen und Sitzungsgelder sowie unter Berücksichtigung des örtlichen Wirkungsbereiches, der Zahl der Versicherten und der Dauer der Funktionsausübung

a) Höchstsätze für die Funktionsgebühren der Mitglieder der Verwaltungskörper festzusetzen und

b) das Höchstausschlag und die Voraussetzungen für die Gewährung von Entschädigungen an ausgeschiedene Funktionäre bzw. deren Hinterbliebenen in der Weise zu regeln, daß die Gewährung der Entschädigung unter Bedachtnahme auf die Richtlinien für die pensionsrechtlichen Verhältnisse der Sozialversicherungsbediensteten von der Erreichung eines bestimmten Anfallsalters sowie von einer Mindestdauer der Ausübung der Funktion abhängig gemacht wird; ferner ist vorzusehen, daß auf die Entschädigung alle Einkünfte des ausgeschiedenen Funktionärs bzw. der Hinterbliebenen mit Ausnahme der Pension aus der gesetzlichen Sozialversicherung anzurechnen sind; nicht anzurechnen ist ferner ein Ruhe- oder Versorgungsgenuß von einer öffentlich-rechtlichen Gebietskörperschaft, insoweit er nach Art und Ausmaß mit einer Pension aus der gesetzlichen Sozialversicherung vergleichbar ist.

(6) Personen, über deren Vermögen der Konkurs oder das Ausgleichsverfahren eröffnet ist, sind vom Amt eines Versicherungsververtreters auszuschließen.

(7) Bedienstete von Sozialversicherungsträgern und des Hauptverbandes sowie Personen, die mit diesen Stellen in regelmäßigen geschäftlichen Beziehungen stehen, können nicht Versicherungsvertreter sein.

Bestellung der Versicherungsvertreter

§ 198. (1) Die Versicherungsvertreter sind von den sachlich zuständigen gesetzlichen beruflichen Vertretungen der nach diesem Bundesgesetz Versicherten in die Verwaltungskörper des Versicherungsträgers zu entsenden. Bestehen solche Interessenvertretungen nicht, so sind die Versicherungsvertreter vom Bundesminister für soziale Verwaltung zu entsenden.

(2) Der Bundesminister für soziale Verwaltung hat die auf die einzelnen entsendeberechtigten Stellen entfallende Zahl von Versicherungsver Vertretern unter Bedachtnahme auf die durchschnittliche Zahl der Versicherten in den einzelnen Stellen zugehörigen Versichertengruppen festzusetzen. Die Aufteilung gilt jeweils für die betreffende Amtsdauer.

(3) Der Bundesminister für soziale Verwaltung hat die in Betracht kommenden entsendeberechtigten Stellen aufzufordern, die Vertreter innerhalb einer angemessenen Frist, die mindestens einen Monat zu betragen hat, zu entsenden. Werden die Vertreter innerhalb dieser Frist nicht entsendet, so hat sie der Bundesminister für soziale Verwaltung zu bestellen, ohne an einen Vorschlag gebunden zu sein.

(4) Vor Aufteilung der Zahl der Versicherungsvertreter im Sinne des Abs. 2 ist den in Betracht kommenden entsendeberechtigten Stellen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

(5) Für jedes Mitglied eines Verwaltungskörpers ist gleichzeitig mit dessen Bestellung und auf dieselbe Art ein Stellvertreter zu bestellen. Dieser hat das Mitglied zu vertreten, wenn es zeitweilig an der Ausübung seiner Funktion verhindert ist. Für die Mitglieder des Pensionsausschusses (der Pensionsausschüsse) können nach Bedarf auch mehrere Stellvertreter bestellt werden.

(6) Scheidet ein Mitglied oder ein Stellvertreter dauernd aus, so hat die Stelle, die den Ausgeschiedenen bestellt hat, für den Rest der Amtsdauer ein neues Mitglied (einen neuen Stellvertreter) zu bestellen.

Ablehnung des Amtes

§ 199. Das Amt eines Versicherungsvertreters darf nur aus wichtigen Gründen abgelehnt werden. Nach mindestens zweijähriger Amtsführung kann eine Wiederbestellung für die nächste Amtsdauer abgelehnt werden.

Enthebung von Versicherungsvertretern

§ 200. (1) Ein Versicherungsvertreter ist seines Amtes zu entheben:

1. wenn Tatsachen bekannt werden, die seine Bestellung ausschließen würden;
2. wenn sich der Versicherungsvertreter seinen Pflichten entzieht;
3. unbeschadet der Bestimmung des § 197 Abs. 2 zweiter Satz, wenn ein Versicherungsvertreter seit mehr als drei Monaten aufgehört hat, der Gruppe der Versicherten anzugehören, für die er bestellt wurde;
4. wenn ein wichtiger Grund zur Enthebung vorliegt und der Versicherungsvertreter seine Enthebung unter Berufung darauf beantragt.

Vor der Enthebung des Versicherungsvertreters gemäß Z. 4 ist die zur Entsendung berufene Stelle anzuhören.

(2) Die Enthebung des Obmannes und der Vorsitzenden des Überwachungsausschusses und der Landesstellenausschüsse sowie deren Stellvertreter steht dem Bundesminister für soziale Verwaltung als Aufsichtsbehörde, die der sonstigen Mitglieder des Überwachungsausschusses dem Vorsitzenden dieses Ausschusses, die der sonstigen Versicherungsvertreter dem Obmann zu.

(3) Der Bundesminister für soziale Verwaltung als Aufsichtsbehörde kann Versicherungsvertreter auf begründeten Antrag der zur Entsendung berufenen Stelle ihres Amtes entheben.

(4) Vor der Enthebung eines Versicherungsvertreters gemäß Abs. 1 Z. 1 bis 3, Abs. 2 und 3 ist diesem Gelegenheit zur Äußerung zu geben und gleichzeitig die zur Entsendung berufene Stelle zu verständigen. Dem vom Obmann oder vom Vorsitzenden des Überwachungsausschusses Enthobenen steht das Recht der Beschwerde zu. Sie ist binnen zwei Wochen nach Zustellung des Beschlusses über die Enthebung beim Bundesminister für soziale Verwaltung als Aufsichtsbehörde einzubringen. Dieser entscheidet endgültig.

(5) Der Bundesminister für soziale Verwaltung als Aufsichtsbehörde hat dem Antrag einer zur Entsendung berufenen gesetzlichen beruflichen Vertretung auf Enthebung der von dieser entsendeten Versicherungsvertreter zu entsprechen, wenn der Antrag aus dem Grunde der Neuwahl in die betreffende gesetzliche berufliche Vertretung innerhalb von sechs Monaten nach der Neuwahl gestellt wird. In diesem Fall entfällt die Anhörung der zu enthebenden Versicherungsvertreter.

(6) Ist das Mitglied eines Verwaltungskörpers gleichzeitig auch Mitglied eines anderen Verwaltungskörpers beim Versicherungsträger (§ 203 Abs. 2), so erstreckt sich die Enthebung auch auf das Amt im anderen Verwaltungskörper.

Haftung der Versicherungsvertreter

§ 201. Die Mitglieder der Verwaltungskörper haften unbeschadet der Bestimmungen des Amtshaftungsgesetzes für jeden Schaden, der dem Versicherungsträger aus der Vernachlässigung ihrer Pflichten erwächst. Der Versicherungsträger kann auf Ansprüche aus der Haftung nur mit Genehmigung des Bundesministers für soziale Verwaltung als Aufsichtsbehörde verzichten. Macht der Versicherungsträger trotz mangelnder Genehmigung die Haftung nicht geltend, so kann der Bundesminister für soziale Verwaltung als Aufsichtsbehörde die Haftung an Stelle und auf Kosten des Versicherungsträgers geltend machen.

Amtsdauer

§ 202. Die Amtsdauer der Verwaltungskörper währt jeweils fünf Jahre. Nach Ablauf der Amtsdauer hat der alte Verwaltungskörper die Geschäfte so lange weiterzuführen, bis der neue Verwaltungskörper zusammentritt. Die Zeit der Weiterführung der Geschäfte durch den alten Verwaltungskörper zählt auf die fünfjährige Amtsdauer des neuen Verwaltungskörpers.

Zusammensetzung der Verwaltungskörper

§ 203. (1) Die Zahl der Versicherungsvertreter beträgt:

- | | |
|---|------|
| 1. in der Hauptversammlung | 120, |
| 2. im Vorstand | 30, |
| 3. im Überwachungsausschuß | 12, |
| 4. in jedem Landesstellenausschuß | 10. |

(2) Die Mitglieder des Vorstandes, des Überwachungsausschusses und der Landesstellenausschüsse sowie die Versicherungsvertreter im Pensionsausschuß (in den Pensionsausschüssen) und im Rehabilitationsausschuß gehören gleichzeitig der Hauptversammlung an. Ihre Zahl ist auf die Zahl der Versicherungsvertreter in der Hauptversammlung in der Gruppe anzurechnen, der sie im Vorstand bzw. im Überwachungsausschuß, Landesstellenausschuß oder Pensionsausschuß bzw. Rehabilitationsausschuß angehören. Die Vorsitzenden der Landesstellenausschüsse sind gleichzeitig Mitglieder des Vorstandes.

(3) Der Pensionsausschuß (bei Errichtung mehrerer Pensionsausschüsse jeder Pensionsausschuß) sowie der Rehabilitationsausschuß bestehen aus zwei Vertretern der Versicherten, die weder dem Vorstand noch den Landesstellenausschüssen angehören dürfen, und einem vom Obmann bestimmten Bediensteten des Versicherungsträgers.

Vorsitz in den Verwaltungskörpern

§ 204. (1) Den Vorsitz in der Hauptversammlung und im Vorstand hat der vom Vorstand auf dessen Amtsdauer gewählte Obmann zu führen. Der Obmann muß der Anstalt nicht als Versicherter angehören.

(2) Gleichzeitig mit dem Obmann sind zwei Stellvertreter zu wählen. Die Bestimmung des zweiten Satzes des Abs. 1 ist entsprechend anzuwenden.

