Parlamentskorrespondenz

M-25 der Beilagen zu den stenographischen Protokollen des Nationalrates
IX. Gesetzgebungsperiode

4. 12. 1961

147/A

A n t r a g

der Abgeordneten U h l i r, R e i c h, Wilhelmine M o i k, Dr. H o f e n e d e r, P r e u ß l e r, V o l l m a n n, M o s e r, K u l h a n e k und Genossen, betreffend Abänderung und Ergänzung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (9. Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz).

-.-.-

Die gefertigten Abgeordneten zum Nationalrat stellen den

A n t r a g ,

der Nationalrat wolle beschliessen:

Bundesgesetz vom ....., mit dem das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz abgeändert und ergänzt wird (9. Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz).

Der Nationalrat hat beschlossen:

Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, BGBl.Nr. 189/1955, in der Fassung der Bundesgesetze BGBl.Nr. 266/1956, BGBl.Nr. 171/1957, BGBl.Nr. 294/1957, BGBl.Nr. 157/1958, BGBl.Nr. 293/1958, BGBl.Nr. 65/1959, BGBl.Nr. 290/1959, BGBl.Nr. 87/1960, BGBl.Nr. 168/1960 und BGBl.Nr. 294/1960, wird abgeändert und ergänzt wie folgt:

Artikel I.

1. § 2 Abs.2 hat zu lauten:

" (2) Für die nachstehend bezeichneten Sonderversicherungen gelten die Vorschriften dieses Bundesgesetzes nur soweit, als dies in den Vorschriften über diese Sonderversicherungen oder in diesem Bundesgesetz angeordnet ist:

1. Krankenversicherung der Bundesangestellten,
2. Meisterkrankenversicherung,
3. Krankenversicherung der Empfänger von Arbeitslosengeld und Notstandshilfe sowie der Bezieher von Karenzurlaubsgeld,
4. Krankenversicherung der Kriegshinterbliebenen,
5. Krankenversicherung der in beruflicher Ausbildung stehenden Beschädigten nach dem Kriegsopferversorgungsgesetz 1957,
6. Krankenversicherung der Empfänger der Sonderunterstützung nach dem Mutterschutzgesetz,
7. Pensionsversicherung der in der gewerblichen Wirtschaft selbständig Erwerbstätigen,
8. Landwirtschaftliche Zuschußrentenversicherung,
9. Notarversicherung."

2. a) Im § 3 Abs.2 lit.d sind die Worte "eines Jahres" durch die Worte "von zwei Jahren" zu ersetzen.

b) § 3 Abs.3 hat zu lauten:

"(3) Als im Inland beschäftigt gelten unbeschadet und unvorgreiflich einer anderen zwischenstaatlichen Regelung insbesondere nicht die Dienstnehmer inländischer Betriebe für die Zeit ihrer

krankenversicherung nicht. Tritt die Pflichtversicherung in der Meisterkrankenversicherung während des Bestehens der Pflichtversicherung nach diesem Bundesgesetz oder während der Zeit einer Anspruchsberechtigung nach lit.b ein, wirkt das Ruhen ab Beginn der Meisterkrankenversicherung, wenn der Antrag innerhalb von vier Wochen ab dem Tag der Verständigung durch die Meisterkrankenkasse über den Eintritt der Pflichtversicherung gestellt wird, sonst von dem Monatsersten an, der auf den Antrag folgt. Ruht die Pflichtversicherung in der Meisterkrankenversicherung, so ruht auch eine allenfalls bestehende Familien- oder Angehörigenversicherung oder eine sonstige Zusatzversicherung beim Träger der Meisterkrankenversicherung.

(2) Abs.1 gilt nicht für die gemäß § 5 Abs.1 Z.10 von der Vollversicherung ausgenommenen Zwischenmeister (Stückmeister)."

57. Im § 493 Abs.2 ist der Ausdruck "im § 480" durch den Ausdruck zu ersetzen "in den §§ 480 und 481 letzter Satz".

58. § 501 Abs.2 hat zu lauten:

"(2) Renten, auf die der Anspruch nach Abs.1 wieder auflebt, sind, soweit sie nicht nach den bezogenen Vorschriften Angehörigen des Berechtigten

überwiesen worden sind, für die Zeit ab 10.April 1945, wenn der Rentenberechtigte am 1.Dezember 1961 seinen Wohnsitz im Gebiet der Republik Österreich hatte, auch für die Zeit vor dem 10.April 1945 nachzuzahlen. Zu den Rentennachzahlungen für die Zeit vor dem 10.April 1945 kann der Versicherungsträger, wenn der Rentenberechtigte bedürftig ist, aus den Mitteln des Unterstützungsfonds (§ 84) einen Zuschlag bis zu 500 v.H. der nachzuzahlenden Rente gewähren."

a) § 502 Abs.1 erster Satz hat zu lauten:
"Zeiten einer aus den Gründen des § 500 Abs.1 veranlaßten Untersuchungshaft, Verbüßung einer Freiheitsstrafe, Anhaltung oder Arbeitslosigkeit, ferner Zeiten der Ausbürgerung (§ 501 Abs.1) gelten für Personen, die vorher in der Zeit seit dem 1.Juli 1927 Beitragszeiten gemäß § 226 oder Ersatzzeiten gemäß §§ 228 oder 229 erworben haben, als Pflichtbeitragszeiten mit der höchstzulässigen Beitragsgrundlage, und zwar in der Pensions(Renten)-versicherung, in der der Versicherte vor der Haft, Strafe, Anhaltung, Arbeitslosigkeit oder Ausbürgerung zuletzt Beitrags- oder Ersatzzeiten nachweist."

b) § 502 Abs.1 letzter Satz hat zu lauten:
"Amtlich bestätigte Zeiten des Militärdienstes in der bewaffneten Macht einer der alliierten Armeen in der Zeit vom 26.August 1939 bis 9.Mai 1945 sind

in sozialversicherungsrechtlicher Hinsicht geleisteten Wehrdienst gleichzustellen. § 228 Abs.1 Z.1 ist mit der Maßgabe anzuwenden, daß für begünstigte Personen (§ 500 Abs.1) das Erfordernis der österreichischen Staatsbürgerschaft entfällt.

60. § 503 hat zu lauten:

"Auslandsaufenthalt.

§ 503. (1) Die jeweils in Geltung gestandenen Bestimmungen über das Ruhen der Leistungsansprüche bei Auslandsaufenthalt sind auf Rentenansprüche mit Ausnahme des Knappschaftssoldes beim Auslandsaufenthalt begünstigter Personen (§ 500 Abs.1) ab 1.Mai 1945 nicht anzuwenden.

(2) Die nach Abs.1 zu gewährenden Leistungen können in den Aufenthaltsstaat des Berechtigten nur nach Maßgabe der Vorschriften der österreichischen Devisengesetzgebung überwiesen werden."

61. § 504 wird aufgehoben.

62. a) § 506 Abs.1 hat zu lauten:

"(1) Die Begünstigungen nach den §§ 501 bis 503 werden auf Antrag oder von Amts wegen festgestellt."

b) § 506 Abs.2 hat zu lauten:

"(2) Anträge auf Begünstigungen nach den §§ 501 und 502 sind bis längstens 31.Dezember 1962 zulässig. Bei Anträgen auf die Begünstigung nach

§ 503 beginnt die Leistung mit dem Ablauf des Monates, in dem der Versicherungsfall eingetreten und die Wartezeit erfüllt ist, frühestens jedoch ab 1.Mai 1945, auch wenn erst durch eine Begünstigung nach § 502 die Wartezeit erfüllt und die Anrechenbarkeit von Versicherungszeiten gegeben ist."

63. Im § 509 hat an die Stelle des zweiten und dritten Satzes der folgende Satz zu treten:
"Für die Durchführung der Krankenversicherung dieser Personen gelten die Vorschriften des § 10 Abs.5, des § 12 Abs.4, des § 36 Abs.1 Z.4, des § 75 und des Zweiten Teiles dieses Bundesgesetzes."

64. § 510 wird aufgehoben.

65. Im § 513 Abs.1 hat der erste Satz zu lauten:
"Nach den bisherigen Bestimmungen bestehende Zusatzversicherungen von Rentnern bleiben aufrecht, wenn sie Leistungen zum Gegenstand haben, die über das in diesem Bundesgesetz für Rentner vorgesehene Ausmaß hinausgehen; bestehende Zusatzversicherungen auf Sterbegeld bleiben ohne Rücksicht auf ihre Höhe in vollem Umfang aufrecht."

66. a) Im § 522 Abs.3 Z.3 ist die Zitierung "§ 207 Abs.4" durch die Zitierung "§ 207 Abs.3" zu ersetzen.

b) § 522 Abs.3 Z.4 hat zu lauten:
"4. im Bereich der Pensionsversicherung die Bestimmungen der §§ 86 Abs.3, 87, 88, 222 Abs.3,

252, 255, 260, 262, 264 Abs.1, in den Fällen des § 522 f jedoch nur der erste und zweite Satz, 265 bis 267 sowie die diesen Bestimmungen entsprechenden Bestimmungen im Abschnitt III und IV des Teiles, ausserdem die §§ 292 bis 307."

c) § 522 Abs.4 hat zu lauten:

"(4) Die Bestimmungen der §§ 215 Abs.4 und 265 Abs.1 sind nur anzuwenden, wenn die Wiederverheiratung nach dem 31.Dezember 1955 erfolgt ist."

d) Im § 522 erhalten die Abs.5 bis 7 die Bezeichnung Abs.4 bis 6; im neuen Abs.6 hat der letzte Satz zu entfallen.

67. a) Im § 522 f Abs.8 sind nach den Worten "aus eigener Pensionsversicherung" die Worte "mit Ausnahme der Knappschaftsrente" einzufügen.

b) Im § 522 f Abs.9 vorletzter Satz ist die Zitierung "§ 97 Abs.1 erster Satz erster Halbsatz" durch die Zitierung "§ 97 Abs.1" zu ersetzen.

68. § 524 wird aufgehoben.

69. § 529 hat zu lauten:

"Öffentlich-rechtliche Dienstverhältnisse.

§ 529. (1) Der im Zeitpunkt der Aufnahme in ein öffentlich-rechtliches oder diesem gleichgestelltes Dienstverhältnis leistungszuständige Versicherungsträger (§§ 245 und 246) hat an den Dienstgeber auf dessen Antrag für jeden Monat (§ 231) einer angerechneten Beitrags- beziehungsweise

Ersatzzeit einen Überweisungsbetrag zu leisten, wenn

a) der Dienstnehmer vor dem 1.April 1952 in ein öffentlich-rechtliches oder diesem gleichgestelltes Dienstverhältnis als Angehöriger des Dienststandes aufgenommen worden ist (§ 11 Abs.5), oder nach dem 31.März 1952 in ein solches Dienstverhältnis aufgenommen worden ist und eine Leistung aus der Pensions(Renten)-versicherung vor dem 30.September 1955 angefallen ist,

b) der Dienstgeber nach den für ihn geltenden dienstrechtlichen Vorschriften bereits erworbene Beitrags- beziehungsweise Ersatzzeiten des Dienstnehmers für die Begründung des Anspruches auf einen Ruhe(Versorgungs)genuß und dessen Ausmaß ganz oder teilweise angerechnet hat oder anrechnet,

c) der Dienstnehmer aus dem Dienststand des Dienstgebers mit dem Anspruch auf Ruhe(Versorgungs)genuß nach dem 9.April 1945 ausgeschieden ist oder ausscheidet und

d) ein Anspruch auf eine Leistung nach Abs.7 beziehungsweise nach Abs.8 oder nach Abs.9 nicht besteht.

(2) Als einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis nach Abs.1 gleichgestellte Dienstverhältnisse gelten die in der Anlage 11 zu diesem Bundesgesetz genannten Dienstverhältnisse.

(3) Der Überweisungsbetrag beträgt für jeden zur Gänze bedingt oder unbedingt angerechneten Monat einer Beitragszeit 7 v.H., für jeden zur Gänze bedingt oder unbedingt angerechneten Monat einer Ersatzzeit 1 v.H. einer Bemessungsgrundlage von 1.000 S. Für nur teilweise angerechnete Monate beträgt der Überweisungsbetrag den entsprechenden Teil. Die Bemessungsgrundlage von 1.000 S ist aufzuwerten:

a) mit dem am 1.Jänner 1961 für das Jahr 1956 geltenden Faktor der Anlage 5, wenn der Versorgungsfall vor dem 1.Jänner 1962 eingetreten ist;

b) mit dem im Zeitpunkt des Eintrittes des Versorgungsfalles für das Jahr 1956 geltenden Faktor der Anlage 5, wenn der Versorgungsfall nach dem 31.Dezember 1961 eintritt.

(4) Der Antrag auf Leistung eines Überweisungsbetrages nach Abs.1 ist anläßlich des Versorgungsfalles beziehungsweise der Entziehung einer Leistung nach Abs.7 oder nach Abs.9, spätestens innerhalb von 18 Monaten darnach zu stellen; er

ist längstens bis 30.Juni 1963 zu stellen, wenn der Versorgungsfall am 31.Dezember 1961 schon eingetreten war.

(5) Ist nach Abs.1 ein Überweisungsbetrag zu leisten, so hat der leistungszuständige Versicherungsträger dem Versicherten

a) für jeden vor der Aufnahme in das Dienstverhältnis nach Abs.1 liegenden Monat einer Beitragszeit der Pflichtversicherung, der nicht in der Pensionsversorgung angerechnet worden ist, 7 v.H. einer Bemessungsgrundlage von 1.000 S, soweit aber eine Teilanrechnung stattgefunden hat, nur den im Überweisungsbetrag nicht berücksichtigten Teilbetrag,

b) die entrichteten Beiträge zur Höherversicherung und

c) die nach der Aufnahme in das Dienstverhältnis nach Abs.1 entrichteten freiwilligen Beiträge, es sei denn, sie wurden nach einer pensions(renten)versicherungspflichtigen Nebenbeschäftigung entrichtet, sowie solche vorher entrichteten Beiträge, soweit die durch ihre Entrichtung erworbenen Beitragszeiten nicht nach Abs.1 lit.b angerechnet worden sind,

zu erstatten. Abs.3 letzter Satz und § 108 sind anzuwenden.

(6) Der Überweisungsbetrag nach Abs.1 und die Erstattungsbeträge nach Abs.5 sind binnen 18 Monaten nach Einlangen des Antrages des Dienstgebers vom leistungszuständigen Versicherungsträger zu bezahlen. § 309 Abs.1 zweiter Satz ist anzuwenden.

(7) Leistungsansprüche aus der Pensions-(Renten)versicherung, die nach den vor dem 1.Jänner 1961 in Geltung gestandenen Vorschriften in Verbindung mit § 6 beziehungsweise mit § 6 und § 7 des Bundesgesetzes vom 8.Juli 1948, BGBl.Nr.177, zuerkannt worden sind oder nach dem 31.Dezember 1960 für einen vorher gelegenen Zeitraum noch zuerkannt werden, sind, wenn sie für den Monat Dezember 1960 noch gebühren, mit folgender Maßgabe neu zu bemessen:

a) Die nach § 6 des Bundesgesetzes vom 8.Juli 1948, BGBl.Nr.177, zuerkannten Leistungen sind auf das 1,3fache des im Monat Dezember 1960 ausgezahlten Betrages zu erhöhen,

b) die nach § 7 des Bundesgesetzes vom 8.Juli 1948, BGBl.Nr.177, zuerkannten Leistungen sind auf das 1,3fache des nach Aufhebung der Ruhensbestimmungen im Monat Dezember 1960 gebührenden Betrages zu erhöhen.

Die sich ergebenden Mehrbeträge gebühren zu einem Drittel ab 1.Jänner 1961, zu zwei Dritteln ab 1.Jänner 1962 und ab 1.Jänner 1963 in voller Höhe. Rentenberechtigten der Geburtsjahrgänge 1876 und früher gebührt jedoch schon ab 1.Jänner 1961, Rentenberechtigten des Geburtsjahrganges 1877 ab 1.Jänner 1962 der volle Mehrbetrag.

(8) Für das Ausmaß der Hinterbliebenenrenten nach Beziehern von Renten nach Abs.7 gelten die Vorschriften des Vierten Teiles dieses Bundesgesetzes über das Ausmaß der Hinterbliebenenrenten, wobei als Invaliditätsrente die nach Abs.7 im Zeitpunkt des Todes gebührenden Leistungen gelten. Hinterbliebenenrenten nach Rentenberechtigten sind, wenn der Tod des Rentenberechtigten in den Jahren 1961 oder 1962 eintritt, von der Rente zu berechnen, die dem Rentenberechtigten am 1.Jänner 1963 gebührt hätte.

(9) In den Fällen, in denen für eine Leistung nach § 6 beziehungsweise nach § 6 und § 7 des Bundesgesetzes vom 8.Juli 1948, BGBl.Nr.177, der Stichtag (§ 223 Abs.2) nach dem 31.Dezember 1960, aber vor dem 1.Februar 1962 liegt, sind diese Leistungen nach den vor dem 1.Jänner 1961 in Geltung gestandenen Vorschriften festzustellen und nach Abs.7 beziehungsweise nach Abs.8 mit der Maßgabe neu zu bemessen, daß die sich ergebenden

Mehrbeträge in voller Höhe gebühren.

(10) Bei Anwendung der Bestimmungen der §§ 94 und 95 gilt als Grundbetrag die Hälfte der nach Abs.7 lit.b, Abs.8 und Abs.9 dem Rentner beziehungsweise seinen Hinterbliebenen gebührende Leistung.

(11) Auf den Überweisungsbetrag nach Abs.1 und die Beitragserstattung nach Abs.5 sind § 309 Abs.2 und § 310 anzuwenden.

(12) Die Bestimmungen des Abs.1 lit.a, b und d, der Abs.2 bis 6 und des Abs.11 sind auch auf Personen anzuwenden, die sich am 12.März 1938 als Angehörige des Dienststandes in einem öffentlich-rechtlichen oder diesem gleichgestellten Dienstverhältnis befunden haben und bei denen der Versorgungsfall nach dem 9.April 1945 eingetreten ist."

70. Nach § 529 ist ein § 529a mit folgendem Wortlaut einzufügen:

"Behandlung von Versicherungszeiten, die beim ehemaligen Arbeiter-Kranken- und Renteninstitut der Stadtgemeinde Graz erworben wurden.

§ 529a. Bei Versicherten, die dem ehemaligen Arbeiter-Kranken- und Renteninstitut der Stadtgemeinde Graz beziehungsweise der Arbeiter-Pensionskasse der Stadtgemeinde als Mitglieder angehört

haben, gelten Zeiten, die nach den "Überleitungsbestimmungen vom Arbeiter-Kranken- und Rentenінstitut der Stadtgemeinde Graz in die Rentenversicherung nach der Reichsversicherungsordnung" bei der Bemessung der Rentenleistung zu berücksichtigen sind und gemäß Punkt 17 der angeführten Überleitungsbestimmungen von der Landesversicherungsanstalt Graz mittels Bescheides anerkannt wurden, als Versicherungszeiten im Sinne des § 226."

71. § 530 wird aufgehoben.

72. § 535 wird aufgehoben.

73. § 536 wird aufgehoben.

74. § 542 hat zu lauten:

"Übergangsbestimmungen für begünstigte Personen.

§ 542.(1) Weibliche Versicherte, denen in der Rentenversicherung aus Anlaß der Verheiratung Beiträge erstattet worden sind und die aus einem der im § 500 Abs.1 angeführten Gründe binnen 18 Monaten nach Stellung des Antrages auf Erstattung der Beiträge ausgewandert sind, können bis zum 31.Dezember 1962 durch zinsenlose Rückzahlung des sechsfachen Erstattungsbetrages die durch die erstatteten Beiträge seinerzeit erworbenen Anwartschaften zurückerwerben. Teilzahlungen sind nach Maßgabe des § 502 Abs.2 zweiter und dritter Satz zu bewilligen.

(2) Anträge auf Begünstigung nach § 502 Abs.4 sind bis 31.Dezember 1962 zulässig."

75. a) In der Anlage 1 hat die lfd.Nr.1 in der Spalte "Berufskrankheit" zu lauten:

"Erkrankungen durch Blei, seine Legierungen oder Verbindungen"

b) In der Anlage 1 hat die lfd.Nr.3 in der Spalte "Berufskrankheit" zu lauten:

"Erkrankungen durch Quecksilber, seine Legierungen oder Verbindungen"

c) In der Anlage 1 hat die lfd.Nr.16 in der Spalte "Berufskrankheit" zu lauten:

"Erkrankungen durch ionisierende Strahlen"

d) In der Anlage 1 hat die lfd.Nr.17 in der Spalte "Berufskrankheit" zu lauten:

"Hautkrebs oder zur Krebsbildung neigende Hautveränderungen durch Ruß, Paraffin, Teer, Anthrazen, Pech, Mineralöle, Erdpech und ähnliche Stoffe"

e) In der Anlage 1 hat die lfd.Nr.33 in der Spalte "Berufskrankheit" zu lauten:

"Durch Lärm verursachte Schwerhörigkeit"

die lfd.Nr.33 hat in der Spalte "Unternehmen" zu lauten:

"Alle Unternehmen".

76. Am Schluß des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes sind nach der Anlage 8 folgende Anlagen als Anlagen 9, 10 und 11 anzufügen:

"Anlage 9

Liste der Arbeiten, die als wesentlich bergmännische oder ihnen gleichgestellte Arbeiten anzusehen sind (§ 236 Abs.3).

Wesentlich bergmännische oder ihnen gleichgestellte Arbeiten sind folgende von knappschaftlich pensionsversicherten Personen ständig verrichtete Arbeiten:

1. die Tätigkeit aller in Grubenbetrieben ausschließlich oder überwiegend unter Tage beschäftigten Arbeiter;
2. die Tätigkeit aller in Tagbaubetrieben ausschließlich oder überwiegend in Betriebspunkten unter Tage (Entwässerungsstrecken, Stollen, Sturzschächten) beschäftigten Arbeiter, wobei das Begehen und Durchfahren von Untertagebauen nicht als Arbeit unter Tage zählt;
3. die Tätigkeit aller mit der Gewinnung oder Förderung von Bergbauprodukten über Tage in Gebirgslagen ausschließlich oder überwiegend befaßten Arbeiter außerhalb geschützter Räume;
4. die Tätigkeit aller ausschließlich oder überwiegend mit der Beaufsichtigung der in den Z.1 bis 3 genannten Personen beauftragten technischen Aufsichtspersonen;

Artikel VI.

Übergangsbestimmungen.

(1) Die erstmaligen Meldungen für Personen, die nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes der Pflichtversicherung nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz am 1. Jänner 1962 unterliegen und die nicht schon zur Pflichtversicherung angemeldet sind, sind bis 28. Februar 1962 beim zuständigen Versicherungsträger zu erstatten. Die Bestimmungen der §§ 33 bis 38, 41 bis 43, 111 bis 113 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes sind entsprechend anzuwenden.

(2) Personen, die am 31. Dezember 1961 nach den in diesem Zeitpunkt geltenden Vorschriften pflichtversichert waren, nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes aber nicht mehr pflichtversichert wären, bleiben pflichtversichert, solange die Beschäftigung, welche die Pflichtversicherung nach den bisherigen Vorschriften begründet hat, weiter ausgeübt wird. Im übrigen sind die Bestimmungen dieses Bundesgesetzes auf eine solche Pflichtversicherung anzuwenden, jedoch kann der Versicherte bis 30. Juni 1962 bei dem für die Einhebung der Beiträge in Betracht kommenden Versicherungsträger den Antrag stellen, aus der Pflichtversicherung ausgeschieden zu werden; einem solchen Antrag hat

(23) Die Hauptversammlung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger besteht während der am 31.Dezember 1963 endenden Amtsdauer aus:

1. dem Präsidenten des Hauptverbandes und den beiden Vizepräsidenten,
2. den übrigen Mitgliedern des Vorstandes und den Mitgliedern des Überwachungsausschusses des Hauptverbandes,
3. den für diese Amtsdauer gemäß § 433 Abs.6 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes in die Hauptversammlung entsendeten Versicherungsvertretern, soweit sie nicht schon nach Z.1 und 2 Mitglieder der Hauptversammlung sind.

§ 425 zweiter und dritter Satz des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes gelten entsprechend.

(24) § 485a Abs.2 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes in der Fassung des Art.V Z.53 dieses Bundesgesetzes gilt ab 1.Jänner 1962 auch für Fälle, in denen die als Berufskrankheit im Sinne des § 177 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes anzusehende Krankheit vor dem 1.Jänner 1962 eingetreten ist.

(25) Die Bestimmung des § 502 Abs.1 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes in der Fassung des Art.V Z.59 dieses Bundesgesetzes sind auf Antrag

auch auf Leistungsansprüche anzuwenden, die am 31.Dezember 1961 bereits bestehen. Eine sich daraus ergebende Erhöhung der Leistungsansprüche gebührt ab 1.Jänner 1962 ,wenn der Antrag bis 31.Dezember 1962 gestellt wird, sonst ab dem der Antragstellung folgenden Monatsersten.

(26) Die sich aus § 522 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes in der Fassung des Art.V Z.66 dieses Bundesgesetzes ergebenden Leistungsansprüche gebühren ab 1.Jänner 1962 wenn die Leistung bis 31.Dezember 1962 beantragt wird. Wird der Antrag später gestellt, gebührt die Leistung ab dem der Antragstellung folgenden Monatsersten.

(27) Leidet ein Versicherter am 1.Jänner 1962 an einer Krankheit, die erst auf Grund der Bestimmung des Art.V Z.75 dieses Bundesgesetzes als Berufskrankheit anerkannt wird, so werden ihm die Leistungen der Unfallversicherung gewährt, wenn der Versicherungsfall nach dem 31.Dezember 1955 eingetreten ist und der Antrag bis 31.Dezember 1962 gestellt wird. Die Leistungen werden frühestens ab 1.Jänner 1962 gewährt.

Artikel VIII.

Wirksamkeitsbeginn.

(1) Dieses Bundesgesetz tritt, soweit nichts anderes bestimmt wird, am 1.Jänner 1962 in Kraft.

(2) Es treten in Kraft

a) rückwirkend mit dem 1.Jänner 1956 die Bestimmungen des Art.V Z.65;

b) rückwirkend mit dem 1.Juli 1958 die Bestimmung des Art.IV Z.24;

c) rückwirkend mit dem 1.Jänner 1961 die Bestimmungen des Art.IV Z.13 lit.a, 17, 21, 37 lit.a, 50 bis 53, des Art.V Z.67 lit.a, 69 und 76 (letztere nur hinsichtlich der Anlage 11 zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz) und des Art.VII Abs.3;

d) mit dem Beginn der Beitragsperiode Jänner 1962 die Bestimmungen des Art.I Z.21 bis 28;

e) mit dem 1.Jänner 1963 die Bestimmungen des Art.V Z.35;

f) mit dem Ablauf des Tages der Kundmachung dieses Bundesgesetzes die Bestimmungen des Art.II Z.23 und des Art.V Z.48 lit.c gegenüber den Ländern für die Ausführungsgesetzgebung.

(3) Die Ausführungsgesetze der Länder zu den grundsatzgesetzlichen Bestimmungen dieses Bundesgesetzes (Art.II Z.23 und Art.V Z.48 lit.c) sind binnen sechs Monaten ab Kundmachung dieses Bundesgesetzes zu erlassen.

(4) Die Bestimmungen des Art.I Z.41 treten mit der Maßgabe in Kraft, daß den Überweisungen von Mitteln an den Unterstützungsfonds im Jahre 1962 die Gebarungsüberschüsse beziehungsweise die Einnahmen an Versicherungsbeiträgen des Jahres 1960 zugrundezulegen sind.

(5) Die Bestimmung des Art.IV Z.24 tritt mit der Maßgabe in Kraft, daß es in den Fällen, in denen Versicherungszeiten der im § 251a Abs.3 Z.9 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes bezeichneten Art bei der Feststellung des Ausmaßes der Leistung bereits berücksichtigt sind, hiebei zu verbleiben hat; überwiesene Bauschbeträge sind nicht zu erstatten.

(6) Die Bestimmung des Art.IV Z.50 tritt, soweit es sich um die Anrechnung von nach dem 18.Lebensjahr gelegenen Ersatzzeiten nach § 5 Abs.2 des Bundesgesetzes vom 18.Juli 1956, BGBl.Nr.153, durch den Dienstgeber handelt, rückwirkend mit dem 19.Juli 1956 in Kraft.

Artikel IX.

Vollziehung dieses Bundesgesetzes.

(1) Mit der Vollziehung dieses Bundesgesetzes ist hinsichtlich der Bestimmungen des Art.V Z.16 bis 27 und des Art.VI Abs 21 das Bundesministerium für Justiz im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für soziale Verwaltung, hinsichtlich aller übrigen Bestimmungen das Bundesministerium für soziale Verwaltung im Einvernehmen mit den beteiligten Bundesministerien betraut.

(2) Mit der Vollziehung der Bestimmungen des Art.II Z.23 und des Art.V Z.48 lit.c, die gemäß Art.12 Abs.1 Z.2 des Bundes-Verfassungsgesetzes in die Kompetenz der Länder fallen, ist die zuständige Landesregierung, mit der Wahrnehmung der Rechte des Bundes gemäß Art.15 Abs.8 des Bundes-Verfassungsgesetzes das Bundesministerium für soziale Verwaltung betraut.

-.-.-.-.-.-.-

In formeller Hinsicht wird beantragt, diesen Antrag unter Verzicht auf die Erste Lesung dem Ausschuß für soziale Verwaltung zuzuweisen.

Parlamentskorrespondenz

II-25 der Beilagen zu den stenographischen Protokollen des Nationalrates
IX.Gesetzgebungsperiode

B e g r ü n d u n g

des Initiativantrages, betreffend eine
9. Novelle zum ASVG.

Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz - ASVG., vom 9.9.1955, BGBl. Nr.189/1955, wurde seit seinem Bestehen durch die nachstehenden Gesetze ergänzt oder abgeändert:

Die Novelle zum ASVG., BGBl.Nr.266/1956, brachte eine Erhöhung der Altrenten und eine Verbesserung des Leistungsrechtes der Pensionsversicherung hinsichtlich der Ausgleichszulage zu den Renten aus diesem Versicherungszweig.

Die 2.Novelle zum ASVG., BGBl.Nr.171/1957, gewährte die Rentensonderzahlung (13.Monatsrente) ausnahmslos allen Empfängern von Renten aus der Unfallversicherung.

Die 3.Novelle zum ASVG., BGBl.Mr.294/1957, brachte als eine weitere nicht unwesentliche Leistungsverbesserung im Bereiche der Pensionsversicherung der Unselbständigen die Einführung der vorzeitigen Altersrente bei Arbeitslosigkeit für Männer nach Vollendung des 60., für Frauen nach Vollendung des 55. Lebensjahres. Daneben enthielt die Novelle noch eine Erhöhung der Altrenten aus der Pensionsversicherung der Angestellten, ferner geringfügige Erhöhungen von Leistungen der knappschaftlichen Pensionsversicherung sowie die durch das Inkrafttreten des GSPVG., BGBl.Nr.292/1957, und des LZVG., BGBl.Nr.293/1957, notwendig gewordenen Anpassungen des Stammgesetzes.

Die 4.Novelle zum ASVG., BGBl.Nr.293/1958, enthielt vor allem Massnahmen zur Besserung der angespannten finanziellen Lage der Krankenversicherungsträger, und zwar unter anderem die Ausdehnung der sachlichen Zuständigkeit der Betriebskrankenkassen, die Einführung der Kranken- und Zahnbehandlungsscheingebühr, die Erhöhung des im Gesetz festgelegten Rahmenbeitragssatzes in der Krankenversicherung der Rentner und die Erhöhung des Mindestbeitrages, der von den Beziehern einer Rente (Rentensonderzahlung) mit Ausnahme einer Waisenrente, zur Krankenversicherung zu leisten ist. Darüber hinaus brachte die Novelle eine Erhöhung der für die Gewährung der Ausgleichszulage massgebenden Richtsätze. Schliesslich wurde durch die Novelle auch noch im Bereich der Krankenversicherung der Bundesangestellten eine Angleichung des Kreises der Anstaltsangehörigen an den Personenkreis der mitgeschützten Familienangehörigen nach dem ASVG. vorgenommen.

Die 5.Novelle zum ASVG., BGBl.Nr.290/1959, brachte die Gewährung des Hilflosenzuschusses auch an Bezieher von Hinterbliebenenrenten aus der Pensionsversicherung, ferner die Erhöhung von Altrenten der Pensionsversicherung, insbesondere durch die Beseitigung der Auswirkungen von Kürzungsmassnahmen, die bei der Überleitung zum Leistungsrecht des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes im Jahre 1935 in der Angestelltenversicherung

vorgenommen worden sind, die Erhöhung der Ersatzleistungen des Bundes an die Träger der Krankenversicherung für deren Aufwendungen an Wochengeld von 40 auf 50 v.H. dieser Aufwendungen und die Änderung der Bestimmungen des Stammgesetzes über die Leistungsansprüche bei Auslandsaufenthalt in dem Sinne, daß nunmehr auch die Möglichkeit der Leistungsgewährung aus der Krankenversicherung bei Auslandsaufenthalt besteht.

Die 6.Novelle zum ASVG., BGBl.Nr.87/1960, diente fast ausschließlich der Verbesserung der finanziellen Lage der Träger der Krankenversicherung nach dem ASVG. Die Novelle brachte die Erhöhung der Höchstbeitragsgrundlage in der Krankenversicherung, die Hinaufsetzung des bisherigen Höchstbeitragssatzes, die neuerliche Erhöhung des im Gesetz festgelegten Rahmenbeitragssatzes in der Krankenversicherung der Rentner, den Ersatz des gesamten Aufwandes an Wochengeld durch den Bund für die Zeit vom 1.5. bis 31.12.1961, die Erhöhung des besonderen Pauschbetrages, den die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt den Krankenversicherungsträgern zu leisten hat, den Ersatz des Aufwandes an Krankengeld vom Träger der Pensionsversicherung ab dem Beginn der 27.Woche bei Anfall einer Rente, die Errichtung eines Ausgleichsfonds

der Krankenversicherungsträger beim Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Daneben brachte die Novelle noch den Wegfall der Kranken- und Zahnbehandlungsscheingebühr, die Gewährung des halben Krankengeldes als Teilkrankengeld für die Zeit des halben Entgeltbezuges, die Nichtanrechnung gewisser Zeiten auf die Höchstdauer des Krankengeldbezuges, die Neufestsetzung des Familiengeldes während der Anstaltspflege eines Versicherten, der Anspruch auf Fortbezug von 50 v.H. seiner Bezüge hat, und das Verbot der Neueinführung, Erhöhung oder Erweiterung von satzungsmäßigen Mehrleistungen sowie der Neueinführung von freiwilligen Leistungen bis 31.3.1961.

Die 7.Novelle zum ASVG., BGBl.Nr.168/1960, erhöhte die für die Gewährung der Ausgleichszulage maßgebenden Richtsätze neuerlich und beseitigte die bisher im Ausgleichszulagenrecht bestandenen Auswirkungen von Unterhaltsverpflichtungen der Eltern gegenüber Kindern im gemeinsamen Haushalt.

Die 8.Novelle zum ASVG., BGBl.Nr.294/1960, wertete alle vorhandenen Renten auf das Lohnniveau des Jahres 1959 auf und beseitigte die unterschiedliche Behandlung der ASVG.-Renten und der Altrenten. Die Novelle hat desweiteren die Ruhensbestimmungen, die bei Zusammentreffen von Rentenansprüchen mit anderen Rentenan-

sprüchen oder einem Anspruch auf Ruhe- und Versorgungsgenuß Platz gegriffen haben, überhaupt aufgehoben und die Ruhensbestimmungen bei Zusammentreffen eines Rentenanspruches mit Entgelt aus einer unselbständigen Erwerbstätigkeit wesentlich gemildert. Überdies sah die Novelle für den Bereich der Pensionsversicherung die Gewährung einer zweiten Rentensonderzahlung, einer 14.Rente, vor. Ferner wurde durch die Novelle der Mindestbetrag für den Kinderzuschuß für alle Rentner erhöht. Die Novelle führte außerdem eine neue Form der Altersrente, und zwar die vorzeitige Altersrente bei langer Versicherungsdauer, ein. Eine weitere Verbesserung des Rentenrechtes durch die Novelle bestand darin, daß auch die Renten aus der Unfallversicherung entsprechend den Renten aus der Pensionsversicherung aufgewertet wurden und daß zu den Schwerversehrtenrenten aus der Unfallversicherung eine Zusatzrente gewährt wird. Die Novelle räumte überdies Witwen, deren Ehegatte vor dem 1.1.1939 verstorben ist, einen Anspruch auf Witwenrente aus der Pensionsversicherung ein, wenn sie nicht schon nach den bisherigen Bestimmungen einen Rentenanspruch hatten. Durch die Novelle wurden ferner die Bezieher einer Rente aus der Unfallversicherung, bei denen der Versicherungsfall vor dem 1.1.1939 eingetreten ist, in den Krankenversicherungsschutz einbezogen. Schließlich enthielt

die Novelle noch Bestimmungen über die Beitragsleistung des Bundes in der Pensionsversicherung sowie Bestimmungen über die Erhöhung der Beitragssätze und der Höchstbeitragsgrundlage in der Pensionsversicherung beziehungsweise auch in der Unfallversicherung.

Das Stammgesetz wurde aber nicht nur durch die Novellen zum ASVG., sondern auch noch durch die nachstehend angeführten Gesetze ergänzt oder abgeändert:

Das Bundesgesetz BGBl.Nr.239/1955 ergänzte die Bestimmungen des ASVG. hinsichtlich des Ausmaßes der Leistungen der Geschädigten aus politischen oder religiösen Gründen oder aus Gründen der Abstammung.

Das Bundesgesetz BGBl.Nr.153/1956 enthielt Sonderbestimmungen über die Kranken- und Pensionsversicherung der im Präsenzdienst stehenden Wehrpflichtigen.

Das Künstler-Sozialversicherungsgesetz, BGBl.Nr. 157/1958, schied die selbständigen bildenden Künstler aus der Vollversicherung aus und bezog sie in die Teilversicherung in der Kranken- und Unfallversicherung ein.

Die Novelle zum GSPVG., BGBl.Nr.65/1959, erweiterte den Kreis der in der Kranken- und Unfallversicherung teilversicherten Personen hinsichtlich der Berufsschullehrer.

Fast jede Novelle brachte sohin Verbesserungen des Leistungsrechtes. Manche Änderungen - wie etwa die Einführung der vorzeitigen Altersrente bei Arbeitslosigkeit oder die Einführung der vorzeitigen Altersrente bei langer Versicherungsdauer - bedeuteten eine echte Weiterentwicklung unseres Sozialversicherungssystems.

Die zahlreichen Änderungen und Ergänzungen des Stammgesetzes haben allerdings zwangsläufig das praktische Arbeiten mit dem Gesetz außerordentlich erschwert und den Gesetzestext unübersichtlich gemacht. Um diesem Übelstand abzuhelfen nimmt das Bundesministerium für soziale Verwaltung die Wiederverlautbarung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes in Aussicht. Vorher sollen jedoch noch alle Änderungen und Ergänzungen vorgenommen werden, die sich im Laufe der nahezu sechsjährigen Wirksamkeit des Gesetzes als notwendig oder empfehlenswert erwiesen haben. Es sind dies zum Teil meritorische Änderungen des Rechtsstoffes, zum Teil lediglich Textbereinigungen, durch die Unstimmigkeiten beseitigt werden sollen. Darüber hinaus sollen aber auch einige Änderungen und Ergänzungen des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes von größerer Tragweite vorgenommen werden, die im folgenden besonders hervorgehoben werden sollen:

1. Eine neue Abgrenzung des Begriffes "geringfügige Beschäftigung" im § 5 Abs.2 betreffend die Ausnahme von der Vollversicherung;

2. Neueinführung des Versicherungsschutzes in der Krankenversicherung für die Bezieher einer laufenden Geldleistung aus der zusätzlichen Pensionsversicherung für Bedienstete von Verkehrsunternehmungen, auch soweit diese keine Rente aus der allgemeinen Pensionsversicherung beziehen (sogenannte Administrativrentner);

3. Änderungen der Bestimmungen über die Weiterversicherung in der Kranken- und Pensionsversicherung;

4. Änderung der Bestimmungen, betreffend Überweisung von Mitteln an den Unterstützungsfonds;

5. Erweiterung der dreiwöchigen Schutzfrist für Erwerbslose in der Krankenversicherung durch die Zeiten einer Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit, die im Zeitpunkt des Ausscheidens aus der Pflichtversicherung bereits bestanden hat;

6. Aufnahme von Bestimmungen über die Kostenerstattung für den Fall eines sogenannten vertragslosen Zustandes hinsichtlich der Beziehungen zu den Ärzten (Dentisten);

7. Änderung der Bestimmungen über den Anspruch auf Familiengeld;

8. Änderung der Bestimmungen über die Bemessung des Wochengeldes;

9. Neuregelung der Beitragsnachentrichtung in der Pensionsversicherung;

10. Abgrenzung der Begriffe "wesentlich bergmännische

oder gleichzuhaltende Arbeiten" sowie "Hauertätigkeit" in Anlagen zum Gesetz und damit Entfall der Notwendigkeit einer Regelung im Verordnungswege;

11. Milderung der Bestimmungen über die Dritteldeckung;

12. Neufassung des Begriffes der Invalidität.

13. Neuerliche Erhöhung der Richtsätze in zwei Etappen zum 1.Jänner und 1.Juli 1962;

14. Erweiterung des Berufungsrechtes im Leistungsstreitverfahren.

Zu den einzelnen Bestimmungen wird folgendes bemerkt:

Zu Art.I Z.1 und 2: / §§ 2 u.3

Die Aufzählung der neben der Allgemeinen Sozialversicherung bestehenden Sonderversicherungen in § 2 Abs.2 ASVG. mußte durch die seit dem Inkrafttreten des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes geschaffenen Sonderversicherungen, wie die Krankenversicherung der Empfängerinnen der Sonderunterstützung nach dem Mutterschutzgesetz, BGBl. Nr.76/57, der Bezieher von Karenzurlaubsgeld nach dem Arbeitslosenversicherungsgesetz 1958, BGBl. Nr.199, die Pensionsversicherung nach dem Gewerblichen Selbständigen-Pensionsversicherungsgesetz, BGBl.Nr.292/1957, und die landwirtschaftliche Zuschußrentenversicherung, BGBl.Nr.293/1957, ergänzt werden.

Nach der derzeitigen Fassung des § 3 Abs.2 lit.d erster Halbsatz, gelten Dienstnehmer unter den dort näher angeführten Voraussetzungen als im Inland beschäftigt, "sofern ihre Beschäftigung im Ausland die Dauer eines Jahres nicht übersteigt". In der Praxis hat sich gezeigt, daß die im Ausland zu verrichtenden Arbeiten sehr oft nicht innerhalb eines Jahres abgeschlossen werden können. In allen diesen Fällen muß, wenn der Versicherungsschutz über ein Jahr hinaus erhalten bleiben soll, ein Verfahren nach dem zweiten Halbsatz eingeleitet werden. Um dies zu vermeiden, wird im Interesse einer Entlastung der Dienstgeber

und auch der Verwaltung die Frist, während derer der Dienstnehmer als im Inland beschäftigt gilt, von einem Jahr auf zwei Jahre verlängert.

Nach § 3 Abs.3 gelten unter anderem als nicht im Inland beschäftigt die Dienstnehmer eines ausländischen Betriebes, es sei denn, daß dieser Betrieb im Inland eine Zweigniederlassung hat. Dienstnehmer, die bei ausländischen Firmen beschäftigt sind, die im Inland keine Zweigniederlassung besitzen - ein Fall, der sich bei der gegenwärtigen wirtschaftspolitischen Entwicklung Europas immer häufiger ereignen wird - entbehren daher eines sozialversicherungsrechtlichen Schutzes. Diese Schlechterstellung gegenüber den Dienstnehmern, die nach den geltenden Vorschriften als im Inland beschäftigt gelten, soll zumindest für jene Personen beseitigt werden, die in Österreich einen Wohnsitz haben und die nicht schon auf Grund ihrer Beschäftigung einem ausländischen System der sozialen Sicherheit angehören. Durch die Eingangsworte des Abs.3 wird sichergestellt, daß durch zwischenstaatliche Regelungen anderes vereinbart werden kann.

Zu Art.I Z.3 bis 6: / §§ 4,5,7,8

Der in den §§ 4 bis 8 umschriebene Personenkreis der Pflichtversicherten wurde im wesentlichen unverändert gelassen. Nur dort, wo sich im Laufe der Geltungsdauer des Gesetzes Schwierigkeiten

oder Härten ergeben haben, wurden Änderungen vorgenommen.

So ist bei Schaffung des Gesetzes die ausdrückliche Normierung der Pflichtversicherung auch für männliche Krankenpflegeschüler unterblieben (§ 4 Abs.1 Z.4). Es bestand aber nicht die Absicht, männliche Krankenpflegeschüler - es kommen hier vor allem die Irrenpflegeschüler in Betracht - von der Pflichtversicherung auszuschließen. Der Ausdruck "Lernschwester" konnte entfallen, weil es sich um einen reichsdeutschen Terminus handelt, der in Österreich keinen Eingang gefunden hat. Weiters wurde der durch das Krankenpflegegesetz, BGBl.Nr.102/1961, neu geschaffenen Rechtslage Rechnung getragen und durch die ausdrückliche Nennung der Schüler beziehungsweise Schülerinnen an medizinisch-technischen Schulen und Schulen für den medizinisch-technischen Fachdienst sichergestellt, daß der nach § 4 Abs.1 Z.4 ASVG. schon bisher pflichtversichert gewesene Personenkreis auch weiterhin den Schutz der Pflichtversicherung genießen wird.

Eine Erweiterung soll der den Dienstnehmern gleichgestellte Personenkreis durch Aufnahme der selbständigen Winzer erfahren. Die Anregung auf Einbeziehung dieser Personen in die Vollversicherung ging von der Burgenländischen Landwirtschafts-

krankenkasse aus, die nach ihrer Praxis schon bisher die in Rede stehenden Winzer als der Pflichtversicherung unterliegend behandelt hat. Das Bundesministerium für soziale Verwaltung hat jedoch in seiner Rechtsprechung den gegenteiligen Standpunkt eingenommen. Um den selbständigen Winzern den Versicherungsschutz zu erhalten, wird die gegenständliche Ergänzung beantragt.

Die wichtigste Änderung wird hinsichtlich der Bestimmung des § 5 Abs.2 über die Abgrenzung der gemäß § 5 Abs.1 Z.2 von der Vollversicherung ausgenommenen geringfügig Beschäftigten vorgenommen. Die Bestimmung über die geringfügige Beschäftigung hat in der Praxis zu erheblichen Schwierigkeiten geführt, und zwar sowohl für die Dienstgeber als auch für die Versicherungsträger. Dadurch, daß eine Beschäftigung nur dann als geringfügig anzusehen ist, wenn dem Dienstnehmer von einem o d e r m e h r e r e n Dienstgebern monatlich kein höheres Entgelt als 270,--S gebührt, wäre jeder Dienstgeber, der der ihm auferlegten gesetzlichen Meldepflicht nachkommen will, gezwungen, festzustellen, ob der von ihm, oft nur wenige Stunden in der Woche, beschäftigte Dienstnehmer nicht noch auf Grund anderer Beschäftigungen ein höheres Entgelt in dem in Betracht kommenden Kalendermonat als 270,--S erzielt. Ein Beginnen, das für den

Dienstgeber vielfach erfolglos bleiben muß. Um den in Durchführung der Bestimmungen des § 5 Abs.2 aufgetretenen Schwierigkeiten wenigstens zum Teil zu begegnen, haben die Versicherungsträger in der Praxis den Betrag von 270,--S auf Kalendertage aufgeteilt (9,--S pro Kalendertag) und damit erreicht, daß zwecks Feststellung der Versicherungspflicht nicht erst das Ende des laufenden Kalendermonates abgewartet werden muß, sondern schon am Ende des Arbeitstages der Sachverhalt rechtlich qualifiziert werden kann. Für diese Praxis bietet aber das Gesetz derzeit keine ausreichende Stütze. Da sich die Praxis der Versicherungsträger grundsätzlich bewährt hat, wird sie, allerdings modifiziert, im vorliegenden Entwurf berücksichtigt. Darüber hinaus soll aber - um den Dienstgebern die Erfüllung der ihnen obliegenden Meldopflicht zu erleichtern und sie der Schwierigkeiten der Feststellung allfälliger anderweitiger Beschäftigungen und der daraus erzielten Entgelte zu enthaben - in Hinkunft jedes Beschäftigungsverhältnis für sich allein daraufhin untersucht werden, ob es sich um eine geringfügige Beschäftigung handelt oder nicht.

Nach der beantragten Fassung wird in Hinkunft zunächst zu prüfen sein, ob die Beschäftigung für

eine kürzere Zeit als eine Woche, für mindestens eine Woche oder für einen unbestimmten Zeitraum vereinbart war. Hat die Beschäftigung nicht eine ganze Woche gedauert, wird die Pflichtversicherung nur eintreten, wenn das tägliche Entgelt 30,-- oder mehr Schillinge betragen hat; war die Beschäftigung für mindestens eine Woche oder für unbestimmte Zeit vereinbart, wird ein wöchentliches Entgelt von 90,-- oder mehr Schillingen beziehungsweise ein monatliches Entgelt von 390,--S oder mehr Schillingen die Pflichtversicherung begründen. Ist das Entgelt nicht nach bestimmten Zeiträumen, sondern nach anderen Maßstäben vereinbart gewesen, wird gleichfalls der Betrag von 390,--S monatlich für die Frage der Pflichtversicherung beziehungsweise der Ausnahme von der Pflichtversicherung bedeutsam sein. Der Betrag von weniger als 390,--S monatlich wurde mit Rücksicht darauf gewählt, daß gegenwärtig der Sachbezug der vollen freien Station für Zwecke der Lohnsteuer mit 390,--S bestimmt ist und diese Bewertung auch für den Bereich der Sozialversicherung gilt (§ 50). Es ist somit sichergestellt, daß alle in der Land- und Forstwirtschaft bloß gegen volle freie Station beschäftigten Arbeitnehmer auch in Zukunft nicht als geringfügig beschäftigt gelten und somit der Vollversicherung unterliegen werden.