(3) Den Vorsitzenden des Überwachungsausschusses hat der Ausschuß aus seiner Mitte zu wählen. Gleichzeitig ist ein Stellvertreter des Vorsitzenden zu wählen.

(4) Die Landesstellenausschüsse haben aus ihrer Mitte die Vorsitzenden zu wählen. Gleichzeitig sind zwei Stellvertreter des Vorsitzenden zu wählen.

(5) Den Vorsitz im Pensionsausschuß und im Rehabilitationsausschuß hat abwechselnd einer der beiden Vertreter der Versicherten zu führen.

Angelobung der Versicherungsvertreter

§ 205. (1) Der Obmann und seine Stellvertreter sind vom Bundesminister für soziale Verwaltung bei Antritt ihres Amtes in Eid und Pflicht zu nehmen. Das gleiche gilt für die Vorsitzenden des Überwachungsausschusses und der Landesstellenausschüsse sowie für ihre Stellvertreter.

(2) Die übrigen Versicherungsvertreter hat der Obmann bzw. der vorläufige Verwalter beim Antritt

ihres Amtes auf Gehorsam gegen die Gesetze der Republik Österreich, Amtsverschwiegenheit sowie gewissenhafte und unparteiische Ausübung ihres Amtes zu verpflichten.

ABSCHNITT III

Aufgaben der Verwaltungskörper

Aufgaben der Hauptversammlung

§ 206. (1) Die Hauptversammlung hat jährlich mindestens einmal zusammenzutreten. Sie ist vom Vorstand einzuberufen. Ihr ist jedenfalls vorbehalten:

1. die Beschlußfassung über den Jahresvoranschlag (Haushaltsplan);

2. die Beschlußfassung über den aus dem Rechnungsabschluß und den statistischen Nachweisungen bestehenden Jahresbericht des Vorstandes und über die Entlastung des Vorstandes sowie der ständigen Ausschüsse gemäß § 225 Abs. 2;

3. die Beschlußfassung über allfällige Zuweisungen an den Unterstützungsfonds;

4. die Beschlußfassung über die Satzung und deren Änderung;

5. die Entscheidung über die Verfolgung von Ansprüchen, die dem Versicherungsträger gegen Mitglieder der Verwaltungskörper aus deren Amtsführung erwachsen, und die Bestellung der zur Verfolgung dieser Ansprüche Beauftragten.

(2) Über die im Abs. 1 Z. 2 und 4 genannten Gegenstände kann nur mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der abgegebenen Stimmen gültig Beschluß gefaßt werden. Der Bundesminister für soziale Verwaltung als Aufsichtsbehörde kann eine vorläufige Verfügung treffen, wenn innerhalb einer von ihm festgesetzten Frist ein gültiger Beschluß der Hauptversammlung über die Satzung und deren Änderung nicht zustande kommt. Die vorläufige Verfügung des Bundesministers für soziale Verwaltung als Aufsichtsbehörde tritt außer Kraft, sobald ein gesetzmäßiger gültiger Beschluß der Hauptversammlung über die Satzung bzw. deren Änderung gefaßt und dem Bundesminister für soziale Verwaltung als Aufsichtsbehörde zur Kenntnis gebracht worden ist. Bei Ablehnung der Entlastung hat der Bundesminister für soziale Verwaltung als Aufsichtsbehörde zu entscheiden.

Aufgaben des Vorstandes und seiner Ausschüsse

§ 207. (1) Dem Vorstand obliegt die Geschäftsführung, soweit diese nicht durch Gesetz oder Satzung anderen Verwaltungskörpern oder Einrichtungen zugewiesen ist. Er kann unbeschadet seiner eigenen Verantwortlichkeit und der Bestimmung des Abs. 2 einzelne seiner Obliegenheiten engeren Ausschüssen oder dem Obmann (Obmannstellvertreter), ebenso die Besorgung bestimmter laufender Angelegenheiten dem Büro des Versicherungsträgers übertragen.

(2) Der Vorstand hat den Versicherungsträger im Rahmen seiner Geschäftsbefugnisse gerichtlich und außergerichtlich zu vertreten; insoweit hat er die Stellung eines gesetzlichen Vertreters.

(3) Die Satzung hat zu bestimmen, inwieweit die Vorsitzenden und andere Mitglieder der geschäftsführenden Verwaltungskörper den Versicherungsträger vertreten können.

(4) Zum Nachweis der Vertretungsbefugnis genügt eine Bescheinigung des Bundesministers für soziale Verwaltung als Aufsichtsbehörde.

Aufgaben des Überwachungsausschusses

§ 208. (1) Der Überwachungsausschuß ist berufen, die gesamte Gebarung des Versicherungsträgers ständig zu überwachen, zu diesem Zweck insbesondere die Buch- und Kassenführung und den Rechnungsabschluß zu überprüfen, über seine Wahrnehmungen Bericht zu erstatten und die entsprechenden Anträge zu stellen.

(2) Der Vorstand und der leitende Angestellte des Versicherungsträgers sind verpflichtet, dem Überwachungsausschuß alle Aufklärungen zu geben und alle Belege und Behelfe vorzulegen, die er zur Ausübung seiner Tätigkeit benötigt. Dem Überwachungsausschuß ist vor der Beschlußfassung über den Jahresvoranschlag Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

(3) Der Überwachungsausschuß ist berechtigt, an den Sitzungen des Vorstandes durch drei Vertreter mit beratender Stimme teilzunehmen. Er ist deshalb von jeder Vorstandssitzung ebenso in Kenntnis zu setzen wie die Mitglieder des Vorstandes; in gleicher Weise ist er auch mit den den Vorstandsmitgliedern etwa zur Verfügung gestellten Behelfen (Tagesordnung, Ausweisen, Berichten und anderen Behelfen) zu beteiligen. Das gleiche Recht steht dem Vorstand hinsichtlich der Sitzungen des Überwachungsausschusses zu.

(4) Auf Begehren des Vorstandes hat der Überwachungsausschuß seine Anträge samt deren Begründung dem Vorstand auch schriftlich ausgefertigt zu übergeben. Der Überwachungsausschuß ist berechtigt, seine Ausführungen binnen drei Tagen nach der durch den Vorstand erfolgten Beschlußfassung zu ergänzen. Handelt es sich um Beschlüsse des Vorstandes, die zu ihrem Vollzug der Genehmigung des Bundesministers für soziale Verwaltung als Aufsichtsbehörde bedürfen, so hat er dem Ansuchen um Erteilung dieser Genehmigung die Ausführungen des Überwachungsausschusses beizuschließen.

(5) Der Überwachungsausschuß kann mit Zweidrittelmehrheit die Einberufung einer außerordentlichen Hauptversammlung beschließen. Der Obmann ist verpflichtet, einen solchen Beschluß des Überwachungsausschusses ohne Verzug zu vollziehen.

(6) Beschließt die Hauptversammlung ungeachtet eines Antrages des Überwachungsausschusses auf Verfolgung von Ansprüchen gegen Mitglieder des

Vorstandes von einer Verfolgung abzusehen, so hat der Überwachungsausschuß hievon den Bundesminister für soziale Verwaltung als Aufsichtsbehörde in Kenntnis zu setzen. Dieser kann in einem solchen Fall auf Antrag des Überwachungsausschusses dessen Vorsitzenden beauftragen, die Verfolgung namens des Versicherungsträgers einzuleiten.

Gemeinsame Aufgaben des Vorstandes und des Überwachungsausschusses; Aufgaben des erweiterten Vorstandes

§ 209. (1) In nachstehenden Angelegenheiten hat der Vorstand im Einverständnis mit dem Überwachungsausschuß vorzugehen:

1. bei der dauernden Veranlagung von Vermögensbeständen, insbesondere bei der Erwerbung, Belastung oder Veräußerung von Liegenschaften;

2. bei der Errichtung von Gebäuden, die Zwecken der Verwaltung, der Krankenbehandlung, der Anstaltspflege, der Jugendlichen- und Gesundenuntersuchungen, der Rehabilitation, der Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit, der Krankheitsverhütung oder der Gesundheitsvorsorge dienen sollen sowie bei der Schaffung von derartigen Zwecken dienenden Einrichtungen in eigenen oder fremden Gebäuden; das gleiche gilt auch für die Erweiterung von Gebäuden oder Einrichtungen, soweit es sich nicht nur um die Erhaltungs- oder Instandsetzungsarbeiten oder um die Erneuerung des Inventars handelt;

3. bei der Bestellung, Kündigung und Entlassung des leitenden Angestellten und des leitenden Arztes sowie deren ständiger Stellvertreter;

4. bei der Regelung der dienst-, besoldungs- und pensionsrechtlichen Verhältnisse der Bediensteten und bei der Systemisierung von Dienststellen;

5. beim Abschluß von Verträgen mit den im Dritten Teil des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes bezeichneten und sonstigen Vertragspartnern, wenn diese Verträge eine wesentliche dauernde Belastung des Versicherungsträgers herbeiführen;

6. bei der Erstellung von Richtlinien für den Unterstützungsfonds (§ 44).

(2) Kommt ein Einverständnis in den im Abs. 1 bezeichneten Angelegenheiten nicht zustande, so ist hierüber in gemeinsamer Sitzung des Vorstandes und des Überwachungsausschusses, bei der der Obmann den Vorsitz führt (erweiterter Vorstand), Beschluß zu fassen. Für die Gültigkeit eines solchen Beschlusses ist die Mehrheit von zwei Dritteln der abgegebenen Stimmen erforderlich.

(3) Kommt ein gültiger Beschluß des erweiterten Vorstandes gemäß Abs. 2 nicht zustande, so hat der Obmann den Sachverhalt unter Anschluß der erforderlichen Unterlagen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger mitzuteilen. Der Hauptverband hat das Einvernehmen mit dem Versicherungsträger herzustellen, um eine gültige Beschlußfassung im Bereich des Versicherungsträgers herbeizuführen. Kommt eine solche

auch auf diese Weise nicht zustande, so kann der Obmann, wenn wichtige Interessen des Versicherungsträgers gefährdet erscheinen, die Angelegenheit dem Bundesminister für soziale Verwaltung zur Entscheidung vorlegen. Ein vom Bundesminister für soziale Verwaltung genehmigter Beschluß des Vorstandes ist zu vollziehen, auch wenn der Überwachungsausschuß nicht zugestimmt hat oder wenn ein gültiger Beschluß des erweiterten Vorstandes nicht zustande gekommen ist.