Kurzarbeit und Hausbesorgertätigkeit sollen - so wie bisher - ohne Rücksicht auf das ins Verdienen gebrachte Entgelt die Pflichtversicherung begründen. Die Formulierung "... eine Beschäftigung der in § 1 der Hausbesorgerordnung 1957, BGBl. Nr.154, bezeichneten Art gilt nicht als geringfügig." soll die Auslegung ausschließen, daß eine Hausbesorgertätigkeit nur dann unabhängig von der Höhe des Entgelts geringfügig ist, wenn auf sie die Bestimmungen der Hausbesorgerordnung auch tatsächlich Anwendung finden. Schließlich soll § 5 Abs.2 noch durch die Bestimmung ergänzt werden, daß eine Beschäftigung, die ein unter den Grenzbeträgen von 90,-- beziehungsweise 390,--S liegendes Entgelt nur deshalb ergibt, weil sie nicht während des ganzen Zeitraumes, auf den sich die Ansätze beziehen, ausgeübt wird, nicht als geringfügig gilt. Hiebei ist vor allem an jene Fälle gedacht, in denen das Entgelt nur deshalb unter den Grenzbeträgen liegt, weil die Arbeitsaufnahme erst an einem Freitag oder bei Monatslöhnern erst am 29. eines Kalendermonates aufgenommen wird. Nach der Praxis der Krankenversicherungsträger und auch nach der Rechtsprechung des Bundesministeriums für soziale Verwaltung wird schon gegenwärtig in solchen Fällen keine Geringfügigkeit der Beschäftigung angenommen. Der Sachverhalt soll jedoch auch im

Gesetz rechtlich einwandfrei geregelt werden.

Es darf angenommen werden, daß die neue Lösung des Problems der Grenzziehung zwischen geringfügiger und damit versicherungsfreier und versicherungspflichtiger Beschäftigung eine wesentliche Vereinfachung für alle Beteiligten bringen wird. Bezüglich des Versicherungsschutzes jener Personen, die in mehreren geringfügigen Beschäftigungen stehen, und jener Personen, die neben einer die Vollversicherung begründenden Beschäftigung noch eine geringfügige Beschäftigung ausüben, wird auf die Bestimmungen des neu in das Gesetz einzufügenden § 19a verwiesen.

Eine Klarstellung hat sich auch bezüglich des Umfanges der Teilversicherung der Rechtsanwaltsanwärter als notwendig erwiesen. Nach § 7 Z.1 lit.e sind Rechtsanwaltsanwärter in der Kranken- und Unfallversicherung teilversichert. Nach § 8 Abs.1 Z.2 sind die im Betrieb der Eltern, Großeltern, Wahl- oder Stiefeltern beschäftigten Kinder in der Unfall- und Pensionsversicherung teilversichert. Ist also ein Rechtsanwaltsanwärter zum Beispiel in der Kanzlei seines Vaters beschäftigt, so tritt für ihn nach der Judikatur des Verwaltungsgerichtshofes eine Teilversicherung nur in der Unfallversicherung ein. Diese Judikatur soll in einer jeden Zweifel ausschließenden Weise im Gesetz ihren Niederschlag finden.

Die Neuformulierung des § 8 Abs.1 Z.1, betreffend die Krankenversicherung der Rentner, stellt zunächst klar, daß diese Krankenversicherung nur die Bezieher einer Rente nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz und nicht auch die Bezieher einer Rente aus der im Jahre 1958 neu eingeführten Pensionsversicherung der selbständig Erwerbstätigen (Gewerbliches Selbständigen-Pensionsversicherungsgesetz) oder einer Rente nach den Landwirtschaftlichen Zuschußrentenversicherungsgesetz erfaßt.

Weiters soll auf Anregung aus gewerkschaftlichen Kreisen der Schutz der Krankenversicherung der Rentner auch auf die Bezieher einer Rente aus der zusätzlichen Pensionsversicherung bei der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen und bei den Pensionsinstituten der Privatbahnen (§§ 478 und 479) ausgedehnt werden. Hiebei werden aber nur jene Bezieher einer laufenden Geldleistung aus der zusätzlichen Pensionsversicherung erfasst, die nicht bereits auf Grund des Bezuges einer Rente aus der Pensionsversicherung nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz in der Krankenversicherung teilversichert sind. Es handelt sich hiebei um Personen, bei denen die Eisenbahnunternehmung das Dienstverhältnis wegen eingetretener Dienstunfähigkeit beendet hat und die daher

einen Ruhegenuß wegen Dienstunfähigkeit aus der zusätzlichen Pensionsversicherung beziehen, ohne daß Anspruch auf Invaliditäts(Berufsunfähigkeits)-rente aus der Pensionsversicherung nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz besteht. Die Aufbringung der Mittel für den in Rede stehenden Personenkreis wird im § 73 Abs.8 geregelt.

Der Kreis der nach § 8 in der Unfallversicherung Teilversicherten soll einige, wenn auch nicht ins Gewicht fallende Änderungen erfahren.

Zunächst wurde vorgesorgt, daß auch die Teilnehmer an Umschulungs-Nachschulungs- und sonstigen beruflichen Ausbildungslehrgängen, die von Gebietskörperschaften durchgeführt werden, Unfallversicherungsschutz erhalten. Rein textlicher Natur ist die Änderung durch welche der Ausdruck "Ferialpraktikanten" aus dem Gesetz eliminiert wird. Schon nach der geltenden Fassung des § 8 Abs.1 Z.3 lit.c sind Personen, die eine im Rahmen der Mittel- oder Hochschulstudien vorgeschriebene oder übliche praktische Tätigkeit vor den Studien oder während der Studien ausüben, in der Unfallversicherung teilversichert. Das Gleiche gilt auch für die Ferialpraktikanten. Darunter können bei wörtlicher Auslegung nur jene Studenten verstanden werden, die eine vorgeschriebene oder übliche praktische Tätigkeit während der

Ferien ausüben, wobei allerdings die derzeitige Fassung Zweifel geschaffen hat, ob es sich bei der Tätigkeit, die der Ferialpraktikant ausübt und die seine Teilversicherung begründet, um eine vorgeschriebene oder übliche praktische Tätigkeit innerhalb seiner Studienrichtung handeln muß. Nach Meinung der Antragsteller sollte dies der Fall sein. Die Neutextierung will klarstellen, daß alle Personen, die im Rahmen des Mittel- oder Hochschulstudiums, aber auch des Studiums an einer Fachschule eine vorgeschriebene oder übliche praktische Tätigkeit ausüben, in der Unfallversicherung teilversichert sein sollen, gleichgültig, ob diese Tätigkeit vor den Studien, während der Studien oder in den Ferien ausgeübt wird. Die Abgrenzung zwischen dem Studenten, der lediglich nach § 8 Abs.1 Z.3 lit.c teilversichert ist, und dem Studenten, der im Rahmen seiner praktischen Tätigkeit wie ein Dienstnehmer tätig wird und daher nach § 4 Abs.1 Z.1 der Vollversicherung unterliegt, hat in der Praxis gleichfalls zu Schwierigkeiten geführt. Die Antragsteller sind allerdings der Meinung, daß diese Abgrenzung nicht vom Gesetzgeber, sondern im Zweifelsfall nur im Verfahren in Verwaltungssachen unter Bedachtnahme auf die besonderen Verhältnisse im Einzelfalle wird vorgenommen werden können.

Die land- und forstwirtschaftlichen Betriebe der katholischen Kirche sowie der Diakonissenanstalten müssen nach § 72 Abs.2 ASVG. Beiträge zur Unfallversicherung in der Land- und Forstwirtschaft aufbringen. Sind Angehörige von Orden oder Kongregationen der katholischen Kirche oder der Diakonissenanstalten der evangelischen Kirche in einem solchen Betrieb tätig, genießen sie keinen Unfallversicherungsschutz, weil sie nach § 5 Abs.1 Z.7 von der Vollversicherung ausgenommen sind und auch eine Teilversicherung nach § 7 oder nach § 8 nicht vorgesehen ist. Der Anregung, dem oben angeführten Personenkreis für die Dauer der Beschäftigung in einem land- oder forstwirtschaftlichen Betrieb des Ordens und so weiter Versicherungsschutz zu gewähren, wird in der neuen Fassung des § 8 Abs.1 Z.3 lit.d Rechnung getragen.

Der Versicherungsschutz der wie Versicherte nach § 8 Abs.1 Z.3 lit.a bis d oder nach § 4 tätig werdenden Personen wurde neu geregelt. Nach der geltenden Rechtslage sind diese Personen in die Teilversicherung in der Unfallversicherung einbezogen (§ 8 Abs.1 Z.3 lit.e). Für sie ist auch eine Beitragsregelung vorgesehen (§ 74 Abs.3). Da derartige Versicherungsverhältnisse den Unfallversicherungsträgern nach den Erfahrungen der Praxis

stets nur in den Fällen bekannt werden, in denen sich ein Arbeitsunfall ereignet, erwies sich diese Regelung als undurchführbar. Im Antrag wird daher die bisher bestandene Teilversicherung dieser Personengruppen aufgelassen und der Versicherungsschutz dadurch bewirkt, daß Unfälle, die solchen Personen zustoßen, im § 176 Abs.1 Z.6 den Arbeitsunfällen gleichgestellt werden, wobei die Leistungen der Unfallversicherung auch dann gebühren sollen, wenn die tätig werdenden Personen nicht unfallversichert sind (§ 176 Abs.2). Bei dieser Gelegenheit wurde der Versicherungsschutz für Personen, die wie ein nach § 8 Abs.1 Z.3 lit.a bis d Versicherter tätig werden, nicht mehr aufrecht erhalten, weil sich solche Fälle in der Praxis nicht ereignet haben und auch kaum denkbar sind.

Die gleiche Konstruktion bezüglich des Unfallversicherungsschutzes, wie sie für die oben genannte Personengruppe gewählt wurde, ist auch für jene Personen vorgesehen, die bisher nach § 8 Abs.1 Z.3 lit.d teilversichert sind.

Die nach § 4 Abs.1 Ziffer 6 Vollversicherten und die nach § 7 Ziffer 2 lit.b in der Unfall- und Pensionsversicherung teilversicherten Zwischenmeister sind nach der geltenden Rechtslage auch gemäß § 8 Abs.1 Ziffer 3 lit.a als Mitglieder einer Kammer der gewerblichen Wirtschaft in der Unfallversicherung teilversichert. Für sie hat daher der Auftraggeber Beiträge zur Unfallversicherung nach § 51 Abs.1 Z.2 beziehungsweise § 53 zu entrichten. Aber auch sie selbst müssen einen jährlichen Beitrag zur Unfallversicherung nach § 74 Abs.1 zahlen. Um diese "doppelte Unfallversicherung" zu beseitigen, wird § 8 Abs.2 dahin ergänzt, daß die Bestimmungen des Abs.1 Z.3 lit.a nicht für die in Rede stehenden Zwischenmeister gelten, es sei denn, daß ein Zwischenmeister neben der Gewerberechtigung, die ihn zur Ausübung der Tätigkeit als Zwischenmeister berechtigt, noch eine andere Gewerbeberechtigung besitzt, die seine Mitgliedschaft bei einer Kammer der gewerblichen Wirtschaft begründet.

Das gleiche Problem soll im Abs.2 lit.b gelöst werden. Eine kleine Gruppe von Gepäckträgern übt nämlich diese Tätigkeit auf Grund einer Gewerbeberechtigung aus, die die Mitgliedschaft dieser Personen bei einer Kammer der gewerblichen Wirtschaft begründet. Auch in der Person dieser Gepäck-

träger besteht sohin eine zweifache Unfallversicherungspflicht, die gleichfalls beseitigt werden soll.

Zu Art.I Z.7: § 1o

Die im Antrag vorgesehenen Änderungen des § 1o stehen zum Großteil mit den bereits besprochenen Änderungen der §§ 4, 7 und 8 im Zusammenhang. Lediglich der Änderung des letzten Satzes im Absatz 7 kommt größere meritorische Bedeutung zu. Nach der geltenden Rechtslage kann das Recht auf eine Bescheinigung für die vorläufige Krankenversicherung nur geltend machen, wer nicht bereits gesetzlich krankenversichert ist. Nach der beantragten Änderung soll in Hinkunft nur mehr eine Pflichtversicherung in der Krankenversicherung das Recht auf Ausstellung einer solchen Bescheinigung ausschließen. Der Änderung liegt die Erwägung zugrunde, daß gerade die für eine vorläufige Krankenversicherung in Betracht kommenden Personen sehr häufig schon in der Krankenversicherung weiterversichert sind und erst nach Beendigung der Weiterversicherung den Antrag auf eine Bescheinigung für die vorläufige Krankenversicherung stellen könnten.

Zu Art.I Z.8: § 11

Die Bestimmungen des § 11 über das Ende der Pflichtversicherung haben sich in mehrfacher Hinsicht als abänderungs- und ergänzungsbedürftig erwiesen.

Aus dem Wortlaut des § 11 Abs.1 ("Die Pflichtversicherung ... erlischt, ... mit dem Ende der Beschäftigung..") haben einzelne Krankenversicherungsträger den Schluß gezogen, daß mit Beendigung der Arbeitsverrichtung, also bei einer Fünftagewoche etwa mit Arbeitsschluß am Freitag, die Pflichtversicherung ende und eine Erkrankung am Samstag oder Sonntag als ein während der Schutzfrist des § 122 Abs.2 Z.2 eingetretener Versicherungsfall zu behandeln sei. Um dieser nicht gewollten Auslegung den Boden zu entziehen, soll ebenso wie beim Lehr- und Ausbildungsverhältnis das Ende der Pflichtversicherung auf das Ende des Beschäftigungsverhältnisses abgestellt werden. Dadurch scheint klar zum Ausdruck gebracht, daß durch arbeitsfreie Tage, durch Sonntage oder Feiertage, wenn nicht das Beschäftigungsverhältnis als solches endet, der Versicherungsschutz weiter besteht.

Durch die Neuformulierung der Bestimmungen des § 11 Abs.3 ASVG. wird Vorsorge getroffen, daß Dienstnehmer, die zum Dienst als Schöffe, Geschworener oder Vertrauensperson, also zu einem öffentlichen

Ehrenamt herangezogen werden, hiedurch keinen sozialversicherungsrechtlichen Nachteil erleiden. Das gleiche soll für die Fälle der Absonderung nach sanitätspolizeilichen Vorschriften gelten.

Die Änderungen im § 11 Abs.4 sind textlicher Natur.

Zu Art.I Z.9 bis 11:

§§ 12, 16 und 17

Die Änderungen im Bereiche der freiwilligen Versicherung sollen Härten und Unklarheiten beseitigen, die bei der praktischen Anwendung der geltenden einschlägigen Bestimmungen des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes zu Tage getreten sind.

Nach der Rechtsprechung des Verwaltungsgerichtshofes wird im Falle eines Streikes durch den Zerfall der Willensübereinstimmung zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer über die entgeltliche Arbeitsleistung die Beendigung des für die Sozialversicherungspflicht maßgebenden Beschäftigungsverhältnisses herbeigeführt. Durch die im Antrag vorgesehene Ergänzung des Abs.1 soll in solchen Fällen den Versicherten die Möglichkeit gegeben werden, ohne Rücksicht darauf, ob sie die Vorversicherungszeit erfüllt haben, die Pflichtversicherung freiwillig fortzusetzen. Das gleiche soll für den Fall einer Aussperrung gelten.

Die Rahmenfrist von zwölf Monaten soll, um Härten zu beseitigen, in Hinkunft um die im Antrag näher umschriebenen Zeiten verlängert werden. Diese Zeiten sollen aber auch den Beginn der Dreiwochenfrist hinausschieben.

Der neue Absatz 6 soll eine Lücke schließen, die sich in sehr vielen Fällen für die Versicherten nachteilig ausgewirkt hat. Hat nämlich der aus der Pflichtversicherung Ausgeschiedene in Verbindung mit einem Rentenantrag auch die Ausstellung einer Bescheinigung für die vorläufige Krankenversicherung (§ 10 Abs.7) beantragt, und ist in der Folge sein Antrag abgelehnt worden, kann er die Pflichtversicherung in der Regel nicht mehr freiwillig fortsetzen, weil die Dreiwochenfrist des § 16 Abs.1 schon abgelaufen ist. Diese Härte soll für jene Fälle beseitigt werden, die innerhalb von drei Wochen nach dem Ausscheiden aus der Pflichtversicherung die vorläufige Krankenversicherung beantragt haben. Die dreiwöchige Frist für den Antrag auf Weiterversicherung soll dann erst vom Tage der Zustellung des Bescheides über die Ablehnung des Rentenantrages neu zu laufen beginnen. Von diesem Tag an soll auch die Weiterversicherung beginnen.

Die Bestimmungen über die Weiterversicherung in der Pensionsversicherung (§ 17) sind zur Gänze neu gefaßt worden. Zunächst soll durch die Neuformulierung des Abs.1 sichergestellt werden, daß eine allenfalls bestehende Pflichtversicherung nach dem Landwirtschaftlichen Zuschußrentenversicherungsgesetz einer Weiterversicherung nach

§ 17 nicht entgegensteht. Es ist dies eine logische Fortsetzung der herrschenden Rechtsauffassung, daß die Landwirtschaftliche Zuschußrentenversicherung nicht als Pensionsversicherung anzusehen ist. Weiters sollen alle im § 17 Abs.1 genannten Fristen im Interesse einer gleichartigen Behandlung der Versicherten nur mehr auf Monate abgestellt werden. Abs.2 regelt so wie bisher die Frage, in welchem Zweig der Pensionsversicherung die Weiterversicherung zulässig ist. Der Abs.3 wurde unverändert übernommen. Die Rahmenzeiträume des Abs.1 sollen um die im Abs.4 genannten Zeiten verlängert werden.

Eine Erweiterung erfährt der Anwendungsbereich der Sonderregelung des § 17 Abs.5 durch die im Antrag vorgesehene Neufassung. Nach der geltenden Rechtslage hat das Vorhandensein von 520 Beitragswochen (120 Beitragsmonaten) lediglich die Auswirkung, daß die im § 17 Abs.1 vorgesehene Vorversicherungszeit nicht erfüllt und die im § 17 Abs.3 vorgesehene Antragsfrist nicht eingehalten werden braucht. Hingegen ist das weitere im § 17 Abs.1 vorgesehene Erfordernis des Ausscheidens aus der Pflichtversicherung auch in den Fällen des § 17 Abs.5 zu beachten, was u.a. zur Folge hat, daß eine einmal beendete Weiterversicherung auch unter Heranziehung des § 17 Abs.5 nicht wieder aufgenommen

werden kann.

Die Neufassung der Bestimmung des § 17 Abs.5 wird Personen, die 120 Beitragsmonate in einer oder in mehreren der im Abs.1 genannten Pensions(Renten)versicherungen erworben haben, die Möglichkeit geben, jederzeit eine Weiterversicherung einzugehen. Darüber hinaus enthält die Neufassung des § 17 Abs.5 auch die Abstandnahme von dem oben erwähnten Erfordernis des Ausscheidens aus der Pflichtversicherung. Es kann daher in den Fällen des § 17 Abs.5 auch eine bereits beendete Weiterversicherung jederzeit und wiederholt wieder aufgenommen und fortgesetzt werden.

Nach der bisherigen Rechtslage bestanden Zweifel darüber, ab wann die freiwillige Weiterversicherung in der Pensionsversicherung zu beginnen habe, u.zw. insbesondere dann, wenn das Recht auf Weiterversicherung nicht unmittelbar im Anschluß an die beendete Pflichtversicherung, sondern erst später geltend gemacht wurde. Diese Lücke soll durch den neuen Abs.6 geschlossen werden.

Der neue Abs.7 entspricht im wesentlichen dem bisherigen Abs.4. Der Zeitraum innerhalb dessen rückständige Beiträge noch bezahlt werden

können, ohne daß dies auf den Bestand der Versicherung eine Auswirkung hat, ist von 24 auf 6 Monate verringert worden, um die Zeit der Ungewissheit darüber, ob eine Versicherung noch besteht oder nicht, zu verkürzen.

Durch Abs.8 soll schließlich auch die Regelung des § 231 über die Versicherungsmonate bei der Ermittlung der Versicherungsmonate (Beitragsmonate) im Bereiche der Weiterversicherung in der Pensionsversicherung Anwendung finden. Wenn selbst für die Feststellung der Leistungen aus der Pensionsversicherung eine Versicherungszeit in der Dauer von 15 Tagen oder zwei Beitragswochen den betreffenden Monat zu einem Beitragsmonat macht, sollen solche Monate auch für den Bereich der Weiterversicherung als volle Versicherungsmonate gelten.

Zu Art.I Z.12 und 13:
§§ 18 und 19

Der zur Selbstversicherung in der Krankenversicherung berechtigte Personenkreis hat über Wunsch der bäuerlichen Interessenvertretung eine Erweiterung erfahren.

Nach dem Tod des selbstversichert gewesenen Landwirtes sollen dessen Witwe, seine Kinder, Enkel-, Wahl- und Stiefkinder, weiters die Eltern, Groß-, Wahl- und Stiefeltern, wenn sie im land(forst)wirtschaftlichen Betrieb des Verstorbenen tätig waren, der Selbstversicherung beitreten können. Dieses Recht soll auch dem Ehegatten eines selbstversicherten Landwirtes oder eines selbstversicherten selbständigen Erwerbstätigen (§ 18 Abs.1 Z.3) nach Auflösung der Ehe zustehen. Diese Neuregelung stellt eine Annäherung an die Bestimmungen des § 16 Abs.2 im Bereiche der Weiterversicherung in der Krankenversicherung dar, wobei aber die eingangs angeführten Personen die Versicherung des Verstorbenen beziehungsweise des früheren Ehegatten nicht fortsetzen, sondern selbst der Versicherung beitreten. Durch diese Konstruktion wird bewirkt, daß die nach § 18 Abs.1 Z.4 und 5 in der Fassung des Antrages versicherungsberechtigter Personen, soweit sie dem bäuerlichen Kreis angehören, bei jenen Landwirtschaftskrankenkassen, die von der Ermächtigung des Absatzes 2 Gebrauch gemacht

haben, der Sonderabteilung für die freiwillige Versicherung der selbständigen Landwirte angehören werden.

Für das Ende der Selbstversicherung sollen in Zukunft die Endigungsgründe für die Weiterversicherung in der Krankenversicherung mit der Neuerung gelten, daß die Aufgabe der Tätigkeit als selbständiger Landwirt keinen Endigungsgrund für die Selbstversicherung bildet. Es werden sohin Landwirte auch nach Aufgabe der selbständigen Erwerbstätigkeit, etwa als Bezieher einer Zuschußrente, in der Selbstversicherung verbleiben können.

Die Endigungsgründe für die Selbstversicherung in der Unfallversicherung wurden um den Austritt erweitert. Weiters wurde klargestellt, daß im Falle des Beitragsverzuges die Selbstversicherung mit dem Ende des Monates endet, für den zuletzt ein Beitrag entrichtet worden ist.

Zu Art.I Z.14: § 19a

Wie schon in den Erläuterungen zur beantragten Neufassung des § 5 Abs.2 ausgeführt wurde, soll in Hinkunft jedes Beschäftigungsverhältnis für sich allein daraufhin untersucht werden, ob es sich um eine geringfügige Beschäftigung handelt oder nicht. Dies wird zur Folge haben, daß Personen, die in mehreren an sich geringfügigen

Beschäftigung tätig sind und die bisher, weil das Gesamteinkommen aus diesen geringfügigen Beschäftigungen den Betrag von 27o S monatlich überschritten hat, der Pflichtversicherung unterlegen sind, nicht mehr pflichtversichert wären, obwohl sie auf Grund des Entgeltes aus den mehreren geringfügigen Beschäftigungen ihren gesamten Lebensunterhalt bestreiten. Es wird aber auch Personen, die der Vollversicherung nach § 4 unterliegen und die nebenbei noch eine geringfügige Beschäftigung ausüben, das Entgelt aus dieser geringfügigen Beschäftigung sozialversicherungsrechtlich verlorengehen, das heißt weder die Bemessungsgrundlage für die Barleistungen aus der Krankenversicherung noch die Bemessungsgrundlage für die Leistung aus der Unfall- und Pensionsversicherung erhöhen. Diese Auswirkung der Neufassung des § 5 Abs.2 ist sozialpolitisch unbefriedigend. Es wurde daher ein Weg gesucht, die Betroffenen vor diesen Nachteilen zu bewahren. Die Einführung einer Pflichtversicherung für solche Fälle schien nicht möglich, weil damit für den Dienstgeber wieder die Notwendigkeit verbunden gewesen wäre, in jedem Fall einer geringfügigen Beschäftigung ein allfälliges Nebeneinkommen und dessen Höhe festzustellen; aber auch jeder Dienstgeber eines Vollversicherten

müßte sich davon überzeugen, ob der Dienstnehmer nicht allenfalls nebenbei noch eine geringfügig zu qualifizierende Beschäftigung ausübt.