(4) Der Bundesminister für soziale Verwaltung kann in den im Abs. 1 Z. 3 bis 5 bezeichneten Angelegenheiten eine vorläufige Verfügung treffen, wenn innerhalb einer von ihm festgesetzten Frist gültige einverständliche Beschlüsse des Vorstandes und des Überwachungsausschusses oder ein gültiger Beschluß des erweiterten Vorstandes nicht zustande kommen. § 206 Abs. 2 vorletzter Satz ist entsprechend anzuwenden.

Aufgaben der Landesstellenausschüsse

§ 210. (1) Den Landesstellenausschüssen obliegt die Geschäftsführung hinsichtlich der den Landesstellen zugewiesenen Aufgaben. Der Landesstellenausschuß kann unbeschadet seiner eigenen Verantwortlichkeit einzelne seiner Obliegenheiten engeren Ausschüssen oder dem Vorsitzenden (seinem Stellvertreter), ebenso die Besorgung bestimmter laufender Angelegenheiten dem Büro der Landesstelle übertragen.

(2) Die Landesstellenausschüsse sind bei ihrer Geschäftsführung an die Beschlüsse des Vorstandes gebunden. Dieser kann auch Beschlüsse der genannten Ausschüsse aufheben oder abändern.

(3) Das Nähere über den Aufgabenbereich und die Beschlußfassung der Landesstellenausschüsse sowie über die Ausfertigung ihrer Beschlüsse hat die Satzung des Versicherungsträgers zu bestimmen.

Aufgaben des Pensionsausschusses (der Pensionsausschüsse)

§ 211. (1) Dem Pensionsausschuß (den Pensionsausschüssen) obliegt unbeschadet der Bestimmungen des § 212 die Feststellung der Leistungen der Pensionsversicherung sowie außerhalb des Leistungsfeststellungsverfahrens auch die Feststellung von Versicherungszeiten der Pensionsversicherung.

(2) Der Pensionsausschuß (bei Errichtung mehrerer Pensionsausschüsse jeder Pensionsausschuß) kann mit Zustimmung des Obmannes des Versicherungsträgers beschließen, daß genau zu bezeichnende Gruppen von Entscheidungsfällen, sofern nicht der Obmann im Einzelfall auf der Entscheidung des Pensionsausschusses besteht, ohne seine Mitwirkung vom Versicherungsträger mit Bürobescheid entschieden werden.

(3) Zur Gültigkeit von Beschlüssen des Pensionsausschusses (der Pensionsausschüsse) ist Einstimmigkeit erforderlich.

(4) Kommt kein einstimmiger Beschluß des Pensionsausschusses zustande, so steht die Entscheidung dem Vorstand des Versicherungsträgers zu, an den der Verhandlungsakt unter Darlegung der abweichenden Meinungen und ihrer Gründe abzutreten ist.

(5) Der Pensionsausschuß kann den Antrag auf Einleitung von Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge stellen. Über den Antrag entscheidet der Vorstand des Versicherungsträgers.

(6) Das Nähere über den Aufgabenbereich und über die Beschlußfassung des Pensionsausschusses (der Pensionsausschüsse) sowie über die Ausfertigung seiner (ihrer) Beschlüsse hat die Satzung des Versicherungsträgers zu bestimmen.

Aufgaben des Rehabilitationsausschusses

§ 212. (1) Dem Rehabilitationsausschuß (§ 196 Abs. 3) obliegt die Entscheidung über die Gewährung von Maßnahmen der Rehabilitation. Die Entscheidung soll auf der Grundlage eines Rehabilitationsplanes erfolgen und hat insbesondere die Art und die Dauer der Maßnahmen der Rehabilitation zu bezeichnen, von deren Gewährung die Erreichung des im § 157 angestrebten Zieles im Entscheidungsfall zu erwarten ist. Der Rehabilitationsausschuß hat die Durchführung der gewährten Maßnahmen der Rehabilitation zu beobachten und, falls dies im Entscheidungsfall erforderlich ist, mit der zuständigen Einrichtung (Dienststelle) im Sinne des § 166 Abs. 2 bzw., falls der Behinderte bei einem anderen Krankenversicherungsträger versichert ist, mit diesem das Einvernehmen herzustellen.

(2) § 211 Abs. 2 bis 6 gilt entsprechend.

Sitzungen

§ 213. (1) Die Sitzungen der Verwaltungskörper sind nicht öffentlich.

(2) Der ordnungsmäßig einberufene Verwaltungskörper, ausgenommen der Pensionsausschuß und der Rehabilitationsausschuß, ist bei Anwesenheit eines Vorsitzenden und von mindestens der Hälfte der Versicherungsvertreter beschlußfähig; die Beschlußfähigkeit des Pensionsausschusses und des Rehabilitationsausschusses ist nur bei Anwesenheit aller Mitglieder gegeben. Gehört der Vorsitzende dem Verwaltungskörper als Versicherungsvertreter an, so zählt er hiebei auf die erforderliche Mindestzahl von anwesenden Versicherungsvertretern.

(3) In den Sitzungen der Verwaltungskörper hat auch der Vorsitzende Stimmrecht, bei Stimmgleichheit gibt seine Stimme den Ausschlag, sofern dieses Bundesgesetz nichts anderes bestimmt.

(4) Verstoßen Beschlüsse eines Verwaltungskörpers gegen Gesetz oder Satzung, so hat der Vorsitzende deren Durchführung vorläufig aufzuschieben und die Entscheidung des Bundesministers für soziale Verwaltung als Aufsichtsbehörde einzuholen.

Teilnahme der Betriebsvertretung an den Sitzungen

§ 214. (1) An den Sitzungen der Hauptversammlung, des Vorstandes sowie der Landesstellenausschüsse und, soweit Angelegenheiten zur Erörterung stehen, die Belange der Bediensteten berühren, auch an den Sitzungen der ständigen Ausschüsse (§ 225 Abs. 2), ist die Betriebsvertretung des Versicherungsträgers mit zwei Vertretern mit beratender Stimme teilnahmeberechtigt.

(2) Das nach dem Arbeitsverfassungsgesetz, BGBl. Nr. 22/1974, in Betracht kommende Organ der Betriebsvertretung hat dem Obmann des Versicherungsträgers die für die Teilnahme an den Sitzungen der Verwaltungskörper vorgesehenen Vertreter namhaft zu machen. Diese Vertreter sind von jeder Sitzung des Verwaltungskörpers ebenso in Kenntnis zu setzen, wie die Mitglieder dieses Verwaltungskörpers; es sind ihnen auch die diesen zur Verfügung gestellten Behelfe (Tagesordnung, Ausweise, Berichte und andere Behelfe) zu übermitteln.

ABSCHNITT IV

Vermögensverwaltung

Jahresvoranschlag

§ 215. (1) Der Versicherungsträger hat für jedes Geschäftsjahr einen Voranschlag aufzustellen.

(2) Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr.

Rechnungsabschluß und Nachweisungen

§ 216. (1) Der Versicherungsträger hat für jedes Geschäftsjahr einen Rechnungsabschluß, der jedenfalls aus einer Erfolgsrechnung und aus einer Schlußbilanz zum Ende des Jahres bestehen muß, einen Geschäftsbericht und statistische Nachweisungen zu verfassen und dem Bundesministerium für soziale Verwaltung vorzulegen.

(2) In der Kranken- und Pensionsversicherung hat der Versicherungsträger für jede dieser Versicherungen die Erfolgsrechnung und die statistischen Nachweisungen getrennt zu erstellen. Gemeinsame Einnahmen und Ausgaben sind auf die genannten Versicherungen auf Grund eines Vorschlages des Versicherungsträgers, der der Zustimmung des Bundesministers für soziale Verwaltung bedarf, aufzuteilen.

(3) Wenn für ein Geschäftsjahr 2 v. H. der Erträge an Versicherungsbeiträgen in der Krankenversicherung, ausgenommen die Beiträge zur Zusatzversicherung (§ 31), die Aufwendungen der Jugendlichen- und Gesundenuntersuchungen einschließlich der Kosten für die Errichtung und den Betrieb der hiezu erforderlichen eigenen Einrichtungen bzw. der Bereitstellung entsprechender Vertragseinrichtungen für dieses Jahr übersteigen, ist der Unterschiedsbetrag

einer gesonderten Rücklage zuzuführen; hiebei sind die Erträge an Versicherungsbeiträgen um die gemäß § 447 f Abs. 5 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes zu leistenden Überweisungen zu vermindern. Diese Rücklage darf nur für Zwecke der Verlustdeckung verwendet werden. Ein Verlust entsteht, wenn die Aufwendungen der Jugendlichen- und Gesundenuntersuchungen für ein Geschäftsjahr 2 v. H. der Erträge an Versicherungsbeiträgen in der Krankenversicherung, ausgenommen die Beiträge zur Zusatzversicherung (§ 31) übersteigen.

(4) Der Bundesminister für soziale Verwaltung kann nach Anhörung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger Weisungen für die Rechnungsführung, Rechnungslegung sowie für die Erstellung des Jahresvoranschlages und des Jahresberichtes erlassen.

(5) Der Versicherungsträger hat die von der Hauptversammlung beschlossene Erfolgsrechnung binnen vier Monaten nach der Beschlußfassung in der Fachzeitschrift „Soziale Sicherheit“ zu verlautbaren.

Liquiditätsreserve

§ 217. (1) Der Versicherungsträger hat in der Pensionsversicherung durch Einlagen im Sinne des § 218 Abs. 1 Z. 4 eine kurzfristig verfügbare Liquiditätsreserve zu bilden. Die Liquiditätsreserve hat am Ende eines Geschäftsjahres ein Achtundzwanzigstel des Pensionsaufwandes dieses Jahres zu betragen (Sollbetrag).

(2) Solange der Sollbetrag nicht erreicht ist, ist jährlich mindestens ein Drittel des im Rechnungsabschluß nachgewiesenen Gebarungsüberschusses der Liquiditätsreserve zuzuführen.

(3) Bei Bedarf an flüssigen Mitteln zur Behebung einer vorübergehend ungünstigen Kassenlage ist vor anderen Maßnahmen die Liquiditätsreserve im notwendigen Ausmaß aufzulösen. Jede Verfügung über die Liquiditätsreserve bedarf der vorhergehenden Genehmigung durch den Bundesminister für soziale Verwaltung im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen. Sinkt durch Verfügungen über die Liquiditätsreserve deren Stand unter den Sollbetrag, so ist die Liquiditätsreserve nach Wegfall der vorübergehend ungünstigen Kassenlage in entsprechender Anwendung der Bestimmungen der Abs. 1 und 2 auf das Ausmaß des Sollbetrages zu erhöhen.

Vermögensanlage

§ 218. (1) Die zur Anlage verfügbaren Mittel des Versicherungsträgers sind zinsbringend anzulegen. Sie dürfen unbeschadet der Bestimmungen des § 219 nur angelegt werden:

1. in mündelsicheren, inländischen Wertpapieren;
2. in Darlehen, die nach den Bestimmungen des § 230 c ABGB zur Anlage von Mündelgeld geeignet sind;

3. in inländischen Liegenschaften, wenn deren Erwerb nach den Bestimmungen des § 230 d ABGB zur Anlegung von Mündelgeld geeignet ist;

4. in Einlagen bei Kreditunternehmen, die nach Art und Umfang ihres Geschäftsbetriebes, dem Verhältnis ihrer Eigenmittel zu den Gesamtverbindlichkeiten oder zufolge einer bestehenden besonderen Haftung ausreichende Sicherheit bieten.

(2) Der Versicherungsträger hat die zur Anlage gemäß Abs. 1 bestimmten Mittel auf die einzelnen Länder entsprechend verteilt anzulegen.

(3) Im übrigen kann eine von den Vorschriften des Abs. 1 und 2 abweichende Veranlagungsart nur für jeden einzelnen Fall gesondert vom Bundesminister für soziale Verwaltung im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen gestattet werden.

Genehmigungs(Anzeige)bedürftige Veränderungen von Vermögensbeständen

§ 219. (1) Jede Veränderung im Bestand von Liegenschaften, insbesondere die Erwerbung, Belastung oder Veräußerung von Liegenschaften, ferner die Errichtung oder Erweiterung von Gebäuden ist nur mit Genehmigung des Bundesministers für soziale Verwaltung im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen zulässig, wenn dem Rechtsgeschäft ein Betrag zugrunde liegt, der 5 v. T. der Erträge des Versicherungsträgers im letzten vorangegangenen Kalenderjahr übersteigt.

(2) Beschlüsse der Verwaltungskörper des Versicherungsträgers über die im Abs. 1 genannten Angelegenheiten, die der Genehmigung nicht bedürfen, sind binnen einem Monat nach Beschlußfassung dem Bundesminister für soziale Verwaltung gesondert anzuzeigen.

ABSCHNITT V

Aufsicht des Bundes

Aufsichtsbehörde

§ 220. (1) Der Versicherungsträger samt seinen Anstalten und Einrichtungen unterliegt der Aufsicht des Bundes. Die Aufsicht ist vom Bundesminister für soziale Verwaltung auszuüben.

(2) Der Bundesminister für soziale Verwaltung kann bestimmte Bedienstete des Bundesministeriums für soziale Verwaltung mit der Aufsicht über den Versicherungsträger betrauen. Der Bundesminister für Finanzen kann zu den Sitzungen der Verwaltungskörper des Versicherungsträgers einen Vertreter zur Wahrung der finanziellen Interessen des Bundes entsenden. Den mit der Ausübung der Aufsicht (mit der Wahrung der finanziellen Interessen des Bundes) betrauten Bediensteten können Aufwandsentschädigungen gewährt werden, deren Höhe der Bundesminister für soziale Verwaltung im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen festzusetzen hat.

(3) Der Vertreter der Aufsichtsbehörde kann gegen Beschlüsse eines Verwaltungskörpers, die gegen Gesetz oder Satzung verstoßen, der Vertreter des Bundesministers für Finanzen gegen Beschlüsse, die die finanziellen Interessen des Bundes berühren, Einspruch mit aufschiebender Wirkung erheben. Der Vorsitzende hat die Durchführung des Beschlusses, gegen den Einspruch erhoben worden ist, vorläufig aufzuschieben und die Entscheidung des Bundesministers für soziale Verwaltung als Aufsichtsbehörde, bei einem Einspruch des Vertreters des Bundesministers für Finanzen die Entscheidung des Bundesministers für soziale Verwaltung, die dieser im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen zu treffen hat, einzuholen.

Aufgaben der Aufsicht

§ 221. (1) Der Bundesminister für soziale Verwaltung als Aufsichtsbehörde hat die Gebarung des Versicherungsträgers dahin zu überwachen, daß Gesetz und Satzung sowie die darauf beruhenden sonstigen Rechtsvorschriften beachtet werden. Er kann seine Aufsicht auf Fragen der Zweckmäßigkeit erstrecken; er soll sich in diesem Fall auf wichtige Fragen beschränken und in das Eigenleben und die Selbstverantwortung des Versicherungsträgers nicht unnötig eingreifen. Die Aufsichtsbehörde kann in Ausübung des Aufsichtsrechtes Beschlüsse der Verwaltungskörper aufheben.

(2) Dem Bundesminister für soziale Verwaltung als Aufsichtsbehörde und dem Bundesminister für Finanzen sind auf Verlangen alle Bücher, Rechnungen, Belege, Urkunden, Wertpapiere, Schriften und sonstige Bestände vorzulegen und alle zur Ausübung des Aufsichtsrechtes geforderten Mitteilungen zu machen; alle Verlautbarungen sind den Bundesministern für soziale Verwaltung und für Finanzen unverzüglich zur Kenntnis zu bringen. Der Bundesminister für soziale Verwaltung kann die Satzung und Krankenordnung jederzeit überprüfen und Änderungen solcher Bestimmungen verlangen, die mit dem Gesetz in Widerspruch stehen oder dem Zwecke der Versicherung zuwiderlaufen. Wird diesem Verlangen nicht binnen drei Monaten entsprochen, so kann er die erforderlichen Verfügungen von Amts wegen treffen.

(3) Der Bundesminister für soziale Verwaltung als Aufsichtsbehörde kann verlangen, daß die Verwaltungskörper mit einer bestimmten Tagesordnung zu Sitzungen einberufen werden. Wird dem nicht entsprochen, so kann er die Sitzungen selbst anberaumen und die Verhandlungen leiten. Er kann zu allen Sitzungen Vertreter entsenden, denen beratende Stimme zukommt. Der Bundesminister für soziale Verwaltung, der mit der Aufsicht betraute Bedienstete der Aufsichtsbehörde und der Vertreter des Bundesministers für Finanzen sind von jeder Sitzung der Verwaltungskörper ebenso in Kenntnis zu setzen wie die Mitglieder dieser Verwaltungskör-

per; es sind ihnen auch die diesen zur Verfügung gestellten Behelfe (Tagesordnung, Ausweise, Berichte und andere Behelfe) zu übermitteln.

(4) Der Bundesminister für soziale Verwaltung als Aufsichtsbehörde und der Bundesminister für Finanzen, letzterer zur Wahrung der finanziellen Interessen des Bundes, sind berechtigt, den Versicherungsträger amtlichen Untersuchungen zu unterziehen, wobei sie sich der Mitwirkung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger sowie geeigneter Sachverständiger bedienen können.

Entscheidungsbefugnis

§ 222. Der Bundesminister für soziale Verwaltung als Aufsichtsbehörde hat unbeschadet der Rechte Dritter bei Streit über Rechte und Pflichten der Verwaltungskörper und deren Mitglieder sowie über die Auslegung der Satzung zu entscheiden.

Vorläufiger Verwalter

§ 223. (1) Der Bundesminister für soziale Verwaltung als Aufsichtsbehörde ist berechtigt, die Verwaltungskörper, wenn sie ungeachtet zweimaliger schriftlicher Verwarnung gesetzliche oder satzungsmäßige Bestimmungen außer Acht lassen, aufzulösen und die vorläufige Geschäftsführung und Vertretung vorübergehend einem vorläufigen Verwalter zu übertragen. Diesem ist ein Beirat zur Seite zu stellen, der aus Vertretern der Versicherten bestehen soll und dessen Aufgaben und Befugnisse vom Bundesminister für soziale Verwaltung bestimmt werden; die Vorschriften der §§ 197 Abs. 2 bis 7 und 205 Abs. 2 sind auf die Mitglieder des Beirates entsprechend anzuwenden. Der vorläufige Verwalter hat binnen acht Wochen vom Zeitpunkt seiner Bestellung an die nötigen Verfügungen wegen Neubestellung des Verwaltungskörpers nach den Vorschriften des § 198 zu treffen. Ihm obliegt die erstmalige Einberufung der Verwaltungskörper.

(2) Die Bestimmungen des Abs. 1 über die Auflösung eines Verwaltungskörpers und die Übertragung der vorläufigen Geschäftsführung und Vertretung auf einen vorläufigen Verwalter sind entsprechend anzuwenden, solange und soweit ein Verwaltungskörper die ihm obliegenden Geschäfte nicht ausführt.

(3) Verfügungen des vorläufigen Verwalters, die über den Rahmen laufender Geschäftsführung hinausgehen, wie insbesondere derartige Verfügungen über die dauernde Anlage von Vermögensbeständen im Werte von mehr als 200.000 S, über den Abschluß von Verträgen, die den Versicherungsträger für länger als sechs Monate verpflichten, und über den Abschluß, die Änderung oder Auflösung von Dienstverträgen mit einer Kündigungsfrist von mehr als drei Monaten oder von unkündbaren Dienstverträgen bedürfen der Genehmigung durch den Bundesminister für soziale Verwaltung als Aufsichtsbehörde.