Die Antragsteller sind der Meinung, daß die einzige Schutzmöglichkeit, die der Gesetzgeber bieten kann, darin besteht, den in Rede stehenden Personen den freiwilligen Beitritt zur Kranken- und Pensionsversicherung zu eröffnen. Der einzelne Betroffene wird daher für sich selbst entscheiden müssen, ob er den Schutz der Sozialversicherung für sich in Anspruch nimmt oder ob er auf diesen Schutz verzichtet. Um eine sozialversicherungsrechtliche Schlechterstellung der zur Selbstversicherung Berechtigten gegenüber der geltenden Rechtslage zu vermeiden, soll die neue Selbstversicherung die Wirkungen einer Pflichtversicherung haben. Die Möglichkeit auch der Unfallversicherung freiwillig beitreten zu können, brauchte nicht ins Auge gefaßt werden, weil die geringfügig Beschäftigten ohnedies einer Teilversicherung in der Unfallversicherung unterliegen (§ 7 Z.3 lit.a).

Den Beginn der Selbstversicherung soll - dem Grundsatz einer freiwilligen Versicherung entsprechend - der Versicherungsberechtigte selbst bestimmen. Sie soll mit dem Tage des Beitrittes beginnen, wobei als Tag des Beitrittes

jener Tag gilt, an dem die Anmeldung zur Selbstversicherung beim Versicherungsträger einlangt. Die Endigungsgründe entsprechen den Gründen, aus denen die Weiterversicherung in der Krankenversicherung endet (§ 16 Abs.7 in der Fassung des Antrages). Der Antrag zur Selbstversicherung ist beim Träger der Krankenversicherung einzubringen, der nach dem Wohnort des Berechtigten für die Pflichtversicherten zuständig wäre. Selbstverständlich wird auch auf die sachliche Zuständigkeit, wie sie sich aus § 26 ergibt, Bedacht genommen werden müssen.

In jenen Fällen, in denen bereits eine Pflichtversicherung in der Krankenversicherung besteht, wird auch für die Selbstversicherung der Träger der Pflichtversicherung zuständig sein.

Sehr breiten Raum in der Diskussion um die neue Form der Selbstversicherung hat die Frage eingenommen, wer zur Durchführung der Pensionsversicherung zuständig sein soll. Die Antragsteller glauben, daß im Interesse einer Verwaltungsvereinfachung lediglich die Träger der Pensionsversicherung der Arbeiter hiefür in Betracht kommen sollen. Es werden demnach Selbstversicherte, die mehrere geringfügige Beschäftigungen in der Land- und Forstwirtschaft ausüben, ihren Antrag zur Selbstversicherung bei der nach ihrem Wohnsitz

zuständigen Landwirtschaftskrankenkasse einbringen müssen; diese Kasse wird die Krankenversicherung durchführen. Träger der Pensionsversicherung wird die Land- und Forstwirtschaftliche Sozialversicherungsanstalt sein. Personen, die auf Grund geringfügiger Beschäftigungen im gewerblichen Bereich zur Selbstversicherung berechtigt sind, werden bei der für sie zuständigen Gebietskrankenkasse die Selbstversicherung zu beantragen haben. Träger der Pensionsversicherung wird die Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter sein, und zwar auch dann, wenn es sich um die Tätigkeit eines Angestellten handelt. Nur in jenen Fällen, in denen bereits eine Pflichtversicherung besteht, die die Zuständigkeit der Pensionsversicherungsanstalt der Angestellten oder die der Pensionsversicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues begründet, wird auch die Selbstversicherung von diesen Versicherungsträgern besorgt werden müssen. Ein schon pflichtversicherter Angestellter, der noch eine geringfügige Beschäftigung ausübt, wird daher, ungeachtet der Art der geringfügigen Beschäftigung, auch von dem Entgelt aus dieser Beschäftigung einen Pensionsversicherungsbeitrag leisten müssen, wie er für die bei der Pensionsversicherungsanstalt der Angestellten Versicherten festgesetzt ist.

Wie schon erwähnt, wird die Selbstversicherung in Ansehung des Leistungsrechtes, aber auch des Rechtes zur Weiterversicherung die gleichen Rechtswirkungen haben wie eine Pflichtversicherung.

Nach § 39 sind die Selbstversicherten verpflichtet, die für ihre Versicherung bedeutsamen Änderungen binnen einer Wochen dem für sie zuständigen Krankenversicherungsträger zu melden. Die Meldungen wirken auch für den Bereich der Pensionsversicherung (Art.I Z.2o).

Als Beitragsgrundlage gilt ein Betrag in der Höhe des durchschnittlichen Einkommens des Versicherten aus den Beschäftigungen, die seine Berechtigung zur Versicherung begründen. Diese Bestimmung könnte bei Beginn der Selbstversicherung zu gewissen Schwierigkeiten führen, weil zu diesem Zeitpunkt, wenn der Beginn der Versicherung mit der Aufnahme von zwei oder mehreren geringfügigen Beschäftigungen zusammenfällt, das Durchschnittseinkommen nicht immer bekannt sein wird. Hier wird jedoch die Bestimmung Abhilfe schaffen, daß die Beitragsgrundlage für den Kalendertag nicht niedriger als 2o S, also monatlich nicht niedriger als 6oo S sein darf. Die Mindestbeitragsgrundlage in dieser Höhe wurde in Anlehnung an § 44 Abs.6 gewählt. Die

in der Pflichtversicherung jeweils bestehende Höchstbeitragsgrundlage darf auch in der Selbstversicherung nach § 19a nicht überschritten werden (Art.I Z. 35 lit.a). Der Beitragssatz für Selbstversicherte wird sich nach dem in Betracht kommenden Versicherungszweig bestimmen (Art.I Z.36 lit.a).

Die Fälligkeit der Beiträge haben die Träger der Krankenversicherung in ihren Satzungen festzusetzen. Der Gesamtbeitrag ist vom Versicherten dem zuständigen Krankenversicherungsträger zu überweisen. Beitragsschuldner sowohl hinsichtlich der Kranken-, als auch des Pensionsversicherungsbeitrages ist somit der Selbstversicherte. Er soll jedoch das Recht haben, von jedem seiner Dienstgeber gegen Nachweis der bestehenden Selbstversicherung die Hälfte des Beitrages zu verlangen, der auf das von diesem Dienstgeber gezahlte Entgelt entfällt. Um Nachtragsforderungen für weit zurückliegende Zeiträume auszuschließen, und um damit dem Dienstgeber Gewißheit über die Höhe der Belastung durch Sozialversicherungsbeiträge zu verschaffen, muß der Ersatzanspruch binnen zwei Monaten nach Zahlung des Entgeltes, auf Grund dessen die Beteiligung des Dienstgebers am Sozialversicherungsbeitrag verlangt wird, geltend gemacht werden (Art.I Z.37 lit.c).

Zu Art.I Z.15 bis 17: §§ 22, 26 und 28

Die Änderungen der Bestimmungen über den Umfang der Versicherung machen auch einige Änderungen des Ersten Teiles, Abschnitt III, 2. Unterabschnitt über die Zuständigkeit der Versicherungsträger notwendig.

Für die neu in die Pflichtversicherung einbezogenen selbständigen Winzer sollen die Landwirtschaftskrankenkassen die Krankenversicherung durchführen. Die Krankenversicherung der Administrativrentner (Art. I Z.6 lit.a) soll die Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen besorgen.

Größere Änderungen waren bezüglich der sachlichen Zuständigkeit der Land- und Forstwirtschaftlichen Sozialversicherungsanstalt als Träger der Unfallversicherung erforderlich.

Zunächst wurde wegen der besseren Übersicht eine neue äußere Form der Zusammenstellung der Versichertengruppen, für die die Land- und Forstwirtschaftliche Sozialversicherungsanstalt zuständig sein soll, gewählt. Für die Durchführung der Unfallversicherung der unter lit.a und b der Z.2 des § 28 in der beantragten Fassung genannten Personen war die Land- und Forstwirtschaftliche Sozialversicherungsanstalt schon bisher zuständig; in der lit.b scheinen allerdings nun auch die bisher nicht genannt gewesenen Versicherungsvertreter

in den Verwaltungskörpern der Landwirtschaftlichen Zuschußrentenversicherungsanstalt auf. Neu begründet wurde die Zuständigkeit der Land- und Forstwirtschaftlichen Sozialversicherungsanstalt für Personen, die eine der im § 176 Abs.1 Z.2, 3, 4, 5 und 7 (in der Fassung des Antrages) genannten Tätigkeiten ausüben. Für diese Personen bestanden bisher expressis verbis überhaupt keine Zuständigkeitsvorschriften beziehungsweise sind solche Vorschriften notwendig geworden, weil es sich um Personen handelt, die nach der geltenden Rechtslage in der Unfallversicherung teilversichert sind und erst auf Grund der beantragten Änderungen des Gesetzes im Wege des § 176 geschützt werden sollen. Zur Erbringung der Leistungen der Unfallversicherung für Personen, die eine der im § 176 Abs.1 Z.2, 4, 5 und 7 genannten Tätigkeiten ausüben, wird die Land- und Forstwirtschaftliche Sozialversicherungsanstalt aber nur zuständig sein, wenn sie für diese Personen schon auf Grund einer selbständigen oder unselbständigen Tätigkeit die Unfallversicherung durchzuführen hat.

Da zufolge der Generalklausel des § 28 Z.1 jede Änderung der Z.2 auch eine Änderung der sachlichen Zuständigkeit in der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt bewirkt, kommt der

gegenständlichen Neufassung die Bedeutung einer neuen Abgrenzung der sachlichen Zuständigkeit zwischen diesen beiden Versicherungsträgern zu. Für die Abgrenzung war allgemein die Überlegung maßgebend, daß jeder der beiden Versicherungsträger grundsätzlich die Leistungen für jene Personen erbringen soll, die der Riskengemeinschaft angehören, für die der Versicherungsträger eingerichtet worden ist. Arbeitsunfälle (Berufskrankheiten) aus dem land- und forstwirtschaftlichen Bereich sollen durch die Land- und Forstwirtschaftliche Sozialversicherungsanstalt, Arbeitsunfälle (Berufskrankheiten) aus dem gewerblichen Bereich sollen durch die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt entschädigt werden. Für die Abgrenzung soll aber nicht nur die Tätigkeit, die den Unfallversicherungsschutz begründet, sondern auch die Person, die den Arbeitsunfall erleidet und die sonst von ihr ausgeübte Tätigkeit in Betracht gezogen werden. Wenn also ein gewerblicher Arbeiter bei der Hilfeleistung in einem den bäuerlichen Bereich zuzurechnenden Unglücksfall, etwa bei dem Versuch der Bergung landwirtschaftlicher Maschinen aus einem brennenden Wirtschaftsgebäude verunglückt, wird zur Entschädigung des Unfalles die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt bestimmt sein. Wenn sich bei der gleichen

Art der Tätigkeit der Arbeitsunfall in der Person eines Landarbeiters ereignet, wird die Land-und Forstwirtschaftliche Sozialversicherungsanstalt die Leistungen der Unfallversicherung zu erbringen haben.

Die Verwirklichung des oben dargelegten Grundsatzes hat auch zu der Sonderregelung unter lit.d für die Personen geführt, die eine der im § 176 Abs.1 Z.7 (in der Fassung des Antrages) genannten Tätigkeiten ausüben. Den freiwilligen Feuerwehren stellen sich in den ländlichen Bezirken auch Personen zur Verfügung, die sowohl einen land- oder forstwirtschaftlichen Betrieb als auch einen Gewerbebetrieb ausüben. Den Initiatoren des Antrages schien es unbillig, die Leistungsgewährung für alle diese Personen der Land- und Forstwirtschaftlichen Sozialversicherungsanstalt zu übertragen, zumal in solchen Fällen sehr häufig der Gewerbebetrieb die Haupteinnahmsquelle bildet. Es wurde daher auf die im Landwirtschaftlichen Zuschußrentenversicherungsgesetz beziehungsweise auf die im Gewerblichen Selbständigen-Pensionsversicherungsgesetz getroffene Abgrenzung zurückgegriffen. Die Land- und Forstwirtschaftliche Sozialversicherungsanstalt soll die Leistungen der Unfallversicherung für Selbständige, die etwa

als Angehörige einer freiwilligen Feuerwehr einen Unfall erleiden, nur erbringen müssen, wenn diese Personen nicht gemäß § 3 Abs.1 Z.1 LZVG. von der Zuschußrentenversicherung ausgenommen sind. Da in dieser Gesetzesbestimmung wieder auf das Gewerbliche Selbständigen-Pensionsversicherungsgesetz Bezug genommen wird, ergibt sich für den in Rede stehenden Personenkreis die Abgrenzung der sachlichen Zuständigkeit praktisch aus § 3 Abs.1 Z.4 GSPVG.

Die neuen Abgrenzungsbestimmungen sind auch mit Vertretern der in Betracht kommenden Versicherungsträgern eingehend beraten worden, so daß angenommen werden kann, daß die beantragte Lösung allseits befriedigen wird.

Zu Art.I Z.18 und 19:
§ 30 und 35

Die Zitierungsänderung im § 30 Abs.3 steht mit der Ergänzung des § 4 Abs.3 durch eine neue Z.9 (selbständige Winzer) im Zusammenhang. Die Änderung des § 35 Abs.2 bewirkt, daß hinsichtlich der nach § 4 Abs.1 Z.3 und 4 Pflichtversicherten der Träger der Einrichtung, in der die Ausbildung erfolgt, die Stellung des Dienstgebers hat und somit den gesamten Beitrag schuldet. Die Neufassung des § 35 Abs.4 ist in der Änderung des § 3 Abs.2 und überdies darin begründet, daß sich die derzeitige Textierung im Hinblick auf die zwischenstaatlichen Bindungen Österreichs und seine Mitgliedschaft zu internationalen Organisationen als zu eng erwiesen hat.

Zu Art.I Z.21 bis 35:
§§ 44,47,49, 51,53,54,58, 59,60,64,66, 67,68,73 und 74

Die folgenden Erläuterungen beziehen sich auf die Änderungen der Bestimmungen des 1. und 2. Unterabschnittes des Abschnittes V über die Mittel der Sozialversicherung. Die Änderungen stehen zum Teil mit bereits besprochenen Änderungen im Zusammenhang, zum Teil sollen Unklarheiten beseitigt beziehungsweise Bestimmungen aufgenommen werden, die die praktische Handhabung des Gesetzes erleichtern.

§ 44 Abs.2 soll so geändert werden, daß der einen Beitragszeitraum bildende Kalendermonat unabhängig von seiner tatsächlichen Dauer mit 30 Tagen gezählt wird. Der Verwaltungsgerichtshof hat in seinem Erkenntnis vom 15.7.1959, Zl.385/58, nämlich ausgesprochen, daß auf Grund der geltenden Rechtslage nicht so vorgegangen werden darf, sondern jeder Kalendermonat nach den gegebenen kalendarischen Verhältnissen zu berücksichtigen ist. Durch die vorgeschlagene Neufassung wird überdies die Übereinstimmung des § 44 Abs.2 mit § 46 Abs.3 und § 76 Abs.3 hergestellt.

Bei der unter Z.22 vorgeschlagenen Neufassung des § 47 muß die Regelung unter lit.c besonders hervorgehoben werden:

Dienstnehmer, die ein öffentliches Mandat (zum Beispiel das eines Bürgermeisters) übernehmen, sind vielfach gezwungen, kürzer als bisher zu arbeiten oder eine geringer entlohnte Beschäftigung anzunehmen, um die zur Ausübung des Mandates erforderliche Zeit zu erübrigen. Infolge des geringeren Entgeltes, das sie verdienen, sinkt ihre Beitragsgrundlage und damit auch die

Bemessungsgrundlage. Um diesem Nachteil zu begegnen, soll in solchen Fällen für die Beitragsbemessung die Beitragsgrundlage vor Eintritt der Minderung des Arbeitsverdienstes weiterhin maßgebend sein. Die Differenz zwischen den Beiträgen, die auf Grund des tatsächlich erzielten Entgeltes entrichtet werden müßten und den Beiträgen, die auf Grund der fiktiven Beitragsgrundlage zu entrichten sind, hat der Versicherte selbst zu tragen. (§ 53 Abs.4 ASVG. in der Fassung der Z.25 lit.b). Die übrigen im § 47 vorgenommenen Änderungen sind im Hinblick auf die im § 11 Abs.3 vorgesehene Regelung über den Fortbestand der Pflichtversicherung notwendig.

Der Änderung des § 49 Abs.3 Z.9 kommt keine meritorische Bedeutung zu. Es soll lediglich die textliche Übereinstimmung mit § 152 in der Fassung der 6. Novelle, BGBl.Nr.87/1960, herbeigeführt werden. Die Neufassung der Z.12 hat ihren wesentlichen Grund darin, daß der Entgeltcharakter, der in dieser Ziffer genannten Leistungen in Zukunft nicht mehr davon abhängig sein soll, ob sie einkommensteuerrechtlich zum Arbeitslohn gehören. Diese Bindung wurde fallengelassen, weil die einschlägigen einkommensteuerrechtlichen Vorschriften, die noch

aus der Zeit der Besetzung Österreichs durch das Deutsche Reich stammen, verfassungsrechtlich höchst bedenklich sind. Durch die Änderung im Eingang der Z.12 soll der Auslegung begegnet werden, daß im Rahmen einer freien Station verabreichte Mahlzeiten nicht als Entgelt zu werten sind. Schließlich soll der Katalog jener Bezüge, die nicht als Entgelt gelten, um das Teilentgelt nach Art.II Abs.2 des Bundesgesetzes BGBl.Nr.141/1952 erweitert werden.

Nach § 51 Abs.2 in der geltenden Fassung können die Träger der Krankenversicherung den Beitragssatz für die der Pensionsversicherung der Arbeiter zugehörigen Dienstnehmer sowie für die im Bereich der knappschaftlichen Pensionsversicherung als Arbeiter anzusehenden Personen mit höchstens 7,3 v.H., für die übrigen Versicherten, also im wesentlichen für die der Pensionsversicherung der Angestellten zugehörigen Dienstnehmer mit höchstens 4,8 v.H. der Beitragsgrundlage festsetzen.

Der niedrigere Beitragssatz für die der Pensionsversicherung der Angestellten zugehörigen Dienstnehmer hat darin seine Begründung, daß die in Betracht kommenden Versicherten im Erkrankungsfall regelmäßig Entgeltansprüche im Umfang

des § 8 Abs.1 und 2 des Angestelltengesetzes gegen den Dienstgeber haben. In der letzten Zeit mehren sich die Fälle, daß durch die Landesgesetzgebung für die in der Hoheitsverwaltung der Länder selbst oder der Gemeinden beschäftigten Vertragsbediensteten die Entgeltsansprüche im Erkrankungsfall in einem Ausmaß festgesetzt werden, das schon zu einem früheren Zeitpunkt als dies auf Grund der Entgeltansprüche nach dem Angestelltengesetz der Fall wäre, eine Krankengeldleistung aus der Krankenversicherung fällig werden läßt. So hat ein Salzburger Landesgesetz den Gemeindevertragsbediensteten für die ersten drei Tage der Arbeitsunfähigkeit den vollen Entgeltsanspruch, vom vierten Tag der Arbeitsunfähigkeit an jedoch nur einen Anspruch im Ausmaß von 49 % des früheren Entgeltes eingeräumt. Obwohl die Bundesregierung gegen diesen Gesetzesbeschluß wegen Verletzung der Bundesinteressen Einspruch erhoben hat, wurde ein Beharrungsbeschluß gefaßt, sodaß diese beanstandeten Bestimmungen in Kraft getreten sind. Maßnahmen dieser Art dürften im ganzen Bundesgebiet beabsichtigt sein. Hiedurch wird die Gebarung der Krankenversicherungsträger empfindlich belastet, zumal zu der früher einsetzenden Leistungspflicht noch der Entgang an Beiträgen kommt. Um die Äquivalenz zwischen Beitrag und Leistung aufrecht zu erhalten, ist es

daher notwendig, den Krankenkassen für Fälle der geschilderten Art die Möglichkeit zu geben, einen höheren Beitragssatz als dies gegenwärtig möglich ist, festzusetzen.

Eine Änderung der Rechtslage wird durch die beantragte Fassung des § 53 Abs.3 lit.c bezüglich der Beitragsschuldigkeit für die Dauer eines Karenzurlaubes bewirkt. Gegenwärtig schuldet auch die auf solche Zeiträume entfallenden Beiträge der Dienstgeber (§ 58 Abs.2). Nach § 60 Abs.1 kann der Dienstgeber den auf den Versicherten entfallenden Beitragsanteil bei der auf die Fälligkeit des Beitrages nächstfolgenden Entgeltzahlung abziehen. Da ein Karenzurlaub fast immer im Interesse des Dienstnehmers gelegen ist, scheint die Belastung des Dienstgebers mit Sozialversicherungsbeiträgen für solche Zeiten nicht gerechtfertigt.

Die gegenwärtige Regelung des § 58 Abs.1, wonach durch die Satzung des Versicherungsträgers die Fälligkeit der Beiträge für bestimmte Versicherte abweichend von der Regel festgesetzt werden kann, wenn für diese Versicherten ein kürzerer als der normale Beitragszeitraum bestimmt (§ 44 Abs.2), hat sich in der Praxis als zu eng erwiesen. Die Möglichkeit, die Fälligkeit der Beiträge abweichend durch die Satzung auf das Ende des Beitragszeitraumes zu verlegen, soll daher nach dem Entwurf

auch in den Fällen gegeben sein, in denen durch die Satzung ein längerer als der normale Beitragszeitraum vorgesehen wird.

In Verfolgung der Überlegung, daß das Verhältnis zwischen dem Auftraggeber und dem Heimarbeiter ähnlich dem zwischen Dienstgeber und Dienstnehmer ist, sollen die Auftraggeber durch § 58 Abs.2 in der Fassung der Z.27 lit.b verpflichtet werden, für die Heimarbeiter die Beiträge zur Gänze einzuzahlen. Die den Heimarbeitern gleichgestellten Personen, denen - wie schon aus der Gleichstellung hervorgeht - viele Unternehmereigenschaften zukommen, sollen allerdings die Beiträge selbst einzahlen müssen. Diese Neuregelung macht auch den letzten Satz des § 67 Abs.3 überflüssig (Art.I Z.31).

Die Änderung des § 58 Abs.4 durch Z.27 lit.c bewirkt, daß es nunmehr dem Versicherungsträger überlassen bleibt, ob er von der Rundungsbestimmung Gebrauch machen will oder nicht. Die Änderung hat sich als notwendig erwiesen, weil immer häufiger eine automatische Buchung stattfindet, bei der eine Rundung, zu der der Versicherungsträger bisher verpflichtet war, nicht durchgeführt werden kann,

Durch die vorgeschlagene Fassung des § 59 Abs.3 sollen die administrativen Schwierigkeiten, zu denen die gegenwärtige Fassung führt, beseitigt werden.

Das im § 11 Abs.3 lit.c in der Fassung des Antrages vorgesehene Weiterbestehen der Pflichtversicherung für die Dauer einer Absonderung nach dem Epidemiegesetz 1950 beziehungsweise nach dem Tierseuchengesetz macht auch eine entsprechende Anpassung im § 60 notwendig. Die Antragsteller sind allerdings der Meinung, daß die Frage der Vergütung für Verdienstentgang auf Grund einer Absonderung und damit im Zusammenhang die Frage der Tragung der Sozialversicherungsbeiträge möglichst bald im Epidemiegesetz und zwar in ähnlicher Weise geregelt werden sollte, wie dies im § 39 des Gebührenanspruchsgesetzes, BGBl.Nr.2/1958, für die Gebühren der Schöffen u.s.w. der Fall ist.

Gegen den Sicherstellungsauftrag ist nach § 66 Z.2 ASVG. das Rechtsmittel der Berufung gegeben. Diesem Rechtsmittel kommt nach § 64 Abs.1 AVG.1950, BGBl.Nr.172, aufschiebende Wirkung zu, wodurch die Sicherstellung unter Umständen in Frage gestellt werden kann. Um diese, dem Zwecke der Sicherstellung zuwiderlaufende Aufschiebung der Vollstreckbarkeit des Sicherstellungsauftrages auszuschließen,

soll nunmehr das Rechtsmittel des Einspruches gegeben sein, dem nach § 412 Abs.2 ASVG. aufschiebende Wirkung nicht zukommt. Bei der Neufassung wurde auf die Änderung der Rechtslage Bedacht genommen, die sich dadurch ergeben hat, daß an die Stelle des Abgabeneinhebungsgesetzes 1951 die Bundesabgabenordnung getreten ist. Dies macht auch eine entsprechende Änderung des § 64 Abs.3 notwendig.