Kosten der Aufsicht

§ 224. Die Kosten der vom Bundesminister für soziale Verwaltung als Aufsichtsbehörde angeordneten Maßnahmen belasten den Versicherungsträger. Zur Deckung der durch die Aufsicht erwachsenden sonstigen Kosten hat der Versicherungsträger durch Entrichtung einer Aufsichtsgebühr beizutragen. Deren Höhe hat der Bundesminister für soziale Verwaltung nach Anhörung des Versicherungsträgers zu bestimmen.

ABSCHNITT VI

Satzung und Krankenordnung

Satzung

§ 225. (1) Die Satzung hat auf Grund der Vorschriften dieses Bundesgesetzes, soweit dies nicht der Regelung durch die Krankenordnung überlassen ist, die Tätigkeit des Versicherungsträgers zu regeln und insbesondere Bestimmungen über Nachstehendes zu enthalten:

1. über die Vertretung des Versicherungsträgers nach außen;
2. über die Form der Kundmachungen und rechtsverbindlichen Akte;
3. über die Geschäftsführung der Verwaltungskörper;

(2) Die Satzung kann bestimmen, daß Außenstellen des Büros errichtet werden, soweit eine im Verhältnis zu den Versicherten örtlich nahe Verwaltung zweckmäßig ist. Die Satzung hat in diesem Falle auch den Aufgabenkreis und die Sprengel dieser Außenstellen festzusetzen. Die Satzung kann überdies, wenn es vom Standpunkt der Verwaltungsökonomie gerechtfertigt erscheint, auch die Errichtung ständiger Ausschüsse vorsehen; sie hat hiebei auch den Wirkungskreis, die Geschäftsführung und die Beschlußfassung eines jeden derartigen Ausschusses zu bestimmen.

Krankenordnung

§ 226. Der Versicherungsträger hat eine Krankenordnung aufzustellen, die insbesondere das Verhalten der Versicherten und der Leistungsempfänger im Leistungsfalle, das Verfahren bei Inanspruchnahme von Leistungen der Krankenversicherung und die Überwachung der Kranken zu regeln hat.

Genehmigungspflicht

§ 227. Die Satzung und jede ihrer Änderungen sowie die Krankenordnung und jede ihrer Änderungen bedürfen der Genehmigung des Bundesministers für soziale Verwaltung und sind binnen vier Monaten nach der Genehmigung in der Fachzeitschrift „Soziale Sicherheit“ zu verlautbaren.

ABSCHNITT VII**Versicherungsunterlagen****Führung der Versicherungsunterlagen**

§ 228. (1) Der Versicherungsträger hat für jeden Versicherten, für den er Beiträge zur Pensionsversicherung einhebt, die Versicherungsunterlagen, die zur Feststellung der Leistungen der Pensionsversicherung erforderlich sind, genau aufzuzeichnen, diese Aufzeichnungen durch eine im Verordnungsweg zu bestimmende Frist aufzubewahren und auf Verlangen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger bekanntzugeben.

(2) Der Bundesminister für soziale Verwaltung hat nach Anhörung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger nähere Vorschriften über den Umfang, den Inhalt und die Form der vom Versicherungsträger zu führenden Aufzeichnungen zu erlassen.

Mitwirkung von Behörden und gesetzlichen beruflichen Vertretungen

§ 229. Die Finanzämter, die Behörden der Kriegsopferversorgung und die gesetzlichen beruflichen Vertretungen der nach diesem Bundesgesetz Pflichtversicherten haben dem Versicherungsträger die für die Leistungsansprüche der einzelnen Versicherten bedeutenden, von diesen Stellen im Rahmen ihres Wirkungsbereiches festgestellten Tatsachen bekanntzugeben. Die Auskunftspflicht der Finanzämter erstreckt sich nicht auf Tatsachen, die aus finanzbehördlichen Bescheiden ersichtlich sind.

ABSCHNITT VIII**Bedienstete**

§ 230. (1) Die dienst-, besoldungs- und pensionsrechtlichen Verhältnisse für die Bediensteten des Versicherungsträgers sind durch privatrechtliche Verträge zu regeln. Der Versicherungsträger hat unter Rücksichtnahme auf seine wirtschaftliche Lage die Zahl der Dienstposten für Bedienstete auf das unumgängliche Maß einzuschränken und darnach für seinen Bereich einen Dienstpostenplan zu erstellen.

(2) Die Bediensteten des Versicherungsträgers unterstehen dienstlich dem Vorstand. Der Obmann ist berechtigt, nach Maßgabe der dienstrechtlichen Bestimmungen eine einstweilige Enthebung vom Dienste zu verfügen.

(3) Der leitende Angestellte und der leitende Arzt des Versicherungsträgers dürfen erst nach vorher eingeholter Zustimmung des Bundesministers für soziale Verwaltung bestellt und entlassen werden. Das gleiche gilt für die leitenden Angestellten und leitenden Ärzte der Landesstellen.

(4) Der Bedienstete hat beim Dienstantritt dem Obmann durch Handschlag zu geloben, die Gesetze der Republik Österreich unverbrüchlich zu beachten,

sich mit ganzer Kraft dem Dienst zu widmen, seine Dienstobliegenheiten gewissenhaft, unparteiisch und uneigennützig zu erfüllen, jederzeit auf die Wahrung der öffentlichen Interessen bedacht zu sein, die dienstlichen Anordnungen seiner Vorgesetzten zu befolgen, das Dienstgeheimnis treu zu bewahren und bei seinem Verhalten im und außer Dienst sich seiner Stellung angemessen zu betragen. Über die Pflichtenangelobung ist eine Niederschrift aufzunehmen, die der Bedienstete zu unterzeichnen hat.

Verschwiegenheitspflicht der Bediensteten

§ 231. (1) Die Bediensteten haben über alle ihnen in Ausübung des Dienstes oder mit Beziehung auf ihre Stellung bekanntgewordenen Angelegenheiten, die im Interesse des Versicherungsträgers oder der Versicherten und ihrer Angehörigen Geheimhaltung erfordern oder ihnen ausdrücklich als vertraulich bezeichnet worden sind, gegen jedermann, dem sie über solche Angelegenheiten eine dienstliche Mitteilung zu machen nicht verpflichtet sind, Verschwiegenheit zu beobachten.

(2) Eine Ausnahme von der im Abs. 1 bezeichneten Verpflichtung tritt nur insoweit ein, als ein Bediensteter für einen bestimmten Fall von der Verpflichtung zur Wahrung des Dienstgeheimnisses entbunden wurde.

(3) Die Bediensteten sind an die Verschwiegenheitspflicht auch im Verhältnis außer Dienst, im Ruhestand sowie nach Auflösung des Dienstverhältnisses gebunden.

FÜNFTER TEIL**Übergangs- und Schlußbestimmungen****ABSCHNITT I****Übergangsbestimmungen****1. Unterabschnitt****Übergangsbestimmungen zum Ersten Teil****Fortdauer einer nach früherer Vorschrift bestehenden Pflichtversicherung; Einbeziehung in die Pflichtversicherung**

§ 232. (1) Personen, die am 31. Dezember 1978 nach den in diesem Zeitpunkt geltenden Vorschriften pflichtversichert waren, nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes aber nicht mehr pflichtversichert wären, bleiben pflichtversichert, solange die für den Bestand der Pflichtversicherung nach den bisherigen Vorschriften maßgeblichen Voraussetzungen weiterhin zutreffen. Im übrigen sind auf eine solche Pflichtversicherung auch die Bestimmungen dieses Bundesgesetzes anzuwenden, jedoch kann der Versicherte den Antrag stellen, aus der Pflichtversi-

cherung ausgeschieden zu werden; einem solchen Antrag hat der Versicherungsträger mit Wirkung von dem auf den Antrag folgenden Ersten eines Kalendervierteljahres zu entsprechen.

(2) Personen, die nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes als Pflichtversicherte in die Krankenversicherung einbezogen werden, haben sich bis 30. Juni 1979 beim Versicherungsträger anzumelden und den für die Feststellung der Beitragsgrundlage maßgebenden rechtskräftigen Einkommensteuerbescheid zur Einsicht vorzulegen. Zur Feststellung der Beitragsgrundlage ist § 25 mit der Maßgabe anzuwenden, daß den Einkünften aus einer die Pflichtversicherung begründenden Erwerbstätigkeit die Einkünfte gleichzuhalten sind, die aus der Erwerbstätigkeit erzielt wurden, die bei früherem Wirksamkeitsbeginn der Bestimmungen über die Pflichtversicherung diese begründet hätte.

(3) Für Personen, die nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes als Pflichtversicherte in die Krankenversicherung einbezogen werden und die zum Zeitpunkt des Eintrittes der Pflichtversicherung bei einem Versicherungsunternehmen vertragsmäßig krankenversichert sind, beginnt die Pflichtversicherung erst mit dem Tag, an dem die Vertragsdauer endet, wenn der Vertrag, sofern er nicht bereits früher gekündigt wurde, zum ersten vertragsmäßig in Betracht kommenden Zeitpunkt nach dem Eintritt der Pflichtversicherung gekündigt wird. Die Pflichtversicherung beginnt jedoch unabhängig von dieser Regelung spätestens nach Ablauf eines Jahres nach dem Eintritt der Voraussetzungen für die Pflichtversicherung. Für diesen Zeitpunkt kann der Versicherungsvertrag mit einmonatiger Kündigungsfrist gekündigt werden. Die Begünstigung kommt nur solchen Personen zugute, die ihren Versicherungsvertrag dem Versicherungsträger binnen drei Monaten nach Eintritt der Pflichtversicherung unter Vorlage einer Versicherungsbestätigung schriftlich anzeigen.

(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.

Befreiung von der Pflichtversicherung

§ 233. (1) Personen, die am 31. Dezember 1978 gemäß § 189 des Gewerblichen Selbständigen-Pensionsversicherungsgesetzes bzw. gemäß Art. II Abs. 14 lit. b der 25. Novelle zum Gewerblichen Selbständigen-Pensionsversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 619/1977, von der Gewerblichen Selbständigen-Pensionsversicherung befreit sind, bleiben für die Dauer der bestehenden Weiterversicherung in der

Pensionsversicherung nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz von der Pflichtversicherung in der Gewerblichen Selbständigen-Pensionsversicherung befreit.

(2) Personen, die am 31. Dezember 1978 gemäß Art. II Abs. 14 lit. a der 25. Novelle zum Gewerblichen Selbständigen-Pensionsversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 619/1977, von der Gewerblichen Selbständigen-Pensionsversicherung befreit sind, bleiben von der Pflichtversicherung in dieser Pensionsversicherung befreit.

(3) Personen, die am 31. Dezember 1978 gemäß Art. II Abs. 4 der 5. Novelle zum Gewerblichen Selbständigen-Krankenversicherungsgesetz 1971, BGBl. Nr. 706/1976, von der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung nach dem Gewerblichen Selbständigen-Krankenversicherungsgesetz befreit sind, bleiben für die Dauer der bestehenden freiwilligen Versicherung in der Krankenversicherung nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz von der Pflichtversicherung in der Gewerblichen Krankenversicherung befreit.

(4) Die im § 232 Abs. 2 genannten Personen, die am 31. Dezember 1978 in der Krankenversicherung nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz freiwillig versichert sind, bzw. als freiwillig versichert gelten, sind von der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz für die Dauer der bestehenden freiwilligen Versicherung auf Antrag zu befreien, wenn der Antrag bis längstens 31. Dezember 1979 beim Versicherungsträger gestellt wird. Die Befreiung wirkt rückwirkend ab 1. Jänner 1979. Die Entscheidung obliegt dem Versicherungsträger.

Weiterversicherung

§ 234. (1) Personen, die am 31. Dezember 1978 auf Grund der bisherigen Vorschriften in der Krankenversicherung freiwillig versichert sind, gelten als freiwillig Versicherte im Sinne des § 8 bzw. des § 9 bzw. des § 10.

(2) Personen, die am 31. Dezember 1978 auf Grund der bisherigen Vorschriften in der Pensionsversicherung freiwillig versichert sind, gelten als freiwillig Versicherte im Sinne des § 12 mit der Maßgabe, daß in der Selbstversicherung gemäß § 191 des Gewerblichen Selbständigen-Pensionsversicherungsgesetzes die für Dezember 1978 in Geltung gestandene Beitragsgrundlage der Selbstversicherung als letzte Beitragsgrundlage der Pflichtversicherung im Sinne des § 33 Abs. 1 gilt. Der für die Zeit vor dem 1. Jänner 1970 bzw. für die Zeit vor dem 1. Juni 1975 bescheidmäßig zuerkannte Anspruch auf eine laufende Leistung aus einer eigenen Pensionsversicherung gilt nicht als Wegfall der Voraussetzungen für die freiwillige Versicherung; das gleiche gilt hinsicht-

lich eines für die Zeit vor dem 1. Juni 1975 bescheidmäßig zuerkannten Anspruches auf eine laufende Leistung aus einer eigenen gesetzlichen Pensionsversicherung, ungeachtet dessen gemäß Art. II Abs. 6 der 18. Novelle zum Gewerblichen Selbständigen-Pensionsversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 447/1969, das Recht auf Weiterversicherung nach den bisherigen Vorschriften zugestanden ist.

Höherversicherung

§ 235. Versicherte, die nach den Bestimmungen des Gewerblichen Selbständigen-Pensionsversicherungsgesetzes Beiträge zur Höherversicherung wirksam entrichtet haben, sind ohne Rücksicht auf ihr Lebensalter berechtigt, Beiträge zur Höherversicherung nach diesem Bundesgesetz zu entrichten. Bei der Anwendung des § 141 sind auch Beiträge zu berücksichtigen, die nach dem Gewerblichen Selbständigen-Pensionsversicherungsgesetz entrichtet worden sind.

Mindestbeitragsgrundlage

§ 236. Bei den in Art. II Abs. 3 der 24. Novelle zum Gewerblichen Selbständigen-Pensionsversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 705/1976, bzw. im Art. II Abs. 6 der 5. Novelle zum Gewerblichen Selbständigen-Krankenversicherungsgesetz 1971, BGBl. Nr. 706/1976, bezeichneten Personen gilt abweichend von der Vorschrift des § 25 Abs. 5 als Mindestbeitragsgrundlage

- a) in der Pensionsversicherung der Betrag von 3491 S bei Versicherten nach Art. II Abs. 1 der 21. Novelle zum Gewerblichen Selbständigen-Pensionsversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 32/1973, der Betrag von 1948 S,
- b) in der Krankenversicherung der Betrag von 1948 S.

An die Stelle dieser Beträge treten ab 1. Jänner eines jeden Jahres die unter Bedachtnahme auf § 51 mit der jeweiligen Richtzahl (§ 47) vervielfachten Beträge.

Bundesbeitrag

§ 237. Abweichend von den Bestimmungen des § 34 Abs. 2 leistet der Bund für die Geschäftsjahre 1979 und 1980 einen Beitrag in der Höhe des Betrages, um den 100,5 v. H. der Aufwendungen die Erträge übersteigen.

2. Unterabschnitt

Übergangsbestimmungen zum Zweiten Teil

Anwendung des Leistungsrechtes

§ 238. (1) Für Leistungen aus der Pensionsversicherung, auf die am 31. Dezember 1978 Anspruch besteht, mit Ausnahme der Übergangspensionen, gelten ab 1. Jänner 1979 die Bestimmungen dieses Bundesgesetzes.

(2) Für Übergangspensionen, auf die nach den bisherigen Vorschriften Anspruch besteht, oder bei Weitergeltung dieser Vorschriften Anspruch bestünde, sind weiterhin die bisherigen Vorschriften anzuwenden; soweit in diesen Vorschriften auf Bestimmungen des Gewerblichen Selbständigen-Pensionsversicherungsgesetzes verwiesen wird, die im Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz eine entsprechende Regelung gefunden haben, treten an deren Stelle die Bestimmungen des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes.

(3) Besteht am 31. Dezember 1978 auf Grund von Übergangsbestimmungen im Bereich der Gewerblichen Selbständigen-Pensionsversicherung Anspruch auf eine Leistung, die höher ist als die sich nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes ergebende entsprechende Leistung, so ist die Leistung ab 1. Jänner 1979 in dem sich auf Grund der bisherigen Bestimmungen jeweils ergebenden Ausmaß weiter zu gewähren, und zwar solange, als sie die Leistung übersteigt, die nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes gebührt.

(4) Die Bestimmungen des § 128 Abs. 1 sind auf Antrag ab 1. Jänner 1979 auch auf Versicherungsfälle anzuwenden, in denen der Stichtag vor dem 1. Jänner 1979 liegt. Die Leistung gebührt ab 1. Jänner 1979, wenn der Antrag bis 31. Dezember 1979 gestellt wird, sonst ab dem der Antragstellung folgenden Monatsersten.

(5) Bei den gemäß § 233 dieses Bundesgesetzes und bei den gemäß § 221 des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes von der Pflichtversicherung in der jeweiligen Pensionsversicherung befreiten Personen gilt § 131 mit der Maßgabe, daß an die Stelle der in dessen Abs. 1 lit. c vorgesehenen 24 Beitragsmonate der Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung 24 Monate der freiwilligen Weiterversicherung in der Pensionsversicherung nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz treten, sofern während dieser Zeit eine Erwerbstätigkeit ausgeübt wurde, die an sich die Pflichtversicherung nach diesem Bundesgesetz bzw. nach dem Bauern-Sozialversicherungsgesetz begründen würde.

Nachträglicher Einkauf von Versicherungszeiten für Gesellschafter einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung

§ 239. (1) Personen, die nach Vollendung des 18. Lebensjahres im Gebiet der Republik Österreich eine Erwerbstätigkeit als Geschäftsführer einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung ausgeübt haben, die bei früherem Wirksamkeitsbeginn der Bestimmungen dieses Bundesgesetzes über die Versicherungspflicht die Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung begründet hätte, können auf Antrag nach Maßgabe der Bestimmungen der Abs. 2 bis 13 für die nach dem 31. Dezember 1957 und vor dem 1. Jänner 1978 gelegenen Zeiten dieser Erwerbstätigkeit durch Entrichtung von Beiträgen für den eigenen Versicherungsverlauf wirksame Versiche-

ungszeiten einkaufen. Die so erworbenen Versicherungsmonate sind Beitragsmonate der freiwilligen Versicherung nach diesem Bundesgesetz. Ausgeschlossen sind Personen, die im Zeitpunkt der Antragstellung

1. einen bescheidmäßig zuerkannten Anspruch auf eine monatlich wiederkehrende Geldleistung aus einer gesetzlichen Pensionsversicherung aus den Versicherungsfällen des Alters oder der geminderten Arbeitsfähigkeit oder der dauernden Erwerbsunfähigkeit mit Ausnahme der Ansprüche auf Knappschaftspension und Knappschaftssold oder nach einem Landessozialhilfegesetz haben oder

2. in einem öffentlich-rechtlichen oder unkündbaren privatrechtlichen Dienstverhältnis zu einer öffentlich-rechtlichen Körperschaft oder zu von solchen Körperschaften verwalteten Betrieben, Anstalten, Stiftungen und Fonds stehen, wenn ihnen aus ihrem Dienstverhältnis die Anwartschaft auf Ruhe- und Versorgungsgenüsse (Pensionen) zusteht, die den Leistungen der Pensionsversicherung nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz gleichwertig sind (§ 6 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes) oder die auf Grund eines solchen Dienstverhältnisses einen Ruhegenuß (eine Pension) beziehen oder

3. in einem Dienstverhältnis zu einer internationalen Organisation mit Amtssitz in Österreich stehen, wenn ihnen aus diesem Dienstverhältnis die Anwartschaft auf regelmäßig wiederkehrende Ruhestands- bzw. Versorgungsleistungen zusteht oder wenn sie auf Grund eines solchen Dienstverhältnisses solche Ruhestandsleistungen beziehen.

(2) Die Entrichtung von Beiträgen ist nur für die Gesamtzahl der vollen Kalendermonate solcher gemäß Abs. 1 in Betracht kommenden Zeiten zulässig, die nicht schon als Versicherungsmonate aus einer gesetzlichen Pensionsversicherung gelten.