Durch die Neufassung des § 68 Abs.3 ASVG. in Z.33 soll eine gewisse administrative Entlastung der Versicherungsträger bewirkt werden. Nach der gegenwärtigen Rechtslage verjähren auch grundbücherlich sichergestellte Beitragsforderungen nach zwei Jahren. Das bedeutet, daß die Versicherungsträger gezwungen sind, auch bei derart gesicherten Forderungen den Verjährungsablauf durch Vollstreckungsmaßnahmen zu unterbrechen. Um den damit verbundenen Verwaltungsaufwand zu vermeiden, übernimmt der Entwurf die Regelung, die aus den gleichen Erwägungen heraus im Abgabeneinhebungsgesetz 1951 für die öffentlichen Abgaben vorgesehen war und die sich auch in der Bundesabgabenordnung findet.

Die im Art.I Z.34 vorgeschlagenen Änderungen des § 73 stehen mit der Einbeziehung der sogenannten Administrativrentner aus der zusätzlichen Pensionsversicherung nach den §§ 478 und 479 in die Krankenversicherung (siehe die Bemerkungen zu Art.I Z.6) im Zusammenhang.

Die Notwendigkeit der textlichen Änderungen im § 74 ASVG. (Zitierungsänderungen) ergibt sich aus den Änderungen des § 8 Abs.1 Z.3 ASVG.

Zu Art.I Z.36 bis 41:
§§ 76, 77, 78, 79,80 und 84

Die geltenden Bestimmungen über die Beitragsgrundlage für in der Kranken- oder Pensionsversicherung Weiterversicherten (§ 76 Abs.2 ASVG.) sind nach Meinung der Antragsteller aus mehreren Gründen änderungsbedürftig. Die Bestimmung, daß der Versicherungsträger eine höhere als die nach Abs.1 in Betracht kommende Beitragsgrundlage festsetzen kann, wenn die Beiträge in einem erheblichen Mißverhältnis zu den im Versicherungsfall zu gewährenden Leistungen stehen, ist für den Bereich der Pensionsversicherung praktisch nicht anwendbar, weil hier ein Mißverhältnis zwischen Beitrag und künftiger Leistung im Zeitpunkt der Beitragsentrichtung nicht festgestellt werden kann.

Bei der Neufassung des § 76 Abs.2 ASVG. wurde die Möglichkeit für den Versicherten beibehalten, bei Verschlechterung seiner wirtschaftlichen Verhältnisse eine Herabsetzung seiner Beitragsgrundlage in der

Weiterversicherung zu erwirken. Ebenso wurde auch - allerdings beschränkt auf den Bereich der Krankenversicherung - für den Versicherungsträger die Möglichkeit belassen, die Beitragsgrundlage, und zwar bis zur Höchstbeitragsgrundlage zu erhöhen, wenn die Beiträge in einem erheblichen Mißverhältnis zum Gesamteinkommen und zu den im Versicherungsfall zu gewährenden Leistungen stehen. In der Pensionsversicherung wird eine Erhöhung der einmal herabgesetzten Beitragsgrundlage vorgenommen werden müssen, wenn dies der Versicherte unter Nachweis "einer Änderung" - es kann sich selbstverständlich nur um eine Besserung handeln - seiner wirtschaftlichen Verhältnisse verlangt. Um Spekulationen zu verhindern, wird eine Erhöhung der Beitragsgrundlage über das Ausmaß der letzten Beitragsgrundlage in der Pflichtversicherung nicht möglich sein. Wird dem Versicherungsträger eine Besserung der wirtschaftlichen Verhältnisse des Versicherten bekannt, so hat er von Amts wegen eine Hinaufsetzung der Beitragsgrundlage entsprechend den geänderten wirtschaftlichen Verhältnissen, maximal bis zur letzten Beitragsgrundlage in der Pflichtversicherung zu verfügen.

Von einer Verpflichtung der Versicherungsträger, die wirtschaftlichen Verhältnisse ihrer freiwillig Versicherten zu prüfen, wurde aus naheliegenden Gründen abgesehen. Andererseits werden die Versicherungsträger, wenn sie Kenntnis von einer Besserung der Verhältnisse erlangen, von Amts wegen einschreiten müssen.

Die Neufassung des § 77 Abs.1 und des Abs.2 erster Satz steht mit der Einführung der Selbstversicherung in der Kranken- und Pensionsversicherung (§ 19a) im Zusammenhang. Durch die Änderung des zweiten Satzes wird die Möglichkeit eröffnet, Höherversicherungsbeiträge bis zu 6.000 S jährlich zu entrichten. Dadurch, daß auf einen Jahresbetrag übergegangen wird, wird die Zweifelsfrage beseitigt, ob der im Gesetz derzeit genannte Monatsbetrag (360 S) zwölfmal, dreizehnmal oder gar vierzehnmal jährlich entrichtet werden darf. Außerdem wurde bei der Neufestsetzung des Jahresbetrages auch die inzwischen erfolgte Erhöhung der Höchstbeitragsgrundlage in der Pflichtversicherung berücksichtigt.

Die Änderungen unter Z.38 und 39 stehen mit der Einfügung des § 19a im Zusammenhang.

Bezüglich der Festsetzung des Beitrages des Bundes zur Pensionsversicherung nach dem ASVG. mußte auch für das Jahr 1962 der gleiche Weg beschritten werden wie für das Jahr 1961. Es wurde versucht, den voraussichtlichen Abgang jener Versicherungsträger, die schon im Jahre 1961 einen Bundesbeitrag erhalten haben, für das Jahr 1962 zu ermitteln. Dieser Abgang soll den drei unter lit.a, b und c genannten Versicherungsträgern vom Bund als Bundesbeitrag gegeben werden. Eine für sämtliche Versicherungsträger geltende Formel für die Berechnung des Bundesbeitrages, wie sie von 1956 bis 1960 in Wirksamkeit stand, konnte auch für das Jahr 1962 nicht entwickelt werden, weil die Kosten der Rentenreform noch nicht genau bekannt sind.

Die Antragsteller hoffen, daß nach der vermutlich raschen Durchführung der zweiten Etappe der Rentenreform geeignetes Zahlenmaterial zur Verfügung stehen wird, um ab dem Jahre 1963 wieder eine allgemein geltende Formel für den Beitrag des Bundes zu finden.

Vollständig neu gefaßt und gegenüber dem geltenden Recht stark geändert wurde § 84 über den Unterstützungsfonds. Die geltenden Vorschriften haben den Nachteil, daß nur jene Versicherungs-

träger dem Unterstützungsfonds Mittel zuweisen dürfen, die einen Gebarungsüberschuß erzielen konnten. Nun gebaren aber einige Versicherungsträger seit Jahren passiv. Die Mittel der bei diesen Versicherungsträgern bestehenden Unterstützungsfonds, die anläßlich früherer Gebarungsüberschüsse angesammelt wurden, haben daher stark abgenommen und es ist abzusehen, wann mangels eines Vermögens überhaupt keine Leistungen aus dem Unterstützungsfonds mehr erbracht werden können. Die Antragsteller erkennen die Notwendigkeit der Unterstützungsfonds und sind der Auffassung, daß innerhalb der vorgeschlagenen Grenzen auch dann, wenn kein Gebarungsüberschuß im abgelaufenen Geschäftsjahr erzielt wurde, die Möglichkeit der Dotierung der Unterstützungsfonds bestehen soll. Hiebei wird unter Bedachtnahme auf die unterschiedlichen Aufgaben und die unterschiedliche Höhe der Einnahmen an Versicherungsbeiträgen zwischen den Trägern der Krankenversicherung und den übrigen Versicherungsträgern unterschieden.

Zu Art.I Z.42 und 43:
§§ 86 und 87

Die Ergänzung des § 86 Abs.3 wird eine bei der praktischen Anwendung des Gesetzes aufgetretene Härte bezüglich des Anfalles von Waisenrenten für nachgeborene Kinder bedeuten.

Die Zitierungsänderung im § 87 Abs.3 ASVG. stellt den Text des Stammgesetzes richtig.

Zu Art. I Z. 44:
§ 89

Im § 89 Abs.1 ASVG. wurde zunächst durch die Zitierung des Jugendgerichtsgesetzes in Z.1 eine einheitliche Auslegung des Begriffes "Bundesanstalt für Erziehungsbedürftige" sichergestellt.

Die Änderung im Abs.2 steht damit im Zusammenhang, daß durch Anführung der Konvention über die Rechtsstellung der Flüchtlinge, BGBl.Nr.55/1955, die im Zuge der parlamentarischen Beratung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes im Hinblick auf die im Jahre 1955 erfolgte Ratifizierung dieser Konvention vorgenommen worden ist, der Eindruck entstanden ist, daß das von der allgemeinen Konferenz der Internationalen Arbeitsorganisation des Völkerbundes am 5. Juni 1925 angenommene Übereinkommen über die Gleichbehandlung einheimischer und ausländischer Arbeitnehmer bei Entschädigung aus Anlaß von Betriebsunfällen (Übereinkommen Nr.19) das für Österreich seit 29. September 1928 wirksam ist, hier keine Anwendung finden soll. Dieser irrigen Ansicht hätte durch die Anführung auch des Übereinkommens Nr.19

begegnet werden können. Dies hätte jedoch nur eine Wiederholung des schon im Abs.3 Z.1 enthaltenen Gesetzesbefehles bedeutet, daß das Ruhen nach Abs.1 Z.2 nicht eintritt, wenn durch ein zwischenstaatliches Übereinkommen anderes bestimmt wird. Im Hinblick darauf schien aber auch die Anführung der Flüchtlingskonvention im Abs.2 entbehrlich, ohne daß dadurch eine Änderung der Rechtslage eintritt.

Im Abs.3 soll die Z.3 dahin geändert werden, daß die Träger der Unfall- und Pensionsversicherung jedem Versicherten, also auch einem Ausländer, die Zustimmung zum Auslandsaufenthalt erteilen können, wodurch bewirkt wird, daß das Ruhen des Leistungsanspruches wegen des Auslandsaufenthaltes nicht eintritt. Die Notwendigkeit für diese Änderung hat sich daraus ergeben, daß nicht selten österreichische weibliche Versicherte Ausländer heiraten und dann auch im Ausland ihren Aufenthalt nehmen. Die Leistung des Ausstattungsbeitrages (§ 268 ASVG.) beispielsweise muß in solchen Fällen wegen des Auslandsaufenthaltes abgelehnt werden; auch die Zustimmung zum Auslandsaufenthalt kann nicht erteilt werden, weil die Versicherte durch die Eheschließung in der Regel die österreichische Staatsbürgerschaft verloren hat. Diese Regelung wird von

den Betroffenen nicht verstanden. Nun wäre es zwar möglich gewesen, die Sonderfälle der oben geschilderten Art vom Ruhensgrund nach Abs.2 auszunehmen, die Regelung wäre jedoch sehr kompliziert geworden. Es schien daher zweckmäßiger - vor allem auch im Hinblick auf die in Gang befindliche Integration der europäischen Staaten - die Versicherungsträger zu ermächtigen, nicht nur Inländer, sondern auch Ausländer die Zustimmung zum Auslandsaufenthalt zu erteilen und damit das Ruhen der Leistungsansprüche auszuschließen.

Zu Art.I Z.45 bis 48: §§ 90,90a, 94 und 95

Die Ruhensbestimmungen, die schon durch die Aufhebung der §§ 91 bis 93 und die Änderungen der §§ 94 und 95 durch die 8. Novelle zum ASVG. Änderungen erfahren haben, sollen nunmehr neuerlich - wenn auch nicht so tiefgreifend wie in der letzten Novelle - geändert werden. Es handelt sich diesmal um Änderungen, die bei Behandlung der 8. Novelle wegen der schwierigen Probleme, die die Rentenreform aufgeworfen hat, nicht mehr so eingehend diskutiert werden konnten, wie dies notwendig war.

Allgemein ist zu sagen, daß sich die Antragsteller der von den Betroffenen geäußerten Forderung, die Ruhensbestimmungen überhaupt

zu beseitigen, - wobei allerdings vor allem an die Ruhensbestimmungen des § 94 ASVG. gedacht wird - nicht anschließen können. Wie der Verfassungsgerichtshof in seinem Erkenntnis betreffend die Aufhebung des § 93 ASVG. ausgesprochen hat, sind Ruhensbestimmungen an sich nicht verfassungswidrig. Die diesbezüglichen Argumente der Verfechter einer Aufhebung der Ruhensbestimmungen gehen daher ins Leere. Aber auch das Versicherungsprinzip wird durch die Ruhensbestimmungen nicht verletzt, weil die derzeitigen Versicherungsbeiträge in Wirklichkeit keine versicherungsmäßige Deckung der verlangten ungekürzten Leistungen darstellen.

Zu den Änderungen wird im einzelnen folgendes bemerkt:

§ 9o in der Fassung des Entwurfes beinhaltet zunächst die Klarstellung, daß dem Bezug des Krankengeldes nicht nur die Gewährung von Anstaltspflege, sondern auch die Unterbringung des Versicherten in einem Erholungs- oder Genesungsheim oder in einer Kuranstalt oder in einer Sonderheilanstalt auf Rechnung eines Krankenversicherungsträgers und der Ersatz der Verpflegskosten gleichsteht. Weiters soll das Ruhen auch dann eintreten, wenn der Renten-

anspruch während der drei sogenannten Karenztage entsteht. Schließlich soll auch das Wiederaufleben einer Rente die gleichen Rechtswirkungen haben wie der Rentenanfall.

Nach der gegenwärtigen Regelung kann die Höchstdauer des Krankengeldanspruches als satzungsmäßige Mehrleistung auf 52 Wochen erweitert werden (§ 139 Abs.2). Dies gilt zunächst, da gemäß § 119 die Leistungen der Krankenversicherung auch gewährt werden, wenn es sich um die Folgen eines Arbeitsunfalles handelt, auch für Versicherte, bei denen die Arbeitsunfähigkeit durch einen Arbeitsunfall verursacht wurde. Bei diesen Personen fällt aber gemäß § 2o4 Abs.1 spätestens mit der 27. Woche nach dem Eintritt des Versicherungsfalles in der Unfallversicherung (Arbeitsunfall) die Versehrtenrente an. Für den Zeitraum von der 27. bis zur 52. Woche würde demnach einem Versehrten mangels einer entsprechenden Regelung sowohl das Krankengeld als auch die Versehrtenrente gebühren. Um den Doppelbezug auszuschließen bestimmen die Satzungen der Krankenversicherungsträger, daß der Anspruch auf die erwähnte satzungsmäßige Mehrleistung in den Fällen nicht besteht, in denen

die Arbeitsunfähigkeit die Folge eines Arbeitsunfalles ist. Diese satzungsmäßige Regelung brachte den Versicherten den Nachteil, daß sie im Hinblick auf die Verkürzung der Anspruchsdauer auf Krankengeld von 52 Wochen auf 26 Wochen keine Ansprüche auf die Leistungen der Krankenversicherung in der 26. bis zur 52. Woche geltend machen konnten, die ihnen im Fall eines längeren Krankengeldanspruches gemäß § 122 Abs.2 Z.1 zustünden. Um nunmehr einerseits einen ungerechtfertigten Doppelbezug von Krankengeld und Versehrtenrente zu vermeiden und andererseits den mit der satzungsmäßigen Regelung verbundenen oben aufgezeigten Nachteil auszuschließen, wird als § 9oa eine Ruhensbestimmung beim Zusammentreffen von Krankengeld und Versehrtenrente aufgenommen.

Im Hinblick darauf, daß im Gewerblichen Selbständigen-Pensionsversicherungsgesetz, BGBl. Nr.292/1957, und im Landwirtschaftlichen Zuschußrentenversicherungsgesetz, BGBl.Nr.293/1957, Ruhensbestimmungen nicht nur für den Fall des Zusammentreffens eines Rentenanspruches aus diesen Versicherungen mit Einkommen aus selbständiger Erwerbstätigkeit sondern auch für den Fall des Zusammentreffens mit Entgelt aus einer unselbständigen Erwerbstätigkeit vorgesehen sind (§ 42 GSPVG., § 40 LZVG.), erscheint es notwendig, auch im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz einen Ruhenstatbestand für den Fall des Zusammentreffens eines Rentenanspruches aus der Pensionsversicherung nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz mit einem Einkommen aus einer derzeit ausgeübten selbständigen Erwerbstätigkeit zu schaffen. Dadurch wird auch den aus dem Gesichtspunkt des Gleichheitsgrundsatzes bestehenden verfassungsrechtlichen Bedenken gegen § 94 ASVG. in der geltenden Fassung Rechnung getragen. Um Fehlschlüsse zu vermeiden, sei ausdrücklich betont, daß die Antragsteller den Grenzbetrag von 680,--S, welcher der derzeitigen Höhe des Richtsatzes für Direktrentner entspricht, bewußt der beantragten Richtsatzerhöhung nicht anpassen wollen.

Durch die Neufassung des bisherigen Abs.3 (in der Fassung des Antrages des Abs.4) wird die

textliche Übereinstimmung mit § 90 hergestellt.

Die Änderungen des § 95 ASVG. stehen mit der Einführung des neuen Ruhenstatbestandes des § 90a im Zusammenhang.

Zu Art.I Z.49:/ § 97 — Die Änderungen des § 97 ASVG. dienen im wesentlichen nur der Klarstellung.

Zu Art.I Z.50:/ § 98 — Aus der Überlegung, daß dem Hilflosenzuschuß (§ 105a ASVG.) ein bestimmter Verwendungszweck zugedacht ist, vertreten die Antragsteller die Meinung, daß diese Leistung unübertragbar, unpfändbar und unverpfändbar sein soll. Dies wird dadurch erreicht, daß der Hilflosenzuschuß aus der Regelung der Abs.1 und 2 herausgenommen und der Sonderregelung nach Abs.3 unterworfen wird.

Zu Art.I Z.51:/ § 100 — Auch die hier vorgesehene Ergänzung dient lediglich der Klarstellung. Die Wirkung, die den im § 100 vorgesehenen Tatbeständen auf den Anspruch auf eine laufende Leistung zukommt, soll auch in den Fällen des § 310 ASVG. mit der Maßgabe eintreten, daß - vor allem aus verwaltungstechnischen Gründen - die Rente samt Zuschüssen noch für den Monat gebührt, der dem Einlangen des Antrages gemäß § 308 ASVG. folgt.

Zu Art.I Z.52 und Z 58:/ §§ 101 und 107 — Die gegenwärtig geltende Fassung des § 101 Abs.1 ASVG. weicht von dem im Allgemeinen Verwaltungs-

verfahrensgesetz 1950, BGBl.Nr.172, betonten Grundsatz einer möglichst weit gezogenen Wahrung der Rechtskraft einmal ergangener Bescheide sowohl zu Gunsten als auch zu Ungunsten des Leistungsberechtigten ab. Die Abweichung zu Gunsten des Leistungsberechtigten fand sich im Sozialversicherungsrecht, das bis 1955 in Österreich gegolten hat, wenn auch nur als Kannbestimmung, im § 130 RVO. Die Abweichung zu Ungunsten des Berechtigten war dem Vor-ASVG.Recht unbekannt. Eine Reihe von Fällen, die insbesondere durch das Wiederaufrollen der Leistungsbemessung infolge der 8.Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz zu Tage getreten sind, gab Anlaß zu einer neuerlichen Überprüfung des Rechtsgehaltes des § 101 ASVG. Der absolute Gesetzesbefehl, den gesetzlichen Zustand rückwirkend wieder herzustellen, führt insbesondere dann zu unbilligen Härten, wenn die Leistung an sich zu Unrecht, aber schon seit Jahrzehnten erbracht worden ist. Der Gedanke, die Anwendung der Bestimmungen des § 101 unter Rücksichtnahme auf Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse des Berechtigten in das Ermessen des Versicherungsträgers oder allenfalls des Bundesministeriums für soziale Verwaltung zu stellen, wurde wegen der damit verbundenen Rechtsunsicherheit verworfen. Es wurde vielmehr

der Weg gewählt, in den Fällen, in denen es sich um eine Wiederaufnahme des Verfahrens zu Ungunsten des Berechtigten handelt, ausschließlich nach den Grundsätzen des § 69 AVG.1950 vorzugehen, der ohnehin nach § 357 ASVG. auch für das Verfahren in Verwaltungs- und in Leistungssachen vor den Versicherungsträgern gilt. Demach können in Rechtskraft erwachsene Bescheide durch ein amtswegiges Wiederaufnahmeverfahren ihrer Rechtskraft entkleidet werden, wenn

a) der Bescheid durch Fälschung einer Urkunde, falsches Zeugnis oder eine andere gerichtlich strafbare Handlung herbeigeführt oder sonstwie erschlichen worden ist oder

b) neue Tatsachen oder Beweismittel hervorkommen, die im Verfahren ohne Verschulden der Partei nicht geltend gemacht werden konnten und allein oder in Verbindung mit dem sonstigen Ergebnis des Verfahrens voraussichtlich einen im Hauptinhalt des Spruches anders lautenden Bescheid herbeigeführt hätten oder

c) der Bescheid gemäß § 38 AVG. von Vorfragen abhängig war und nachträglich über eine solche Vorfrage von der hiefür zuständigen Behörde (Gericht) in wesentlichen Punkten anders entschieden wurde.

Diese Möglichkeit ist allerdings nur in den Fällen nach lit.a) ohne Beschränkung durch eine Frist gegeben, während in den Fällen nach b) und c) das Allgemeine Verwaltungsverfahrensgesetz 1950 die Wiederaufnahme des Verfahrens verbietet, wenn seit Erlassung des Bescheides drei Jahre verstrichen sind. Eine solche Beschränkung der reformatio in peius kommt auch der sozialpolitischen Absicht entgegen, Dauerleistungen, die schon seit langer Zeit erbracht wurden, nicht mehr einzustellen, auch wenn sich die Voraussetzungen für ihre Gewährung als nicht gegeben herausstellen, während Bescheide aus jüngster Zeit wohl mit Recht beseitigt werden sollen, wenn die Voraussetzung für die Leistungsgewährung nicht gegeben ist. Dagegen soll die Abkehr von dem allgemeinen Grundsatz der Rechtskraft von Bescheiden dann weiterhin ohne Beschränkung möglich sein, wenn es sich um eine mögliche Leistungserhöhung oder überhaupt um die Richtigstellung des ursprünglich ablehnenden Bescheides handelt.

Dieser Gedanke wird durch die beantragte neue Fassung des § 101 verwirklicht, wobei der nicht mehr aufscheinende bisherige Abs.2 durch eine Erweiterung des § 107 aufgefangen wird.

Zu Art.I Z.53 bis 55:/ §§ 102,103 und 104

Die geltende Fassung des § 102 Abs.1 ASVG. birgt den Nachteil in sich, daß die zweijährige Frist, innerhalb deren die Leistungsansprüche aus der Krankenversicherung geltend gemacht werden müssen, in allen Fällen mit dem Entstehen des Anspruches zu laufen beginnt. Bei der praktischen Anwendung des Gesetzes hat sich gezeigt, daß ein Verwaltungsverfahren zur Feststellung der Versicherungspflicht oft länger als zwei Jahre dauert, sodaß die Leistungsansprüche nach Abschluß des Verfahrens schon verfallen sind. Diesem Nachteil soll durch Abs.1 in der Fassung des Antrages begegnet werden.

Auch die zu § 103 Abs.1 ASVG. vorgeschlagene Änderung geht auf praktische Erfahrungen zurück. Die Aufrechnung soll - dies ist insbesondere im Zusammenhang mit der Wanderversicherungsregelung des § 251a ASVG. und den entsprechenden Regelungen im Gewerblichen Selbständigen-Pensionsversicherungsgesetz und Landwirtschaftlichen Zuschußrentenversicherungsgesetz notwendig geworden - im Bereich der gesamten Sozialversicherung möglich sein.

Während der nahezu sechsjährigen Geltungsdauer des Gesetzes haben sich einige Fälle ereignet, in denen die Leistungen der Krankenversicherung, obwohl die Leistungspflicht beziehungs-

weise die Anspruchsberechtigung dem Grunde nach feststanden, nicht bemessen und damit auch nicht ausbezahlt werden konnten, weil die Dienstgeber die Ausstellung der hiefür notwendigen Unterlagen abgelehnt beziehungsweise diese Unterlagen nicht rechtzeitig ausgestellt haben. In solchen Fällen soll in Zukunft eine Bevorschussung der Leistungen möglich sein. Im Zusammenhang damit soll im § 361 Abs.3 der Antragsteller verpflichtet werden, eine Bescheinigung des Dienstgebers über die Dauer der Beschäftigung und über die Höhe des Entgelts beizubringen; der Dienstgeber wird zur Ausstellung dieser Bescheinigungen verpflichtet. Dienstgeber, die diese Unterlagen nicht oder nicht rechtzeitig ausstellen, sollen der Strafsanktion des § 111 unterliegen. Die Antragsteller hoffen, daß diese Regelung dazu beitragen wird, eine Wiederholung der Fälle eingangs geschilderter Art zu verhindern.