(3) Der Antrag ist bis längstens 31. Dezember 1980 bei der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft einzubringen, die auch zur Durchführung des Einkaufes zuständig ist.

(4) Verstirbt der Antragsteller vor der rechtskräftigen Entscheidung über seinen Antrag, so sind die im § 194 dieses Bundesgesetzes bzw. die in dem entsprechend anzuwendenden § 408 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes genannten Personen zur Fortsetzung des Verfahrens berechtigt.

(5) Für jeden einzukaufenden Versicherungsmonat ist für Männer ein Betrag von 1177 S, für Frauen ein Betrag von 825 S zu entrichten.

(6) Die Entrichtung hat in einem Betrag innerhalb von sechs Monaten ab der Rechtskraft des Bescheides über die Bewilligung des Einkaufes von Versicherungszeiten zu erfolgen. Wenn dem Antragsteller die Zahlung in einem Betrag nach seiner wirtschaftlichen Lage nicht zugemutet werden kann, hat der Versicherungsträger Teilzahlungen, und zwar höchstens 60 aufeinanderfolgende Monatsraten, beginnend

mit dem Kalendermonat, der der Zustellung des die Ratenzahlung bewilligenden Bescheides folgt, zuzulassen. Die Teilzahlungen sind jeweils am 20. des betreffenden Kalendermonates fällig.

(7) Die Versicherungszeiten gelten erst in dem Zeitpunkt als erworben, in dem der zu entrichtende Beitrag (der letzte Teilzahlungsbetrag) beim Versicherungsträger eingelangt ist. Der Versicherungsträger hat einen in diesem Zeitpunkt bereits bestehenden Leistungsanspruch unter Berücksichtigung der durch den Einkauf erworbenen Versicherungszeiten mit Wirksamkeit ab dem dem Einlangen des Beitrages (des letzten Teilzahlungsbetrages) folgenden Monatsersten neu festzustellen.

(8) Beiträge, die nach dem 31. Dezember 1979 entrichtet werden, erhöhen sich in jedem Kalenderjahr um 8,5 v. H.. Dies gilt nicht für Beiträge, deren Entrichtung erfolgt:

- a) innerhalb von drei Monaten nach Rechtskraft des Bewilligungsbescheides oder
- b) innerhalb von drei Monaten nach Rechtskraft eines Bescheides über einen Antrag auf Herabsetzung der Beiträge gemäß Abs. 9, sofern dieser Antrag innerhalb von drei Monaten nach Rechtskraft des Bewilligungsbescheides gestellt wurde. In allen diesen Fällen sind die Beiträge in der zum Zeitpunkt der Antragstellung maßgebenden Höhe zu entrichten.

(9) In Fällen besonderer Härte kann das Bundesministerium für soziale Verwaltung die monatlichen Beiträge gemäß Abs. 5 herabsetzen, jedoch nicht unter den Betrag eines Viertels dieser Monatsbeiträge. Ein Fall besonderer Härte ist insbesondere dann anzunehmen, wenn durch die Beitragsentrichtung der Lebensunterhalt des Antragstellers unter Berücksichtigung seiner Einkommens-, Vermögens- und Familienverhältnisse nicht nur vorübergehend wesentlich gefährdet wäre.

(10) Bleibt der Versicherte dem der Einkauf von Versicherungszeiten unter Einräumung von Teilzahlungen bewilligt worden ist, mit mehr als zwei aufeinanderfolgenden Monatsraten im Verzug, so erlischt die Bewilligung zum Einkauf. Die bereits entrichteten Monatsraten sind dem Versicherten vom Versicherungsträger zurückzuerstatten.

(11) Leistungen aus einer gesetzlichen Pensionsversicherung aus den Versicherungsfällen des Alters, auf die erst durch im Wege des Einkaufes im Sinne der Abs. 1 bis 9 erworbene Versicherungszeiten ein Anspruch begründet wurde, fallen abweichend von der Regelung des § 55 dieses Bundesgesetzes, des § 86 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes bzw. des § 51 des Bauern- Sozialversicherungsgesetzes frühestens nach Ablauf von 24 Monaten nach dem Einlangen des Antrages auf Einkauf von Versicherungszeiten an.

(12) Wurde der Einkauf von Versicherungszeiten bewilligt und ist vor dem im Abs. 7 genannten

Zeitpunkt der Versicherungsfall der dauernden Erwerbsunfähigkeit oder der Versicherungsfall des Todes eingetreten, so sind der Versicherte bzw. die in dem gemäß § 194 entsprechend anzuwendenden § 408 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes genannten Angehörigen berechtigt, den noch aushaftenden Beitrag (die noch aushaftenden Teilzahlungsbeträge) auch nach dem Eintritt des Versicherungsfalles zu entrichten. Der Leistungsanspruch ist in solchen Fällen vom Versicherungsträger zum maßgebenden Stichtag zunächst ohne Berücksichtigung der durch den Einkauf zu erwerbenden Versicherungszeiten festzustellen. Kommt es zu einem Leistungsanspruch und werden der noch aushaftende Beitrag bzw. die noch aushaftenden Teilzahlungsbeträge vom Versicherten bzw. von den im § 194 dieses Bundesgesetzes bzw. die in dem entsprechend anzuwendenden § 408 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes genannten Personen rechtzeitig entrichtet, so hat der Versicherungsträger den Leistungsanspruch unter Berücksichtigung der durch den Einkauf erworbenen Versicherungszeiten mit Wirksamkeit ab dem dem Erwerb dieser Versicherungszeiten folgenden Monatsersten neu festzustellen. Machen der Versicherte bzw. die Angehörigen von dem Recht der vollständigen Entrichtung von Teilzahlungsbeträgen nach dem bereits eingetretenen Stichtag nicht Gebrauch, so hat der Versicherungsträger allenfalls entrichtete Teilzahlungsbeträge dem Versicherten bzw. den Angehörigen zurückzuerstatten.

(13) Für die gemäß Abs. 1 bis 9 erworbenen Versicherungszeiten ist bei der Anwendung des § 127 Abs. 3 für die Ermittlung der Bemessungsgrundlage heranzuziehen:

1. wenn der Stichtag im Jahre 1978 liegt, bei Männern der Betrag von monatlich 12.400 S, bei Frauen der Betrag von monatlich 8700 S;

2. wenn der Stichtag nach dem 31. Dezember 1978 liegt, bei Männern der Betrag von monatlich 13.450 S, bei Frauen der Betrag von monatlich 9415 S.

Die unter Z. 2 genannten Beitragsgrundlagen sind mit dem jeweils für das Jahr 1979 festgestellten Aufwertungsfaktor aufzuwerten.

Wanderversicherung

§ 240. (1) Die Bestimmungen des § 129 gelten nur für Leistungen, bei denen der Stichtag nach dem 31. Dezember 1978 liegt. Sie gelten nicht für Leistungen aus dem Versicherungsfall des Todes, wenn der Stichtag zwar nach dem 31. Dezember 1978 liegt, aber im Zeitpunkt des Todes ein zu einem Stichtag vor dem 1. Jänner 1979 bescheidmäßig zuerkannter Anspruch auf eine Leistung (Gesamtleistung) aus eigener Pensionsversicherung nach dem Gewerblichen Selbständigen- Pensionsversicherungsgesetz, dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz mit Ausnahme des Knappschaftssoldes und der Knappschaftspension oder dem Bauern-Pensionsversicherungsgesetz besteht oder ein solcher Anspruch

auf Grund eines vor dem 1. Jänner 1979 eingeleiteten Verfahrens nachträglich für die Zeit bis zum Tode zuerkannt wird; wurden in der Leistung aus eigener Pensionsversicherung, für die der Stichtag nach dem 30. Juni 1958 liegt, vor dem Stichtag liegende Versicherungszeiten nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz und (oder) dem Bauern- Pensionsversicherungsgesetz nicht berücksichtigt, so ist vor Anwendung des § 145 Abs. 1 lit. b oder c die Leistung aus eigener Pensionsversicherung gemäß Abs. 2 neu zu bemessen. Sind bei Eintritt des Versicherungsfalles des Todes Ansprüche auf zwei oder mehrere Leistungen aus eigener Pensionsversicherung gegeben, ist vor Anwendung des § 145 Abs. 1 lit. b oder c Abs. 2 mit der Maßgabe anzuwenden, daß sich die Leistungszuständigkeit nach dem später liegenden Stichtag richtet und die höhere bzw. höchste Bemessungsgrundlage heranzuziehen ist.

(2) Die Bestimmungen des § 129 Abs. 7 Z. 1, 2 und 5 sind auf Antrag auf jene Leistungen aus der Pensionsversicherung anzuwenden, die am 1. Jänner 1979 gebühren und für die der Stichtag nach dem 30. Juni 1958, aber vor dem 1. Jänner 1979 liegt, wenn vor dem Stichtag liegende Versicherungszeiten nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz und (oder) dem Bauern- Pensionsversicherungsgesetz nicht berücksichtigt wurden. Stichtag für die Neubemessung der Leistung ist der Tag der Antragstellung, wenn sie an einem Monatsersten erfolgt, sonst der der Antragstellung folgende Monatserste. Bei der Neubemessung verbleibt es bei der bisherigen Leistungszuständigkeit und den bisherigen Bemessungsgrundlagen nach dem Gewerblichen Selbständigen- Pensionsversicherungsgesetz; in der Pensionsversicherung, in der bereits Versicherungsmonate festgestellt worden sind, erfolgt keine Neufeststellung von Versicherungsmonaten; neu festgestellte Versicherungsmonate sind nur insoweit zu berücksichtigen, als sie sich nicht mit bereits festgestellten Versicherungsmonaten decken; ergibt sich bei der Neubemessung ein niedrigerer Betrag als der vorher gebührende, ist dieser weiter zu gewähren. Eine sich aus der Anwendung der Bestimmungen des § 129 Abs. 7 Z. 1, 2 und 5 ergebende Erhöhung gebührt ab 1. Jänner 1979, wenn der Antrag bis zum 31. Dezember 1979 gestellt wird, sonst ab dem auf die Antragstellung folgenden Monatsersten.