Bezüglich der Änderung des § 104 Abs.4 ASVG. wird auf die Bemerkungen des Art.I Z.27 lit.c verwiesen.

Zu Art.I Z.56: / § 105 Die Ergänzung folgt aus der Einfügung des Ruhenstatbestandes des § 90a.

Zu Art. I Z. 57 und 59: §§ 106 und 112

Die Änderung des § 106 Abs. 1 erster Satz Allgemeines Sozialversicherungsgesetz geht auf eine Anregung des Bundesministeriums für Justiz zurück. Durch die bisherige Fassung dieser Gesetzesbestimmung war nicht eindeutig geregelt, ob unmündige Minderjährige die Leistung selbst in Empfang nehmen dürfen oder ob deren gesetzliche Vertreter empfangsberechtigt sind. Es erscheint nicht angezeigt, solchen Personen die Leistungen selbst auszuzahlen. Es soll auch in diesen Fällen, so wie bei den Handlungsunfähigen, der gesetzliche Vertreter empfangsberechtigt sein. Die Regelung des neu eingefügten zweiten Satzes des § 106 Abs. 1 steht im Zusammenhang mit der Neuregelung im § 361 Abs. 2 dritter Satz. In den Fällen, in denen die Leistungen der Krankenversicherung auch unmittelbar vom Familienangehörigen beantragt werden können, soll dieser auch zur unmittelbaren Empfangnahme der Leistung berechtigt sein.

Die Ergänzung des § 112 Abs. 1 - soweit sie nicht bereits besprochen worden ist - geht gleichfalls auf praktische Erfahrungen zurück und soll eine derzeit bestehende Lücke des Gesetzes - für den gegenständlichen Fall ist eine Strafsanktion nicht vorgesehen - schließen.

Zu Artikel II.

Zu Z.1/§ 118: Bei strenger Auslegung der derzeitigen Fassung dürfte bei Gewährung der Hauspflege keine Krankenbehandlung (§§ 133 bis 137) gewährt werden. Da dies nicht beabsichtigt war, soll durch die nunmehrige Änderung eine eindeutige Rechtslage geschaffen werden.

Zu Z.2/§ 120: Nach der derzeitigen Fassung des § 120 Z.3 ASVG. ist der Zeitpunkt des Eintrittes des Versicherungsfalles der Mutterschaft für den Fall nicht bestimmt, daß die Entbindung früher als sechs Wochen vor dem voraussichtlichen Entbindungstermin erfolgt. Durch die vorgesehene Ergänzung des § 120 Z.3 ASVG. soll klargestellt werden, daß in derartigen Fällen - es wird sich in der Regel um Frühgeburten handeln - der Versicherungsfall als mit der Entbindung eingetreten gilt.

Zu Z.3/§ 121: Durch die Neufassung des § 121 Abs.4 wird der Katalog der Zeiten, die auf die Wartezeit für den Anspruch auf satzungsmäßige Mehrleistungen angerechnet werden, um die Zeiten eines Kranken- oder Wochengeldbezuges sowie Zeiten der Anstaltspflege und der Unterbringung in einem Genesungs-,

Erholungs- oder Kurheim oder einer Sonderheilanstalt auf Rechnung eines Versicherungsträgers erweitert. Hiedurch sollen Unbilligkeiten vermieden werden, die sich bei der Anwendung der bisherigen Regelung des § 121 Abs.4 ergeben haben. Der letzte Satz des neu gefaßten § 121 Abs.4 bedeutet eine konsequente Fortführung des im § 16 Abs.2 zum Durchbruch gekommenen Gedankens, daß auch bestimmte Familienangehörige die Krankenversicherung eines aus der Pflichtversicherung Ausgeschiedenen freiwillig fortsetzen können. Diesen Personen sollen auch die Versicherungszeiten, die von dem aus der Pflichtversicherung Ausgeschiedenen zurückgelegt worden waren, für die Erfüllung der Wartezeit bei der Geltendmachung ihrer eigenen Leistungsansprüche zugute kommen, so wie auch ihre Versicherungsberechtigung selbst in den vom früheren Pflichtversicherten zurückgelegten Versicherungszeiten ihre Grundlage hat.

Zu Z.4/§ 122: Die Durchführung des § 122 Abs.1 im Sinne einer wörtlichen Auslegung, wonach ein Leistungsanspruch nur gegeben ist, wenn der Versicherungsfall während der Versicherung eingetreten ist, stößt hinsichtlich des Versicherungsfalles der Krankheit in der Praxis auf erhebliche

Schwierigkeiten. Abgesehen davon, daß es in vielen Fällen nicht leicht ist, den Beginn eines regelwidrigen Körper- oder Geisteszustandes, der die Krankenbehandlung notwendig macht, auf den Tag genau festzustellen, was aber notwendig wäre, um zu prüfen, ob der Versicherungsfall tatsächlich erst nach dem Beginn der Versicherung eingetreten ist, erscheint es bei der Unzahl der Fälle, in denen Versicherte die Leistungen der Krankenbehandlung (z.B. ärztliche Hilfe) unter Vorweis ihres Krankenscheines in Anspruch nehmen, geradezu unmöglich, zu prüfen, ob es sich hiebei um einen regelwidrigen Körperzustand handelt, der etwa schon vor dem Beginn der Versicherung eingetreten ist. Es bedürfte hiezu genauer Nachforschungen des Vertragsarztes, der sich dazu auch noch über den Zeitpunkt des Beginnes der Versicherung vergewissern müßte. Im Hinblick auf diese Schwierigkeiten und in der Erwägung, daß im Rahmen einer Pflichtversicherung die Gefahr eines Mißbrauches seitens der Versicherten nicht in einem solchen Maße gegeben ist, wie es etwa im Rahmen einer Selbstversicherung möglich wäre, sollen nach der vorgesehenen Ergänzung des § 122 Abs.1 die Leistungsansprüche aus dem Versicherungsfall der Krankheit auch in den Fällen einge-

räumt werden, in denen eine Krankheit im Zeitpunkt des Beginnes der Versicherung bereits bestanden hat.

Zur Herbeiführung einer einheitlichen Praxis der Krankenversicherungsträger erschien auch eine ausdrückliche gesetzliche Regelung für die Fälle zweckmäßig, in denen der Versicherungsfall an einem auf das Ende der Versicherung unmittelbaren arbeitsfreien Tag eintritt. Der Versicherte soll demnach für sich und seine Angehörigen Anspruch auf die Leistungen der Krankenversicherung haben, wenn der Versicherungsfall vor dem auf das Ende der Versicherung nächstfolgenden Arbeitstag eintritt. Hiebei ist besonders die Bedeutung des hier verwendeten Ausdruckes "Arbeitstag" hervorzuheben. Zum Unterschied von dem Begriff "Werktag", der ganz allgemein alle Tage der Woche von Montag bis Samstag mit Ausnahme der gesetzlichen Feiertage erfaßt, ist der Ausdruck "Arbeitstag" auf die für den einzelnen Versicherten individuell geltende Arbeitszeitverteilung abgestellt. Hat ein Versicherter im Schichtbetrieb etwa am Montag arbeitsfrei, so ist dieser Tag für ihn kein Arbeitstag, sondern erst der Dienstag ist für ihn der nächstfolgende Arbeitstag. Daß auch die Sonntage und gesetzlichen Feiertage nicht zu

den Arbeitstagen zählen, ergibt sich bei dieser Konstruktion von selbst. Eine unmittelbare Aufeinanderfolge von individuell arbeitsfreien Tagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen bewirkt, daß der Leistungsanspruch des Versicherten gegeben ist, wenn der Versicherungsfall nach dem Ende der Versicherung an einem dieser Tage eintritt. Daß der Versicherungsschutz bei einem fortbestehenden Beschäftigungsverhältnis auch an dazwischenliegenden Sonntagen, Feiertagen und sonstigen arbeitsfreien Tagen gegeben ist, wird bereits durch die zu § 11 Abs.1 vorgesehene Änderung in eindeutiger Weise zum Ausdruck gebracht (s. die diesbezüglichen Ausführungen zur Änderung des § 11 Abs.1).

Nach den vor dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz in Geltung gestandenen Rechtsvorschriften (§ 311 RVO.) galten Zeiten einer Arbeitsunfähigkeit als Mitgliedschaftszeiten, d. h. als Versicherungszeiten mit allen damit zusammenhängenden Rechten des Versicherten. Nach § 11 ASVG. endet hingegen die Pflichtversicherung grundsätzlich mit dem Ende des Beschäftigungs-, Lehr- oder Ausbildungsverhältnisses. Wenn daher eine noch bei aufrechtem Versicherungsverhältnis eingetretene Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit über das Ende der Versi-

cherung andauert und nach Beendigung der Arbeitsunfähigkeit ein neuer Krankheitsfall eintritt, so kann es vorkommen, daß das Ende der Versicherung länger als drei Wochen vom Eintritt dieses Krankheitsfalles an zurückgerechnet liegt. In einem solchen Falle besteht entgegen dem früheren Recht kein Anspruch auf Leistung aus der gesetzlichen Krankenversicherung. Diese Verschlechterung gegenüber dem früheren Recht soll durch die Änderung des § 122 Abs.2 Z.2 ASVG. beseitigt werden. Schwierigkeiten bereitete die derzeit geltende Fassung des § 122 Abs.2 Z.2 auch in den Fällen, in denen ein Versicherter aus seiner Hauptbeschäftigung ausscheidet, daneben aber noch eine zweite versicherungspflichtige Beschäftigung weiterführt, aus der ihm ein verhältnismäßig geringes Entgelt zufließt, z.B. eine Tätigkeit als Hausbesorger. In einem solchen Fall könnte nach der gegenwärtig geltenden Regelung ein Leistungsanspruch nach § 122 Abs.2 Z.2 nicht entstehen, weil der Betreffende infolge Fortführung seiner Hausbesorgertätigkeit nicht erwerbslos wäre. Er wäre vielmehr auf das niedrige Krankengeld angewiesen, das von der seinem Entgelt als Hausbesorger entsprechenden niedrigen Beitragsgrundlage zu bemessen wäre. Nach der diesbezüglich

vorgesehenen Ergänzung des § 122 Abs.2 Z.2 sollen daher derartige weiterlaufende Beschäftigungen, aus denen ein eine bestimmte Höhe nicht übersteigendes Entgelt erzielt wird, der Anwendung des § 122 Abs.2 Z.2 nicht entgegenstehen. Der maßgebende Grenzbetrag des Entgeltes wurde mit 680 S monatlich in gleicher Höhe festgesetzt wie der derzeit geltende Richtsatz für die Ausgleichszulage in der Pensionsversicherung. Die in der vorliegenden Novelle vorgesehene Erhöhung dieses Richtsatzes wurde bei der Festsetzung des Grenzbetrages im § 122 bewußt wegen des Fehlens eines unmittelbar zwingenden Zusammenhanges nicht berücksichtigt.

Die Bestimmungen des § 122 Abs.3 ASVG. haben sich insofern als zu eng erwiesen, als für den Fall, daß die Versicherte mehr als drei Wochen vor Eintritt des Versicherungsfalles der Mutterschaft, sei es mit Zustimmung des Einigungsamtes oder sei es auf eigenen Wunsch, aus dem Beschäftigungsverhältnis ausscheidet, für die Zeit zwischen dem Ausscheiden aus der Versicherung und dem Beginn des Wochengeldanspruches Leistungen aus der Krankenversicherung nicht gewährt werden können. In solchen Fällen sollen Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit und des Todes über die dreiwöchige

Schutzfrist des § 122 Abs.2 Z.2 hinaus bis zum Eintritt des Versicherungsfalles gewährt werden.

Zu Z.5/§ 123: Nach § 123 Abs.1 Z.3 ASVG. besteht derzeit ein Anspruch auf die Leistungen der Krankenversicherung für Angehörige nur dann, wenn die Angehörigen nicht sonst einen gesetzlichen Anspruch auf Krankenbehandlung, z.B. nach dem Opferfürsorgegesetz, haben. Diese Bestimmung führt dazu, daß der Anspruch auf Krankenbehandlung, also auf Gewährung von ärztlicher Hilfe, Heilmitteln und dergleichen auf Grund einer anderen gesetzlichen Vorschrift alle Leistungen der Krankenversicherung nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz für Angehörige ausschließt. Insbesondere wird auch der Anspruch auf Familien- und Sterbegeld (§ 152 Abs.1 bzw. § 169 Abs.1) durch diese Regelung ausgeschlossen. Dies führt zu unbilligen Härten, weil der Bestand eines Anspruches auf Krankenbehandlung allein es nicht rechtfertigt, daß auch alle übrigen Leistungen der Krankenversicherung versagt werden. Diese Härte soll durch den Wegfall der Z.3 im Abs.1 des § 123 und die Anfügung eines neuen Abs.4 an § 133 beseitigt werden, der bestimmen soll, daß für die in Rede stehenden Angehörigen lediglich der Anspruch

auf die Leistungen der Krankenbehandlung nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz ausgeschlossen ist. Alle anderen für Angehörige vorgesehenen Leistungen wie Familiengeld, Sterbegeld, Leistungen im Falle der Mutterschaft, werden sohin in Zukunft für die in Betracht kommenden Angehörigen zu gewähren sein.

Die Änderung im § 123 Abs.2 Z,4 ist lediglich textlicher Natur und bezweckt die Ersetzung des in der österreichischen Rechtsordnung nicht gebräuchlichen Ausdruckes "freiwillige Gerichtsbarkeit" durch den Begriff "Verfahren außer Streitsachen".

Durch die Neufassung des § 123 Abs.3 zweiter Satz sollen zunächst die Schwierigkeiten beseitigt werden, die sich bei der Ausdehnung der Angehörigeneigenschaft von Kindern über das 18. Lebensjahr hinaus in jenen Fällen ergeben, in denen das Kind vor oder während der Schul- oder Berufsausbildung vorübergehend eine versicherungspflichtige Tätigkeit ausübt. Nach der bisherigen Rechtslage, die nur die Wahrung der Angehörigeneigenschaft über das 18. Lebensjahr hinaus kennt, verliert das Kind durch eine solche versicherungspflichtige Tätigkeit die Angehörigeneigenschaft für alle Zukunft und kann sie auch nicht wieder erwerben, wenn es nach

Aufgabe der versicherungspflichtigen Beschäftigung die Schul- oder Berufsausbildung fortsetzt. Nach der Neufassung dieser Bestimmung tun solche vorübergehende versicherungspflichtige Beschäftigungen während der Schul- oder Berufsausbildung dem Bestand der Angehörigeneigenschaft während der anschließenden Schul- oder Berufsausbildung bis zum Ende derselben keinen Abbruch. Eine weitere kleine Erleichterung ist in den als ausgesprochene Katastrophenfälle anzusehenden Fällen des § 123 Abs.3 Z.2 vorgesehen. Nach der bisherigen Regelung konnte die Angehörigeneigenschaft von Kindern, die sich wegen körperlicher oder geistiger Gebrechen nicht selbst erhalten können, über das 18. Lebensjahr hinaus nur gewahrt werden, wenn das Gebrechen vor der Vollendung des 18. Lebensjahres eingetreten ist. In Zukunft wird die Verlängerung der Angehörigeneigenschaft in solchen Fällen auch dann noch Platz greifen können, wenn das Gebrechen während einer allfälligen Schul- oder Berufsausbildung im Sinne des § 123 Abs.3 Z.1 eingetreten ist.

Die bisherige Regelung der Angehörigeneigenschaft von Kindern führte in der Praxis häufig in den Fällen zu Schwierigkeiten, in denen es sich um Kinder aus geschiedenen (aufgehobenen,

für nichtig erklärten) Ehen oder um uneheliche Kinder handelt und beide Elternteile versichert sind. Die Prüfung der Angehörigeneigenschaft nach der Unterhaltsberechtigung, wie sie im § 123 Abs.2 in der geltenden Fassung erforderlich ist, führt oft zur Feststellung der Angehörigeneigenschaft gegenüber dem Elternteil, der vom Kind getrennt lebt, was häufig die Inanspruchnahme der Leistungen erschwert oder zumindest verzögert (Beschaffung des Krankenscheines vom getrennt lebenden Elternteil). Die Angehörigeneigenschaft soll daher nach dem neu eingefügten § 123 Abs.4 bei Kindern aus geschiedenen Ehen gegenüber dem Elternteil gegeben sein, mit dem das Kind in Hausgemeinschaft lebt, bei unehelichen Kindern soll die Angehörigeneigenschaft gegenüber der Kindesmutter gegeben sein, wenn das Kind mit ihr, was in der Mehrzahl der Fälle zutreffen wird, in Hausgemeinschaft lebt. Der Hausgemeinschaft wird die vorübergehende oder wegen schulmäßiger (beruflicher) Ausbildung oder wegen Heilbehandlung erforderliche Abwesenheit gleichgestellt. Desgleichen wird dem Bestand der Hausgemeinschaft gleichgehalten, wenn sich das Kind auf Veranlassung eines Elternteiles und überwiegend auf seine Kosten in Pflege eines Dritten befindet.

Die Neufassung des § 123 Abs.6 (früher Abs.5) bringt neben der rein textlichen Elimi-nierung des ungebräuchlichen Ausdruckes "Enkel-tochter" eine Änderung insoweit, als für die Angehörigeneigenschaft der Mutter, Tochter, Enkelin oder Schwester von weiblichen Versicher-ten nicht mehr die Voraussetzung erforderlich sein soll, daß die Versicherte einen eigenen Haushalt führt. Diese Bestimmung bereitete in der Praxis zahlreiche Schwierigkeiten, da die Angehörigeneigenschaft oft nur von der Zufäl-ligkeit abhängig war, ob die Angehörige oder die Versicherte Eigentümer bzw. Mieter der ge-meinsamen Wohnung ist. Aber auch die bisher vorgesehenen weiteren Voraussetzungen, daß die Versicherte entweder in einer die Pflichtver-sicherung begründenden Beschäftigung stehen oder den Hilflosenzuschuß aus der Pensionsversiche-rung beziehen müsse, erwiesen sich als eine un-billige Beschränkung des Angehörigenschutzes und wurden daher fallen gelassen.

Zu Z.6/§ 124: Nach § 18 Abs.1 Z.1 können selbständige Landwirte unter den im Gesetz näher umschriebenen Voraussetzungen der Selbstversicherung in der Krankenversicherung beitreten. Mit Zustimmung des selbständigen Landwirtes können auch die in

seinem Betrieb tätigen Familienangehörigen von diesem Recht Gebrauch machen. Es hat sich nun gezeigt, daß wohl eine beachtliche Zahl von Landwirten der Selbstversicherung beigetreten ist, ein Großteil von ihnen aber die mittätigen Angehörigen, vor allem die Ehegattin, nicht der Selbstversicherung beitreten lassen. Dies hat seinen Grund offenbar darin, daß es nach § 124 Abs.1 den Versicherungsträgern untersagt ist, in ihren Satzungen die Angehörigeneigenschaft der Ehegattin und der Kinder bis zum vollendeten 14. Lebensjahr auszuschließen und die selbständigen Landwirte daher für diese beiden Gruppen von Angehörigen auf Grund des § 123, ohne daß ein besonderer Beitrag entrichtet werden muß, Leistungen beanspruchen können. Dies hat bei einzelnen Landwirtschaftskrankenkassen zu Aufwendungen geführt, die aus dem Beitragsaufkommen der Selbstversicherten nicht mehr gedeckt werden können. Um einer weiteren Entwicklung in dieser Richtung vorzubeugen, soll nach der Neufassung des § 124 Abs.1 letzter Satz in Hinkunft nur mehr für jene Angehörigen von Selbstversicherten ein Leistungsanspruch auf Grund des § 123 bestehen, die nicht berechtigt sind, der Versicherung selbst beizutreten, also etwa für die Ehegattin, die, ohne im Be-

trieb selbst mitzuarbeiten, lediglich den Haushalt führt und die Kinder betreut. Nur solche Ehegattinnen werden neben den Kindern, die das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, von der Angehörigeneigenschaft nicht ausgeschlossen sein.

Die weitere Ergänzung des § 124 Abs.1 dahingehend, daß bei den nach § 18 Abs.1 Z.4 und 5 Versicherten auf die Wartezeit die Zeiten anzurechnen sind, die der frühere Ehegatte bis zur Auflösung der Ehe bzw. der verstorbene Landwirt in der Selbstversicherung zurückgelegt hat, wird in Anlehnung an die gleichartige Ergänzung im § 121 Abs.4 letzter Satz bezüglich der Anrechnung von Zeiten auf die Wartezeit bei Weiterversicherten nach § 16 Abs.2 vorgenommen.

Die bisherige Fassung des § 124 Abs.2 hat zu Zweifel Anlaß gegeben, ob der Rentner oder ein Angehöriger des Rentners, wenn er in einer der im Abs.2 angeführten Anstalten untergebracht ist, sämtliche Leistungsansprüche aus der Krankenversicherung, somit auch den Anspruch auf Sterbegeld verliert. Durch die Neufassung soll klargestellt werden, daß die Nichtgewährung von Leistungen den Anspruch auf das Sterbegeld und den Anspruch auf Leistungen für Angehörige nicht berührt.

Zu Z.7/§ 125: Aus § 125 Abs.1 in der geltenden Fassung ergibt sich, daß im Versicherungsfall des Todes, wenn dieser während der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit eingetreten ist, die Bemessungsgrundlage niedriger sein kann als für das vorangegangene Krankengeld, weil das für Zeiten einer Arbeitsunfähigkeit gebührende Entgelt, z.B. gemäß § 8 Angestelltengesetz, unter das Ausmaß des vor dem Eintritt der Arbeitsunfähigkeit bezogenen Entgelts herabgesunken ist. Um eine unbillige Verminderung des Sterbegeldes zu vermeiden, soll in solchen Fällen die Bemessungsgrundlage für die Barleistungen aus dem Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit in der gleichen Höhe auch für den Versicherungsfall des Todes gelten, wenn dieser während der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit eingetreten ist oder Sterbegeld gemäß § 169 Abs.2 gebührt.

Anläßlich der parlamentarischen Behandlung der Verordnung vom 16. Dezember 1959, BGBl. Nr.287, über die Einbeziehung weiterer Gruppen von Personen in die Krankenversicherung wurde von Mitgliedern des Hauptausschusses des Nationalrates die Anregung gebracht, das Leistungsrecht der nach § 509 als in die Krankenversicherung einbezogen geltenden Personen zu verein-

heitlichen. Das Ausmaß der diesen Personen zustehenden Leistungsansprüche beruht derzeit noch auf den seinerzeitigen Erlässen des Bundesministeriums für soziale Verwaltung, die auf Grund des § 363a RVO. ergangen sind und in denen jeweils auch das Ausmaß der den einbezogenen Personen zustehenden Leistungen geregelt wurde. Um die Grundlage für eine solche Vereinheitlichung zu schaffen, muß zunächst der Umfang der Leistungsansprüche für die nach § 9 einbezogenen Personen, der derzeit im Zweiten des ASVG. nicht ausdrücklich geregelt ist, festgelegt werden. Die entsprechenden Ergänzungen sind diesbezüglich in den §§ 138 Abs.2, 163 Abs.3 und 164 Abs.2 vorgesehen. Die nach § 9 einbezogenen Personen sollen demnach alle Sachleistungen der Krankenversicherung, von den Geldleistungen jedoch nur das Sterbegeld erhalten. Maßgebend hiefür war die Erwägung, daß es sich bei den nach § 9 einbezogenen Personen um solche handelt, die kein Entgelt beziehen und daher auch keiner den Entgeltausfall im Krankheitsfall ersetzenden Geldleistung der Krankenversicherung bedürfen. Sie werden sohin mit ihren Leistungsansprüchen etwa den in der Krankenversicherung der Rentner versicherten Personen gleichgestellt. Eine besondere Bestim-

mung erwies sich hinsichtlich der Ermittlung der Bemessungsgrundlage für das Sterbegeld im § 125 als notwendig. Da die im § 125 Abs.1 vorgesehene allgemeine Regel für die Ermittlung der Bemessungsgrundlage für das Sterbegeld bei den in Rede stehenden Personen mangels eines Arbeitsverdienstes nicht anwendbar ist, wird durch eine Ergänzung des § 125 Abs.4 als Bemessungsgrundlage die Beitragsgrundlage bestimmt, die in der jeweiligen Verordnung, mit der diese Personen in die Krankenversicherung einbezogen werden, festzusetzen ist. Diese Regel ist auch für die nach § 509 als einbezogen geltenden Personen anwendbar, da für alle diese Personen eine Beitragsgrundlage bereits festgesetzt ist (vgl. § 3 Abs.1 der Verordnung vom 23. Jänner 1958, BGBl.Nr.11, in der Fassung der Verordnung vom 12. November 1958, BGBl.Nr.252).

Zu Z.8/§ 128: Durch die Inanspruchnahme eines Wahlarztes und des für diesen Fall im § 131 Abs.1 vorgesehenen Kostenersatzes wird aus der Gewährung der ärztlichen Hilfe als Sachleistung (§ 133 Abs.2 und § 135 Abs.1) keine Barleistung. Um diesen Grundsatz auch in den Fällen des § 128 Abs.1 eindeutig zum Ausdruck zu bringen, soll diese Bestimmung entsprechend ergänzt werden. Es

soll damit jeder Zweifel ausgeschlossen werden, daß die Erstattung von Kosten an Stelle von Sachleistungen bei mehrfacher Versicherung - wie alle sonstigen Sachleistungen - nur einmal in Anspruch genommen werden kann. In der geltenden Rechtslage tritt durch diese Neufassung keine Änderung ein.

Zu Z.9/§ 130: In der geltenden Fassung des § 130 Abs.3 fehlt die Festsetzung einer Höchstgrenze für den vom Versicherungsträger an den Dienstgeber zu leistenden Kostenersatz bei Heilbehelfen. Als Höchstgrenze wird der Betrag vorgesehen, der dem Versicherungsträger bei Inanspruchnahme der Leistung im Inland erwachsen wäre.

Die Änderung im § 130 Abs.4 stellt eine notwendige Anpassung an die durch die 6. Novelle zum ASVG. geänderte Bestimmung des § 143 Abs.1 Z.3 dar.

Zu Z.10/§ 131: Die Neufassung des § 131 Abs.1 letzter bringt diese Bestimmung in Übereinstimmung mit § 342 Abs.2, wonach die Vergütung der vertragsärztlichen Tätigkeit grundsätzlich nach Einzelleistungen zu vereinbaren ist, und soll für den Fall des Zustandekommens solcher Vereinbarungen wie auch im Falle entsprechender Vereinbarungen

mit anderen Vertragspartnern die Grundlage dafür schaffen, daß der Versicherungsträger in Befolgung des § 131 Abs.1 erster Satz den Kostenersatz bei Inanspruchnahme eines Wahlarztes oder einer Wahleinrichtung in der Höhe des Betrages gewähren kann, der von ihm bei Inanspruchnahme der entsprechenden Vertragspartner aufzuwenden gewesen wäre.

Um Mißbräuche bei der Inanspruchnahme der Wahlarzthilfe hintanzuhalten, ermächtigt § 131 Abs.2 letzter Satz die Krankenordnung des Versicherungsträgers, die Erstattung von Kosten der Krankenbehandlung auszuschließen, wenn der Versicherte in demselben Versicherungsfall eine Vertragseinrichtung in Anspruch nimmt. Die gleichen Erwägungen treffen aber auch zu, wenn der Versicherte in demselben Versicherungsfall einen Vertragspartner oder eine eigene Einrichtung des Versicherungsträgers in Anspruch nimmt. Die Bestimmung wird dafür entsprechend ergänzt.

Zu Z.11/§ 131a: Einer Anregung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger folgend soll durch die neue Bestimmung des § 131a Vorsorge für den Kostenersatz während eines sogenannten vertragslosen Zustandes getroffen werden. Es wird sichergestellt, daß in einem solchen Fall

dem Versicherten, der dann keine Möglichkeit hat, einen Vertragspartner in Anspruch zu nehmen, eine entsprechende Ersatzleistung in Geld erbracht wird. Die Höhe der Ersatzleistung soll sich nach dem Betrag bestimmen, der vor dem Eintritt des vertragslosen Zustandes für die Erstattung von Kosten der Wahlarzthilfe nach § 131 zu leisten gewesen wäre. Der Versicherungsträger soll jedoch die Möglichkeit haben, durch die Satzung unter Berücksichtigung der im Gesetz umschriebenen Schranken auch eine höhere Ersatzleistung festzusetzen.

Zu Z.12/§ 132: Die derzeitige Fassung des § 132 ist nur auf Dienstnehmer unmittelbar anwendbar, nicht aber auch auf die nach § 4 Abs.3 den Dienstnehmern gleichgestellten Personen und auch nicht auf die gemäß § 18 in der Krankenversicherung selbstversicherten selbständig Erwerbstätigen, weil durch den Ausdruck "Entgelt" nur das Arbeitseinkommen der unselbständig Erwerbstätigen und nicht auch das der selbständig Erwerbstätigen erfaßt wird. In der neuen Fassung des § 132 wird daher zunächst, um diesen Mangel zu beheben, das Wort "Entgelt" durch "Arbeitsverdienst" ersetzt. Darüber hinaus wird unter Bedachtnahme auf die besonderen Verhältnisse in

der Land- und Forstwirtschaft für diesen Bereich eine Sonderregelung vorgesehen, nach der der Einheitswert des land(forst)wirtschaftlichen Betriebes bzw. bei Betrieben, für die ein Einheitswert nicht festgesetzt ist (z.B. Imker, Milchmeier, Gärtnereien), das Erwerbseinkommen des Versicherten von der Satzung des Versicherungsträgers als maßgebendes Kriterium für die Anwendung des § 132 heranzuziehen ist.

Zu Z.13/§ 133: Bezüglich dieser Ergänzung wird auf die Ausführungen in der Begründung zu § 123 Abs.1 verwiesen.

Zu Z.14/§ 134: Nach dem vor dem ASVG. geltenden Recht behielt ein Versicherter während der Zeit der Arbeitsunfähigkeit die Mitgliedschaft zur Krankenkasse, Er hatte daher auch für eine Erkrankung, die während der Zeit der Mitgliedschaft eingetreten war, Anspruch auf die Leistungen. Mit der Auflassung des Mitgliedschaftsbegriffes durch das ASVG. bildet das Ende der Versicherung nunmehr den Stichtag für die Anspruchsberechtigung auf Krankenbehandlung. Die Regelung des § 134 Abs.2, wonach eine über das Ende der Krankenversicherung hinaus notwendig werdende Krankenbehandlung längstens durch 26 Wochen nach diesem

Zeitpunkt zu gewähren ist, gilt daher nur, wenn die Krankheit vor dem Ende der Versicherung eingetreten ist. Um diesbezüglich den vor dem ASVG. bestehenden Leistungsumfang wieder zu erreichen, wird in der Neufassung des § 134 Abs.2 die Weitergewährung der Krankenbehandlung über das Ende der Versicherung hinaus auch dann vorgesehen, wenn die Krankheit vor dem Ende des Anspruches auf eine der im § 122 Abs.2 Z.1 genannten Leistungen (Kranken(Wochen)geld, Anstaltspflege) eintritt.

Zu Z.15/§ 135: Die im neu eingefügten Abs.3 des § 135 enthaltenen Bestimmungen waren bereits in dem durch die 4. Novelle zum ASVG. eingefügten Abs.3 des § 135 enthalten, wurden aber dann im Zuge der Aufhebung dieses Absatzes anläßlich der Beseitigung der Krankenscheingebühr in der 6. Novelle zum ASVG. wieder eliminiert. Da jedoch die seit jeher bestehende Einrichtung des Krankenscheines an sich durch den Wegfall der Krankenscheingebühr nicht berührt wird und auch die Vereinheitlichung der Krankenscheinformulare durch vom Hauptverband aufzulegende Vordrucke erstrebenswert ist, ist die diesbezügliche Regelung wieder in das Gesetz aufzunehmen.

Zu Z.16/§ 138: Wie schon in der Begründung zur Ergänzung des § 125 Abs.4 ausgeführt wurde, soll auch der Umfang der Leistungsansprüche aus der Krankenversicherung für die gemäß § 9 durch Verordnung in diese Versicherung einbezogenen Personen gesetzlich geregelt werden, wobei das Leistungsniveau für diese Personen an das in der Krankenversicherung der Rentner angepaßt werden sollte. Dementsprechend sind die gemäß § 9 einbezogenen Personen in gleicher Weise wie die Versicherten in der Krankenversicherung der Rentner im § 138 Abs.2 vom Anspruch auf Krankengeld auszuschließen. Dies erscheint aus der schon in der Begründung zur Ergänzung des § 125 Abs.4 aufgezeigten Erwägung gerechtfertigt, daß es sich hier um Personen handelt, die kein Entgelt beziehen, so daß im Erkrankungsfall eine Ersatzleistung für das entfallende Entgelt nicht erforderlich ist.

Zu Z.17/§ 139: Die zu § 139 Abs.3 und 4 vorgesehene Änderung bedeutet die Legalisierung der schon jetzt geübten Praxis der Krankenversicherungsträger, wonach in den im § 139 Abs.3 geregelten Fällen der zweite Krankheitsfall eine Fortsetzung des ersten Krankheitsfalles ist. Dadurch wird erreicht, daß der Versicherte im Falle der zwei-

ten Erkrankung das Krankengeld schon vom ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit an erhält und nicht neuerlich die im § 138 Abs.1 vorgeschenen drei Karenztage auf sich nehmen muß. Die vorgeschlagene Regelung würde jedoch bei Beibehaltung der derzeitigen Frist von vier Monaten zu einer unterschiedlichen Behandlung zwischen jenen führen, die nach der ersten Krankheit versucht haben, zu arbeiten und jenen, die mit der Versicherungsleistung bereits ausgesteuert waren. Der unterschiedlichen Behandlung kann nur dadurch begegnet werden, daß die Frist von vier Monaten gekürzt wird. Ferner erweist es sich als erforderlich, eine Regelung aufzunehmen, wie zu verfahren ist, wenn der Versicherte die zwischendurch erforderliche Krankenversicherungszeit von 13 Wochen bzw. 52 Wochen zum Teil in einer den Anspruch auf Krankengeld eröffnenden Krankenversicherung und zum Teil in einer sonstigen Krankenversicherung zurückgelegt hat. In diesem Fall ist eine Mischung dieser Zeiten möglich, wobei hinsichtlich der Wertigkeit die Zeit einer den Anspruch auf Krankengeld eröffnenden Krankenversicherung dem vierfachen Wert der Zeit einer sonstigen Krankenversicherung entspricht.

Die im Abs.5 (früher Abs.4) des § 139

vorgenommene Ergänzung steht im Zusammenhang mit der neu eingefügten Bestimmung des § 90a, die für den Fall des Zusammentreffens eines Anspruches auf Versehrtenrente mit einem Anspruch auf Krankengeld das Ruhen der Versehrtenrente für die weitere Dauer des Krankengeldanspruches mit dem Betrag des Krankengeldes anordnet. Dementsprechend wird im § 139 Abs.5 bestimmt, daß die Dauer des Anspruches auf Krankengeld durch das Entstehen eines Anspruches auf Versehrtenrente aus der Unfallversicherung nicht berührt wird.

Zu Z.18/§ 140: Die Neufassung des § 140 hat meritorisch keine Änderung der Rechtslage zum Inhalt. Sie wird lediglich durch eine Zitierungsänderung in Z.1 und eine stilistische Änderung der Ausdrucksweise in Z.3 erforderlich.

Zu Z.19/§ 143: Die Änderung im § 143 Abs.1 Z.2 ist lediglich textlicher Art.

Die Änderung des § 143 Abs.3 soll bewirken, daß in Hinkunft von einer gesetzlichen Interessenvertretung der Dienstnehmer gewährte Erholungsaufenthalte ein Ruhen des Krankengeldanspruches nicht mehr zur Folge haben werden.

Durch die neu eingefügte Bestimmung des

Abs.4 im § 143 wird sichergestellt, daß beim Bestand mehrfacher Versicherungen der Krankengeldanspruch nur aus jener Versicherung ruht, der ein Beschäftigungsverhältnis zugrundeliegt, aus dem der Versicherte Anspruch auf Fortbezug von mindestens 50 v.H. der vollen Geld- und Sachbezüge hat. Dadurch wird eine Härte des geltenden Rechtes, das in solchen Fällen den Krankengeldanspruch aus sämtlichen Versicherungen ruhen ließ, beseitigt.

Zu Z.20/§ 144: § 2 des Krankenanstaltengesetzes, BGBl. Nr.1/1957, das nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz in Kraft getreten ist, bietet den Rechtsträgern von Heilstätten und Krankenanstalten die Möglichkeit, die Heilstätten in Krankenanstalten umzuwandeln. Diese Umwandlung hat zur Folge, daß bei Einweisung in solche Anstalten die Krankenversicherungsträger die Verpflegskosten zu übernehmen haben. Um eine solche Verschiebung der Leistungspflicht zu Lasten der Krankenversicherungsträger auszuschließen, soll im neu eingefügten Abs.4 des § 144 eine Abgrenzung hinsichtlich der von den Krankenversicherungsträgern als Pflichtleistung zu übernehmenden Anstaltspflege getroffen werden.

Zu Z.21/§ 146: Die Neufassung des § 146 Abs.2 ergibt sich aus den im § 139 Abs.3 und 4 vorgenommenen Änderungen.

Zu Z.22/§ 147: § 147 Abs.2 mußte im Hinblick auf die Neufassung des § 139 Abs.3 geändert werden. Die Regelung des neuen § 139 Abs.4 wurde in etwas modifizierter Form in den § 147 Abs.2 übernommen, indem für das Entstehen eines neuen Anspruches auf Anstaltspflege für Angehörige nach Erschöpfung der Höchstdauer der Pflege die Zurücklegung einer Versicherungszeit von einheitlich 52 Wochen durch den Versicherten erforderlich ist. Diese besondere Regelung erscheint im Hinblick darauf, daß einerseits die Gewährung der Anstaltspflege für Angehörige lediglich eine satzungsmäßige Mehrleistung ist und daß anderseits an die Gesundheit des Angehörigen, der nicht im Erwerbsleben steht, nicht solche Anforderungen gestellt werden wie an die Gesundheit des Pflichtversicherten, vertretbar.

Zu Z.23/§ 148: Die Umstellung der Z.5 und 6 im § 148 soll die Absicht des Gesetzgebers hinsichtlich der Kostentragung bei Unterbringung der Versicherten und ihrer Angehörigen in Heil- und Pflegeanstalten für Nerven- und Geisteskranke noch

deutlicher als bisher zum Ausdruck bringen, um den in der Angelegenheit aufgetretenen Streitigkeiten zwischen Versicherungsträgern und Fürsorgeträgern den Boden zu entziehen. Wie in den Erläuternden Bemerkungen zur Regierungsvorlage des ASVG. (599 der Beilagen zu den stenographischen Protokollen des Nationalrates VII.G.P.) zu § 148 Z.6 ausgeführt wird, übernimmt die Bestimmung des § 148 Z.6 (neu Z.5) den vor dem Inkrafttreten des ASVG. in Erlässen festgelegten Grundsatz der Kostenteilung zwischen den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung und den Fürsorgeverbänden. Diese Kostenteilung war, wie in den Erläuternden Bemerkungen weiter ausgeführt wird, als Lastenausgleich zwischen den beiden genannten Kostenträgern gedacht, um die sonst in jedem einzelnen Fall notwendige schwierige Untersuchung der Frage zu ersparen, ob die in der Regel durch einen Amtsarzt angeordnete Unterbringung eines Geisteskranken in einer Heil- und Pflegeanstalt für Nerven- und Geisteskranke im Interesse des Kranken oder aus sicherheitspolizeilichen Gründen erfolgte. Dies bedeutete, daß jeder der beiden Kostenträger die für die Unterbringung in einer derartigen Anstalt auflaufenden Kosten endgültig je zur Hälfte zu tragen hatte. Dieser Absicht entspricht auch

§ 148 Z.5 (neu Z.6), wonach die Rechtsträger der öffentlichen Krankenanstalten - zu denen gemäß § 2 Abs.1 Z.2 Krankenanstaltengesetz, BGBl.Nr.1/1957, auch die Heil- und Pflegeanstalten für Nerven- und Geisteskranke zählen - gegenüber dem eingewiesenen Erkrankten und den für ihn unterhaltspflichtigen Personen keinen Anspruch auf Ersatz der Verpflegskosten für die Dauer der vom Versicherungsträger gewährten Anstaltspflege haben. Ungeachtet dieser Vorschriften und der aus den Erläuternden Bemerkungen zum ASVG. feststellbaren Absicht des Gesetzgebers machten sich die Fürsorgeträger die Praxis zu eigen, die durch den Versicherungsträger nicht gedeckte Hälfte der Verpflegskosten beim Versicherten einzutreiben, der sich seinerseits wieder an den Versicherungsträger wandte, demgegenüber er Anspruch auf Gewährung der Anstaltspflege als Sachleistung hatte, sodaß der Versicherungsträger letzten Endes auch in den Fällen der Unterbringung in Heil- und Pflegeanstalten für Nerven- und Geisteskranke die vollen Verpflegskosten zu tragen hätte. Die Judikatur der Gerichte war, weil vom Obersten Gerichtshof und vom Verwaltungsgerichtshof eine verschiedene Rechtsauffassung vertreten wurde, unterschiedlich. Um die schon seinerzeit bei

Schaffung des ASVG. bestandene Absicht, daß die Rechtsträger der Krankenanstalten gegenüber dem Erkrankten und den für ihn unterhaltspflichtigen Personen auch dann keinen Anspruch auf Ersatz der Verpflegskosten haben, wenn sich der Erkrankte in einer Heil- und Pflegeanstalt für Nerven- und Geisteskranke befindet, noch deutlicher als bisher hervorzuheben, soll die allgemein geltende Regelung über die Beschränkung des Kostenersatzanspruches gegenüber dem Erkrankten (seinen Angehörigen) auch in der Reihenfolge der Ziffernbezeichnung im § 148 nach der Regelung über die Kostentragung bei Unterbringung in Heil- und Pflegeanstalten für Nerven- und Geisteskranke stehen.

Zu Z.24/§ 151: Die Neufassung des § 151 gibt, abgesehen von textlichen Änderungen, dem Versicherungsträger die Möglichkeit, die Hauspflege nicht nur, wie nach der gegenwärtigen Fassung, durch Beistellung von Pflegepersonen, sondern auch durch Leistung von Zuschüssen zu den Kosten für eine Pflegeperson zu gewähren.

Zu Z.25/§ 152: Nach § 143 Abs.1 Z.2 ruht der Anspruch auf Krankengeld u.a. solange, als der Versicherte auf Rechnung eines Versicherungsträ-

trägers Anstaltspflege erhält. Der Lebensunterhalt seiner Angehörigen wird durch das Familiengeld sichergestellt, das mindestens in der Höhe des halben Krankengeldes gewährt werden muß. Anspruch auf Familiengeld hat allerdings nur jener Versicherte, dem die Anspruchsberechtigung für Angehörige gemäß § 123 zusteht. Nach dieser Bestimmung ist die Angehörigeneigenschaft u.a. davon abhängig, daß der Angehörige nicht selbst gesetzlich krankenversichert ist oder für ihn seitens einer Krankenfürsorgeeinrichtung eines öffentlich-rechtlichen Dienstgebers Krankenfürsorge vorgesehen ist. Diese Bestimmungen haben zu Härten in jenen Fällen geführt, wo der Angehörige zwar auf Grund eigener Beschäftigung versichert ist, jedoch wegen geringer Höhe des Entgeltes aus dieser Beschäftigung überwiegend vom Versicherten erhalten wird. Dies ist etwa dann der Fall, wenn die Ehegattin des Versicherten auf Grund ihrer Beschäftigung als Hausbesorgerin zwar der gesetzlichen Krankenversicherung unterliegt, ihr Entgelt aus dieser Tätigkeit aber nicht ausreicht, um ihren Lebensunterhalt bestreiten zu können. Dies trifft auch bei Lehrlingen zu, deren Lehrlingsentschädigung für die Bestreitung der Bedürfnisse des täglichen Lebens nicht ausreicht, ebenso bei Ange-

hörigen, die freiwillig krankenversichert sind. Nach der Neufassung des § 152 ist eine anderweitige Krankenversicherung des Familienangehörigen für den Anspruch auf Familiengeld ohne Bedeutung. Ausschlaggebend soll vielmehr sein, ob der Angehörige aus selbständiger oder unselbständiger Erwerbstätigkeit, aus einem Lehr- oder Ausbildungsverhältnis oder auf Grund von Rentenansprüchen aus der Unfall- oder Pensionsversicherung selbst ein Einkommen bezieht. Überschreitet dieses Einkommen den Betrag von 680 S, so entfällt der Anspruch auf Familiengeld. Bezüglich der Festsetzung des Grenzbetrages von 680 S wird auf die Ausführungen bei der Festsetzung eines Betrages in gleicher Höhe im § 122 Abs.2 Z.2, die auch hier entsprechend gelten, verwiesen. Der Inhalt der Abs.2 bis 5 der Neufassung des § 152 wurde im wesentlichen unverändert aus der bisherigen Regelung übernommen.

Zu Z.26/§ 153: Für den neu eingefügten Abs.4 im § 153 waren die gleichen Erwägungen maßgebend wie sie als Begründung für den neu angefügten Abs.3 im § 135 dargelegt wurden.

Zu Z.27/§ 161: Nach dem geltenden Wortlaut des § 161 Abs.1 müßte der Versicherungsträger zunächst prüfen,

ob eine Hausentbindung angezeigt erscheint. Erst wenn diese Prüfung negativ verläuft, dürfte er Pflege in einer Krankenanstalt (in einem Entbindungsheim) gewähren. Diese Regelung entspricht jedoch nicht der heute allgemein erhobenen medizinischen Forderung, im Interesse der Gesundheit von Mutter und Kind die Entbindung in der Krankenanstalt bzw. im Entbindungsheim zu fördern. In der neuen Fassung des § 161 erster Satz erster Halbsatz wird nur mehr der Fall der Entbindung in einer Krankenanstalt (in einem Entbindungsheim) geregelt. Für den Fall der Hausentbindung muß eine besondere Regelung nicht getroffen werden, weil schon durch die bisherigen Bestimmungen (§§ 159 und 160) der Umfang und das Ausmaß der bei der Hausentbindung zu erbringenden Leistungen (Hebammenbeistand, erforderlichenfalls ärztlicher Beistand, Heilmittel und Heilbehelfe) gesetzlich festgelegt sind. Der Inhalt des neugefaßten Abs.2 des § 161 entspricht dem bisherigen nunmehr wegfallenden Abs.3 des § 161.

Zu Z.28/§ 162: Die Bestimmungen des § 162 über das Wochengeld erwiesen sich in mehreren Punkten als änderungsbedürftig. Zunächst wird durch die Neufassung des § 162 Abs.1 sichergestellt, daß

sich die Dauer des Anspruches auf Wochengeld mit der Dauer des Beschäftigungsverbotes vor und nach der Entbindung nach dem Mutterschutzgesetz, BGBl.Nr.76/1957, deckt. Weiters wird Vorsorge getroffen, daß den Müttern nach Frühgeburten unabhängig davon, ob sie ihr Kind stillen, Anspruch auf Wochengeld durch zwölf Wochen nach der Entbindung zusteht. Die bisherige Regelung, wonach dieser Wochengeldanspruch nur dann bestanden hat, wenn die Mutter ihr Kind selbst gestillt hat, erwies sich als ungerechtfertigt, weil besonders nach Frühgeburten die Mutter oft nicht in der Lage ist, ihr Kind selbst zu stillen.

Durch die Neuformulierung des § 162 Abs.3 wird im Zusammenhang mit der Änderung im § 162 Abs.4 (früher Abs.3) zunächst einer Anregung Rechnung getragen, die nach § 4 Abs.3 den Dienstnehmern gleichgestellten weiblichen Pflichtversicherten nicht vom Anspruch auf Wochengeld auszuschließen. Der im § 162 Abs.3 Z.3 in der derzeit geltenden Fassung vorgesehene Ausschluß dieser Gruppe von Pflichtversicherten, zu denen auch die selbständigen Hebammen gehören, vom Wochengeldanspruch ist nicht weiter vertretbar, weil die Beiträge dieser Gruppe von Versicherten gleich hoch sind, wie die aller übrigen

Pflichtversicherten. Die gleichen Erwägungen gelten auch für die nach § 8 Abs.1 Z.4 teilversicherten bildenden Künstler. Bezüglich der Höhe des Wochengeldes für diese Versichertengruppen wird auf die Höhe des täglichen Krankengeldes zurückgegriffen, weil das Wochengeld, ebenso wie das Krankengeld, einen Ersatz für den im Zusammenhang mit der Entbindung stehenden Verlust des Arbeitsverdienstes darstellt. Die für die sonstigen weiblichen Versicherten geltende Bemessungsgrundlage für das Wochengeld (durchschnittlicher Arbeitsverdienst der letzten 13 Wochen, vermindert um die gesetzlichen Abzüge) führte in den Fällen zu Härten, in denen bei einer Versicherten etwa der Übergang von der Lehrlingsentschädigung auf den Gehilfenlohn in den Zeitraum der letzten 13 Wochen fiel, da in diesem Fall auch noch die niedrige Lehrlingsentschädigung bei der Durchschnittsbildung herangezogen werden mußte. Um auch in solchen Fällen eine den tatsächlichen Verdienstverhältnissen entsprechende Bemessungsgrundlage für das Wochengeld sicherzustellen, enthält die Neufassung des § 162 Abs.3 auch die Vorschrift, daß, wenn es für die Versicherte günstiger ist, in solchen Fällen der Durchschnittsbildung der im letzten Beitragszeit-

raum gebührende Arbeitsverdienst zugrundezulegen ist. Bedürfnissen der Praxis, denen im Sinne einer möglichsten Verwaltungsvereinfachung Rechnung getragen wurde, entspricht die Sonderregelung, daß bei Versicherten, deren Arbeitsverdienst nach Kalendermonaten bemessen oder abgerechnet wird, für die Durchschnittsbildung der in den letzten drei Kalendermonaten gebührende Arbeitsverdienst heranzuziehen ist. Schließlich wird in Anlehnung an § 14 des Mutterschutzgesetzes, BGBl.Nr.76/1957, Vorsorge getroffen, daß Zeiten der Krankheit oder der vorübergehenden Kurzarbeit sowie Zeiten, während derer die nach § 32 Epidemiegesetz 1950, BGBl.Nr.186, gebührende Vergütung für Verdienstentgang auf Grund einer Absonderung bezogen wurde, bei Ermittlung des Arbeitsverdienstes der letzten 13 Wochen außer Betracht bleiben sollen, um zu verhindern, daß das Wochengeld dadurch eine nicht zu rechtfertigende Herabsetzung erfährt.