(3) Handelt es sich bei der gemäß Abs. 2 neu festzustellenden Leistung um eine Leistung aus dem Versicherungsfall des Todes und hatte der Verstorbene im Zeitpunkt des Todes einen bescheidmäßig zuerkannten Anspruch auf eine Leistung (Gesamtleistung) aus eigener Pensionsversicherung nach dem Gewerblichen Selbständigen- Pensionsversicherungsgesetz, dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz oder dem Bauern- Pensionsversicherungsgesetz oder wurde ein solcher Anspruch auf Grund eines vor dem 1. Jänner 1979 eingeleiteten Verfahrens nachträglich für die Zeit bis zum Tode anerkannt, so gelten die

Bestimmungen des Abs. 1 für die Neufeststellung der Leistung aus eigener Pensionsversicherung und die Leistungszuständigkeit entsprechend.

körper zusammentreten. Die Zeit der Weiterführung der Geschäfte durch die alten Verwaltungskörper zählt auf die fünfjährige Amtsdauer der neuen Verwaltungskörper.

Pensionsversicherungsfreies Dienstverhältnis

§ 241. Wurde ein Versicherter in ein pensionsversicherungsfreies Dienstverhältnis aufgenommen und liegt der Stichtag im Sinne des § 172 Abs. 7 nach dem 30. Juni 1958, aber vor dem 1. Jänner 1972, und rechnet der Dienstgeber nach den für ihn geltenden Vorschriften Beitragsmonate nach diesem Bundesgesetz für die Begründung des Anspruches auf einen Ruhe(Versorgungs)genuß bedingt oder unbedingt an, so sind dem Versicherten auf seinen Antrag die von ihm entrichteten Beiträge für solche Beitragsmonate, für die ein besonderer Pensionsbeitrag zur Entrichtung vorgeschrieben wurde, aufgewertet mit dem am 1. Jänner 1972 für das Jahr ihrer Entrichtung geltenden Aufwertungsfaktor (§ 47) zu erstatten; dasselbe gilt auch in den Fällen, in denen vor dem 1. Februar 1973 über Anträge gemäß § 308 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes in der vor dem 1. Jänner 1972 in Geltung gestandenen Fassung rechtskräftig entschieden worden ist. Die §§ 173 bis 177 gelten entsprechend.

Rehabilitation

§ 242. Solange der Versicherungsträger über eigene Einrichtungen nicht verfügt, kann er in Anwendung der Bestimmungen des § 158 Abs. 2 Maßnahmen der Rehabilitation unter Berücksichtigung der Auslastung von Vertragseinrichtungen gewähren.

3. Unterabschnitt

Übergangsbestimmungen zum Dritten Teil

Verfahren

§ 243. Ist auf Grund von Übergangsbestimmungen im Bereich der Gewerblichen Selbständigen-Pensionsversicherung der Anspruch auf eine Leistung oder auf Erhöhung einer Leistung von einer Antragstellung abhängig und ist das Recht auf Antragstellung am 31. Dezember 1978 noch nicht erloschen, so ist die in Betracht kommende Übergangsbestimmung auch nach dem 31. Dezember 1978 weiterhin anzuwenden.

4. Unterabschnitt

Übergangsbestimmungen zum Vierten Teil

Verwaltungskörper

§ 244. Die am 31. Dezember 1978 im Amt befindlichen Verwaltungskörper haben die Geschäfte solange weiterzuführen, bis die neuen Verwaltungs-

ABSCHNITT II

Schlußbestimmungen

Anwendung des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes

§ 245. (1) Wenn in anderen Gesetzen auf Bestimmungen des Gewerblichen Selbständigen-Pensionsversicherungsgesetzes bzw. des Gewerblichen Selbständigen-Krankenversicherungsgesetzes verwiesen wird, treten an deren Stelle die entsprechenden Bestimmungen dieses Bundesgesetzes.

(2) Die in der Zeit zwischen dem 12. März 1938 und dem 10. April 1945 im Geltungsbereich der reichsrechtlichen Sozialversicherung außerhalb des Gebietes der Republik Österreich zurückgelegten Zeiten der im § 116 Abs. 7 erster Satz angegebenen Art sind nach Maßgabe der entsprechend anzuwendenden Vorschriften des § 116 Abs. 7 erster Satz dann als Ersatzzeiten anzusehen, wenn der Versicherte unmittelbar vor dem 13. März 1938 seinen ordentlichen Wohnsitz im Gebiet der Republik Österreich gehabt hat und zu den Personen gehört, die gemäß § 1, § 2 oder § 2 a des Staatsbürgerschafts-Überleitungsgesetzes 1949, BGBl. Nr. 276, die österreichische Staatsbürgerschaft besitzen.

Rechtsunwirksame Vereinbarungen

§ 246. Vereinbarungen, wonach die Anwendung der Bestimmungen dieses Bundesgesetzes zum Nachteil der Versicherten (ihrer Hinterbliebenen) im voraus ausgeschlossen oder beschränkt wird, sind ohne rechtliche Wirkung.

Befreiung von der Einverleibungsgebühr

§ 247. Personen, die ihre Gewerbeberechtigung zum Zwecke der Erlangung einer Alters- oder Erwerbsunfähigkeitspension nach diesem Bundesgesetz oder dem Gewerblichen Selbständigen-Pensionsversicherungsgesetz zurückgelegt haben, sind von der Bezahlung einer Einverleibungsgebühr bei der Landeskammer der gewerblichen Wirtschaft befreit, wenn sie ihr Gewerbe neuerlich betreiben wollen.

Einziehung und Abfuhr der Beiträge zur Unfallversicherung selbständig Erwerbstätiger

§ 248. (1) Der Versicherungsträger hat den Unfallversicherungsbeitrag der gemäß § 8 Abs. 1 Z. 3 lit. a des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes in der Unfallversicherung teilversicherten selbständig Erwerbstätigen einzuziehen und die eingezahlten Beiträge bis zum 20. des der Einziehung zweitfolgen-

den Kalendermonates an die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt abzuführen. Für die Einziehung dieser Beiträge gelten die Vorschriften über die Einziehung der Beiträge nach diesem Bundesgesetz entsprechend.

(2) Der Versicherungsträger erhält zur Abgeltung der Kosten, die ihm durch die Einziehung und Abfuhr der Beiträge zur Unfallversicherung entstehen, eine Vergütung, deren Höhe der Bundesminister für soziale Verwaltung im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen nach Anhörung der beteiligten Stellen festzusetzen hat.

Regelung der Beziehungen des Versicherungsträgers zu den Vertragspartnern

§ 249. Die im Zeitpunkt des Inkrafttretens der Bestimmungen dieses Bundesgesetzes in Geltung stehenden Verträge mit den Ärzten und anderen Vertragspartnern zur Erbringung der Leistungen der Krankenversicherung gelten als Verträge im Sinne der Bestimmungen dieses Bundesgesetzes.

Anwendung des Abgabenänderungsgesetzes 1976

§ 250. Soweit nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes Einheitswerte land(forst)wirtschaftlicher Betriebe heranzuziehen sind, sind hiebei für Zeiträume ab 1. Jänner 1979 jeweils auch Erhöhungen dieser Einheitswerte nach dem Abgabenänderungsgesetz 1976, BGBl. Nr. 143, zu berücksichtigen.

Aufhebung bisheriger Vorschriften

§ 251. Mit dem Wirksamkeitsbeginn dieses Bundesgesetzes treten, soweit nichts anderes bestimmt wird, alle bis dahin geltenden Bestimmungen über die Gewerbliche Selbständigen-Pensionsversicherung und die Gewerbliche Selbständigen-Krankenversicherung außer Kraft.

Wirksamkeitsbeginn

§ 252. (1) Dieses Bundesgesetz tritt am 1. Jänner 1979 in Kraft.

(2) Zur Vorbereitung der Durchführung können schon vor dem 1. Jänner 1979 von dem der Kundmachung dieses Bundesgesetzes folgenden Tag an Maßnahmen getroffen sowie Verordnungen

erlassen werden. Solche Verordnungen treten frühestens mit 1. Jänner 1979 in Kraft.

Vollziehung des Bundesgesetzes

§ 253. Mit der Vollziehung dieses Bundesgesetzes ist betraut:

- a) hinsichtlich der Bestimmungen des § 18 Abs. 4 und des § 247 der Bundesminister für Handel, Gewerbe und Industrie;
- b) hinsichtlich der Bestimmung des § 28 Abs. 2 der Bundesminister für soziale Verwaltung im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Landesverteidigung;
- c) hinsichtlich der Bestimmungen der §§ 34, 156 Abs. 4, 217 Abs. 3 zweiter Satz, 218 Abs. 3, 219 Abs. 1, 220 Abs. 2 und 3 jeweils letzter Satz, 229 und 237 der Bundesminister für soziale Verwaltung im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen;
- d) hinsichtlich der Bestimmung des § 45 und hinsichtlich der Bestimmungen des § 221 Abs. 2, 3 und 4, soweit sie sich auf die Wahrung der finanziellen Interessen des Bundes beziehen, der Bundesminister für Finanzen;
- e) hinsichtlich der Bestimmung des § 46, soweit sie sich auf die Bundesverwaltungsabgaben bezieht, die Bundesregierung, soweit sie sich auf Gerichts- und Justizverwaltungsgebühren bezieht, der Bundesminister für Justiz im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen, im übrigen der Bundesminister für Finanzen;
- f) hinsichtlich der Bestimmungen der §§ 17 Abs. 2, 117 und 185 Abs. 4 der Bundesminister für soziale Verwaltung im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Justiz;
- g) hinsichtlich der Bestimmung des § 194, soweit sie sich auf das Leistungsstreitverfahren erster und zweiter Instanz bezieht, der Bundesminister für Justiz im Einvernehmen mit dem Bundesminister für soziale Verwaltung;
- h) hinsichtlich der Bestimmungen des § 194 Abs. 2 über die Kommissionsgutachten für die freiberuflich tätigen bildenden Künstler der Bundesminister für Unterricht und Kunst im Einvernehmen mit dem Bundesminister für soziale Verwaltung;
- i) hinsichtlich aller übrigen Bestimmungen der Bundesminister für soziale Verwaltung.