Zu Z.29/§ 163: Die Änderung im § 163 Abs.1 ist lediglich textlicher Natur. Hinsichtlich der Erweiterung im § 163 Abs.3 wird auf die Ausführungen der Begründung zu § 125 Abs.4 hingewiesen.

Zu Z.30/§ 164: Durch die Neufassung des § 164 Abs.1 Z.2 und 3 wird der Entbindungsbeitrag in verschiedener Höhe festgesetzt, je nachdem ob es sich um sonstige weibliche Versicherte mit Ausnahme der Selbstversicherten (Abs.1 Z.2) oder um Angehörige und Selbstversicherte (Abs.1 Z.3) handelt. Damit sollen insbesondere die Satzungen der Krankenversicherungsträger, die für sonstige weibliche Versicherte und für Angehörige einen verschieden hohen Entbindungsbeitrag vorsehen, eine eindeutige gesetzliche Stütze erhalten. Hinsichtlich der Ergänzung im § 164 Abs.2 wird auf die Ausführungen der Begründung zu § 125 Abs.4 verwiesen.

Zu Z.31/§ 166: Durch die Ergänzung des § 166 Abs.1 Z.1 soll eine der gegenwärtigen Fassung dieser Bestimmung innewohnende Unbilligkeit beseitigt werden, die darin besteht, daß der Anspruch auf Wochengeld bei Anstaltspflege ohne Rücksicht auf seine Höhe zur Gänze ruht. Dies wirkt sich insbesondere bei höheren Wochengeldansprüchen zum Nachteil der Versicherten aus. Nach der Ergänzung soll das Ruhen des Wochengeldanspruches bei Anstaltspflege nur in der Höhe des dem Versicherungsträger daraus erwachsenden Aufwandes eintreten. Die Neufassung des § 166

Abs.1 Z.2 soll diese Bestimmung an die seit der 6. Novelle zum ASVG. in Geltung stehende Regelung des § 143 Abs.1 Z.3 anpassen. Ebenso wie beim Krankengeld soll auch der Anspruch auf Wochengeld nur zur Hälfte ruhen, wenn die Versicherte auf Grund gesetzlicher oder vertraglicher Bestimmungen Anspruch auf Fortbezug von 50 v.H. der vollen Geld- und Sachbezüge hat. Hat sie Anspruch auf Fortbezug von mehr als 50 v.H. der vollen Geld- und Sachbezüge, so ruht, wie bisher, das Wochengeld zur Gänze.

Zu Z.32/§ 169: Die Änderung im § 169 ist lediglich textlicher Natur.

Zu Z.33/§ 170: Die Neufassung des § 170 hat sich deshalb als notwendig erwiesen, weil die bisherige Regelung es offen ließ, wem das Sterbegeld gebührt, wenn die Kosten der Bestattung zur Gänze auf Grund gesetzlicher, satzungsmäßiger oder vertraglicher Verpflichtung bestritten wurden. Diese Lücke wird durch die nunmehrige Fassung beseitigt. Ferner wird zur Klarstellung der Kreis der bezugsberechtigten Kinder dahin näher umschrieben, daß es sich hiebei um die leiblichen und die Wahlkinder handelt.

Zu Z.34/§ 171: Die Änderung der Zitierung "(§ 125 Abs.1)" auf "(§ 125)" im Abs.1 erster Satz bewirkt, daß auch allfällige Sonderzahlungen bei der Bemessung des Sterbegeldes zu berücksichtigen sind. Durch die Änderung des § 171 Abs.2 zweiter Halbsatz wird klargestellt, daß nicht auch ein auf Grund freiwilliger Versicherung des Angehörigen gebührendes Sterbegeld, sondern nur ein Sterbegeld aus der Pflichtversicherung des Angehörigen bei der Kürzung des Familiensterbegeldes zu berücksichtigen ist. Schließlich soll durch die Änderungen im § 171 Abs.3 und 5 in der Krankenversicherung der Rentner das Sterbegeld in den Fällen des Bezuges einer Ausgleichszulage dadurch erhöht werden, daß bei der Ermittlung des Sterbegeldes neben dem Betrag der monatlichen Rente auch die Ausgleichszulage mitzuberücksichtigen ist.

Zu Artikel III.

Z.1/§ 172: Die "Rehabilitation" ist in der sozialen Sicherheit ein fester Begriff geworden, dessen sich die Praxis seit langer Zeit bedient. Nunmehr soll dieser Begriff in der Unfallversicherung auch im Gesetzestext, und zwar im § 172 ASVG., Aufnahme finden. Maßnahmen der "Rehabilitation" bilden außer der Unfallheilbehandlung die Berufsfürsorge (§ 198), die berufliche Ausbildung (§ 199), die Hilfe zur Erlangung einer Arbeitsstelle (§ 200) und die Versorgung mit Körperersatzstücken, orthopädischen Behelfen und anderen Hilfsmitteln (§ 202).

Z.2/§ 176: Nach der bisherigen Fassung des § 176 Abs.1 Z.2 würde nur eine Lebensrettung oder der Versuch einer solchen Rettung unter Versicherungsschutz stehen. In gleicher Weise schutzbedürftig erscheinen aber auch Personen, die bei der Herbeiholung eines Arztes oder einer Hebamme zu einer dringenden Hilfeleistung verunglücken, wobei nicht näher erwähnt zu werden braucht, daß es sich dabei um Hilfeleistungen handeln muß, die in den beruflichen Aufgaben-

bereich dieser Personen fallen. Die Aufzählung der unfallgeschützten Tätigkeiten im § 176 Abs.1 Z.2 wurde daher um diese Fälle erweitert.

Da der Besuch eines beruflichen Schulungs(Fortbildungs)kurses, wenn er die Einsatzfähigkeit des Versicherten in seinem Beschäftigungsverhältnis fördert, mit diesem in engem Zusammenhang steht, sollen Unfälle beim Besuch derartiger Kurse den Arbeitsunfällen gleichgestellt werden (§ 176 Abs.1 Z.5).

Die neu eingefügte Z.6 im § 176 Abs.1 regelt den Versicherungsschutz von Personen bei einer Tätigkeit, wie sie sonst ein nach § 4 Versicherter ausübt, auch wenn dies nur vorübergehend geschieht. Nach der bisherigen Rechtslage sind diese Personen in eine Teilversicherung in der Unfallversicherung einbezogen (§ 8 Abs.1 Z.3 lit.e). Für sie ist auch eine Beitragsregelung vorgesehen (§ 74 Abs.2). Da derartige Versicherungsverhältnisse dem Unfallversicherungsträger nach den Erfahrungen der Praxis stets nur in den Fällen bekannt werden,

in denen sich ein Arbeitsunfall ereignet, erwies sich diese Regelung als undurchführbar. Es soll daher die bisher bestandene Teilversicherung dieser Personengruppe aufgelassen und der Versicherungsschutz der wie Versicherte tätig werdenden Personen dadurch bewirkt werden, daß Unfälle, die dieser Personengruppe zustoßen, im § 176 Abs.1 Z.6 den Arbeitsunfällen gleichgestellt werden, wobei die Leistungen der Unfallversicherung auch dann gewährt werden sollen, wenn die tätig werdenden Personen nicht unfallversichert sind (§ 176 Abs.2).

Neu eingefügt wurde auch die Z.7 im § 176 Abs.1. Für den hier genannten Personenkreis hatte das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz in der Fassung des Stammgesetzes eine Teilversicherung in der Unfallversicherung im § 8 Abs.1 Z.3 lit.d vorgesehen, wobei die Beiträge für diese Teilversicherung von der Körperschaft zu tragen gewesen wären, der der Versicherte in dieser die Pflichtversicherung begründenden Tätigkeit angehört. Eine solche Beitragspflicht wurde im Hinblick auf den gemein-

nützigen Zweck der in Betracht kommenden Institutionen als ungerechtfertigt empfunden. Durch die Einreihung der von den Angehörigen dieser Institutionen auszuübenden Tätigkeiten in den Kreis der unfallgeschützten Tätigkeiten soll nunmehr das Versicherungsrisiko dieser Tätigkeiten auf die Gesamtheit der Unfallversicherten bzw. ihrer Dienstgeber übertragen werden, ohne daß hiefür besondere Unfallversicherungsbeiträge eingehoben werden. Dies erscheint deshalb auch verfassungsrechtlich unbedenklich, weil nahezu alle Personen, die in derartigen Institutionen tätig sind, auf Grund ihrer Erwerbstätigkeit der Unfallversicherung unterliegen, sodaß nicht davon gesprochen werden kann, daß durch diese Regelung etwa ein Personenkreis in den Genuß von Versicherungsleistungen gelangt, für den keine Versicherungsbeiträge entrichtet werden. Mit Rücksicht auf die Schwierigkeiten, die die Abgrenzung des Unfallversicherungsschutzes nach der derzeitigen Fassung des § 8 Abs.1 Z.3 lit.d in der Rechtsprechung bereitete,

wurden die Tätigkeiten, die dem Unfallversicherungsschutz unterliegen sollen, im Gesetz genau umschrieben. In Betracht werden nur Unfälle kommen, die sich bei der Ausbildung, bei den Übungen und beim Einsatzfall ereignen. Soweit es sich um freiwillige Helfer dieser Organisationen handelt, kommen naturgemäß nur Unfälle im Einsatzfall in Betracht.

Z.3/§ 180: Die im § 180 Abs.2 bisher enthaltene Altersgrenze des 21.Lebensjahres für die Anwendbarkeit der hier vorgesehenen besonderen Bemessungsbestimmungen erwies sich in der Praxis als zu niedrig. Sie soll daher auf 30 Jahre erhöht werden.

Z.4 u.5/§§ 181 und 181a: Durch die vorliegende Novelle werden verschiedene Änderungen hinsichtlich des Kreises der in der Unfallversicherung Teilversicherten sowie hinsichtlich des Beitragsrechtes dieser Personen vorgenommen (s.die Änderungen zu § 8 Abs.1 Z.3, § 74 und § 176). Dementsprechend sind auch im § 181 und im neu eingefügten § 181a die Bestimmungen über die Bemessungsgrundlagen für diese Personen anzupassen. Im neu an-

gefügten Abs.5 des § 181 wird zur Vermeidung von Zweifeln der sich schon derzeit aus § 178 Abs.1 ASVG. ergebende Grundsatz, daß bei der Ermittlung der Bemessungsgrundlage nach den §§ 179 bis 182 alle Dienstverhältnisse, Erwerbstätigkeiten und sonstigen Tätigkeiten, sofern sie in die Unfallversicherung einbezogen sind, zu berücksichtigen sind, hinsichtlich der im § 181 Abs.1 bis 4 geregelten Bemessungsgrundlagen noch besonders hervorgehoben.

Z.6/§ 182: Die hier vorgesehene Zitierungsänderung ist im Hinblick auf die Einfügung des § 181a erforderlich.

Z.7/§ 184: Im Hinblick auf die Aufhebung des Handelskammer-Altersunterstützungsgesetzes durch § 202 Abs.1 des Gewerblichen Selbständigen-Pensionsversicherungsgesetzes kann bei der Abfindung von Versehrtenrenten die derzeit im § 184 Abs.2 zweiter Satz ASVG. vorgeschriebene Anhörung der Landeskammer der gewerblichen Wirtschaft entfallen. Weiters soll klargestellt wer-

den, daß sich die Abfindung der Versehrtenrente nicht auch auf die zu dieser Rente gebührenden Kinder-und Hilflosenzuschüsse erstreckt, die sohin auch im Falle der Abfindung einer Versehrtenrente weiterhin allmonatlich gesondert flüssig gemacht werden.

Z.8/§ 192: Nach der geltenden Regelung des § 192 zweiter Satz ist die der Satzung des Unfallversicherungsträgers eröffnete Möglichkeit, bei den selbständig Erwerbstätigen und ihren mitversicherten Angehörigen schon früher als vom Beginn des dritten Monates nach dem Eintritt des Versicherungsfalles an die Leistungen der Heilbehandlung zu gewähren, an die Voraussetzung geknüpft, daß die Anzeige des Arbeitsunfalles oder der Berufskrankheit binnen 14 Tagen nach dem Eintritt des Versicherungsfalles beim Träger der Unfallversicherung einlangt. Diese Regelung hat sich im Bereich der Unfallversicherung der selbständigen Landwirte als nicht zweckmäßig erwiesen, weil hier im Hinblick auf die besonderen Verhältnisse dieses Berufsstandes die Einhaltung der 14-tägigen Frist oft auf Schwierigkeiten

stößt. Nach der Neufassung des zweiten Satzes im § 192 soll es nunmehr der Satzung des einzelnen Versicherungsträgers überlassen werden, die Voraussetzungen für die Vorverlegung des Leistungsbeginnes hinsichtlich der Heilbehandlung entsprechend den Bedürfnissen des jeweils in Betracht kommenden Versichertenkreises festzusetzen.

Z.9/§ 195: Im Zusammenhang mit der Änderung der Vorschriften über das Ruhen des Krankengeldes bei Fortbezug des Entgelts im § 143 Abs.1 Z.3 und der entsprechenden Vorschriften des § 152 über das Familiengeld in der Krankenversicherung durch die 6.Novelle, BGBl.Nr.87/1960, mußte die Bestimmung des § 195 entsprechend angepaßt werden. Gleichzeitig soll - ebenso wie in der Pensionsversicherung (§ 302) - das Taggeld von 4 S auf 5 S erhöht und damit auf jenes Ausmaß gebracht werden, in dem es in der Krankenversicherung auf Grund satzungsmäßiger Vorschriften von der überwiegenden Zahl der Gebietskrankenkassen geleistet wird.

Z.10/§ 207: Die Änderung im § 207 Abs.2 Z.3 ist lediglich textlicher Natur und bezweckt die Ersetzung des in der österreichischen Rechtsordnung nicht gebräuchlichen Ausdruckes "freiwillige Gerichtsbarkeit" durch den Begriff "Verfahren außer Streitsachen".

Die gegenwärtige Regelung des Kinderzuschusses zu Versehrtenrenten aus der Unfallversicherung enthält Sonderbestimmungen für das Kind einer weiblichen Versehrten einerseits und für das Kind, dessen Eltern beide Anspruch auf Versehrtenrente haben (§ 207 Abs.3 und 5). Diese Bestimmungen, die aus dem früher geltenden Reichsrecht (§ 559b Abs.4 und § 592 RVO.) in das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz übernommen wurden, führen zu einer unterschiedlichen Behandlung ein und desselben Kindes im Bereich der Unfallversicherung und Pensionsversicherung, da die letztgenannte Versicherung derartige Sonderbestimmungen nicht kennt. Eine Angleichung der Rechtslage in beiden Versicherungen durch Aufhebung dieser Sonderbestimmungen in der Unfallversicherung

erschien daher angezeigt, zumal es sich um Bestimmungen handelt, die nur in verhältnismäßig seltenen Fällen zur Anwendung gelangen. Eine kleine Erleichterung wurde auch in den Fällen vorgesehen, in denen ein Kind wegen geistiger oder körperlicher Gebrechen dauernd außerstande ist, sich selbst den Unterhalt zu verschaffen. Während bisher der Kinderzuschuß in solchen Fällen über das 18.Lebensjahr hinaus nur gewährt werden konnte, wenn das Gebrechen vor Vollendung des 18.Lebensjahres eingetreten ist, wird dies in Hinkunft auch noch dann möglich sein, wenn das Gebrechen während einer regelmässigen Schul-oder Berufsausbildung, längstens bis zur Vollendung des 24.Lebensjahres eingetreten ist.

Z.11/§ 208: Die Neufassung des § 208 steht im Zusammenhang mit dem neu eingefügten § 90a. In gleicher Weise wie beim Zusammentreffen des Bezuges von Krankengeld mit dem Anspruch auf Versehrtenrente soll auch in den Fällen des § 208 die Versehrtenrente in dem vor Beginn der Anstaltspflege gewährten Ausmaß

vom Ruhen nicht erfaßt werden. Da die Unfallversicherungsträger, wenn es sich um eine vom Krankenversicherungsträger gewährte Anstaltspflege handelt, regelmäßig erst nach geraumer Zeit von einem Anstaltsaufenthalt des versehrten Rentenempfängers Kenntnis erhalten, wären sie nicht in der Lage, sofort mit Beginn der Anstaltspflege die Versehrtenrente ruhend zu stellen. Soweit aber bedingt durch die Verschlechterung der Unfallsfolgen, die den Anstaltsaufenthalt notwendig machte, auch eine Erhöhung der Minderung der Erwerbsfähigkeit und damit eine Erhöhung der Versehrtenrente eintritt, soll dieser Differenzbetrag zwischen der vor dem Beginn der Anstaltspflege gewährten Versehrtenrente und der auf Grund der Verschlechterung der Unfallsfolgen an sich gebührenden höheren Versehrtenrente ab dem Beginn der Anstaltspflege ruhen.

Z.12/§ 210: In Hinkunft sollen nicht nur Schädigungen nach dem Kriegsopferversorgungsgesetz sondern auch nach dem Opferfürsorgegesetz anerkannte Schädigungen bei der Feststellung der Gesamtminderung der Erwerbsfähigkeit im Falle der

Entschädigungen aus mehreren Versicherungsfällen gemäß § 210 ASVG. berücksichtigt werden. Eine Schätzung des Mehraufwandes, der wegen der seit Kriegsende vergangenen Zeitdauer vermutlich sehr gering ist, ist nicht durchführbar.

Z.13/§ 211: Die Praxis hat gezeigt, daß die bisherige Höchstdauer für die Gewährung der Übergangsrente gemäß § 211 ASVG. in vielen Fällen zu kurz ist, um die finanziellen Nachteile, die durch den erzwungenen Arbeitsplatzwechsel eintreten, zu beheben. Die Höchstdauer, während der Übergangsrente gewährt werden kann, wird daher auf zwei Jahre erstreckt. Analog hiezu soll auch der Höchstbetrag des Übergangsgeldes von einer halben Jahresvollrente auf eine ganze Jahresvollrente erhöht werden. Die Auswirkungen der neuen Bestimmungen werden lediglich bei der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt fühlbar werden und höchstens 100.000 S betragen.

Z.14/§ 212: Nach der vorgesehenen neuen Fassung des § 212 ASVG. soll die Gewährung von Versehrten-

geld auch in Fällen ermöglicht werden, in denen die Minderung der Erwerbsfähigkeit im rentenberechtigenden Grad nicht über drei Monate nach dem Eintritt des Versicherungsfalles hinaus andauert. Die vor dem Inkrafttreten des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes in Geltung gestandenen Bestimmungen gaben die Möglichkeit, in solchen Fällen kurz andauernder unfallbedingter Arbeitsunfähigkeit Krankengeld aus der Unfallversicherung zu gewähren. Durch die Aufhebung dieser Vorschriften ist eine Gesetzeslücke entstanden, für deren Schließung ein Bedürfnis besteht. Von Bedeutung ist die Regelung hauptsächlich für in der Unfallversicherung Teilversicherte, insbesondere für selbständig Erwerbstätige oder deren im Betrieb beschäftigte Kinder (§ 8 Abs.1 Z.2 und 3 ASVG.).

Die finanzielle Auswirkung dieser Bestimmung ist ziffernmäßig im vorhinein nicht abschätzbar, wird aber nur geringfügig sein.

Z.15/§ 214: In Berücksichtigung des Umstandes, daß die Überführung des Leichnams eines Versicherten, dessen Tod durch einen Arbeitsunfall

(eine Berufskrankheit) verursacht wurde, für die Hinterbliebenen oftmals große finanzielle Schwierigkeiten zur Folge hat, wurde als freiwillige Leistung des Unfallversicherungsträgers unter gewissen Voraussetzungen die Gewährung eines Zuschusses zu den Überführungskosten vorgesehen.

Z.16/§ 218: Aus den gleichen Gründen der Angleichung zwischen Unfallversicherungs-und Pensionsversicherungsrecht, die für die Aufhebung der Abs.3 und 5 im § 207 maßgebend waren, wurden auch im § 218 die Abs.2 und 4 aufgehoben.

Z.17/§ 219: Die Änderung im § 219 Abs.1 ist lediglich textlicher Natur.

Zu Artikel IV.

Z.1 und 2/§§ 221 und 222: Die Erweiterung des Leistungskataloges ist wegen der Aufnahme des § 300a, der die Gewährung von Leistungen der beruflichen Ausbildung auch in der Pensionsversicherung ermöglicht, notwendig. Aus diesem Grunde mußte auch § 222 Abs.3 ergänzt werden.

Z.3/§ 225: Die bisherige Fassung des § 225 Abs.1 Z.1 gab zu Zweifel Anlaß, ob unter dem verwendeten Begriff "Dienstnehmer" auch die übrigen, nach § 4 Abs.1 versicherungspflichtigen Personen zu verstehen sind. Außerdem waren durch die Zitierung nicht die im § 8 Abs.1 Z.2 genannten, als Dienstnehmer im Betrieb der Eltern beschäftigten Kinder, Enkel usw. erfaßt. Diese Unzulänglichkeiten des bisherigen Gesetzestextes sollen durch die Neufassung beseitigt werden. Der verschiedentlich vertretenen Auffassung, daß auch für einzelne Gruppen der im § 4 Abs.3 genannten, den Dienstnehmern gleichgestellten selbständig Erwerbstätigen die Regelung des § 225 Abs.1 Z.1 zu gelten habe, konnte nicht beigepflichtet werden. Für diese selbständig Erwerbstätigen war schon in der bisherigen Fassung des § 225 Abs.1 die Regelung der Z.2 vorgesehen. Durch die vorgeschlagene Neufassung auch dieser Ziffer wird dies nunmehr in unmißverständlicher Weise zum

Ausdruck gebracht.

Z.4 wurde insoferne ergänzt, als auch durch die Rückzahlung von Beiträgen die dem Dienstnehmer anläßlich seiner Aufnahme in das pensionsversicherungsfreie Dienstverhältnis für nicht für den Ruhe(Versorgungs)genuß angerechnete Versicherungszeiten vom Versicherungsträger erstattet worden sind, Pflichtbeitragszeiten entstehen sollen.

Die Neufassung des § 225 Abs.4 hat lediglich eine Anpassung an die geänderten Formulierungen des Abs.1 zum Inhalt.

Z.4/§ 226:

Die Regelung des § 226 Abs.1 in der bisherigen Fassung ist insofern unvollständig, als lediglich auf die Zeiten Bedacht genommen wird, die als Beitragszeiten nach den am 31.Dezember 1955 in Geltung gestandenen Vorschriften anerkannt waren. Darüber hinaus ordnet aber § 313 des ASVG., also eines am 31.Dezember 1955 noch nicht in Geltung gestandenen Gesetzes an, daß die in den Überweisungsbeträgen nach § 311 berücksichtigten Monate als Beitragsmonate im Sinne dieses Bundesgesetzes gelten. Es war daher notwendig, die gemäß § 313 durch die Leistung des Überweisungsbetrages (Rückzahlung der erstatteten Beiträge) entstehenden

Beitragszeiten aus der Zeit vor dem 1.Jänner 1956 in den § 226 ausdrücklich aufzunehmen (Abs.2).

Die Änderung des bisherigen Wortlautes des Abs.2 (neu: Abs.3) erschien aus folgenden Gründen notwendig:

Nach den Bestimmungen des § 1442 RVO. waren Pflichtbeiträge und freiwillige Beiträge nur wirksam, wenn sie nach Ablauf von zwei Jahren nach Schluß des Kalenderjahres, für das sie gelten sollen, entrichtet worden sind. Über diese Zeit hinaus hatte der Versicherungsträger die Nachentrichtung von Pflichtbeiträgen binnen weiteren zwei Jahren zuzulassen, wenn sie ohne Verschulden des Versicherten nicht rechtzeitig entrichtet worden sind. In Fällen besonderer Härte konnte das Reichsversicherungsamt die Nachentrichtung auch nach Ablauf der genannten Fristen zulassen und hiefür eine Frist bestimmen. Von dieser Ermächtigung wurde auch nach dem April 1945 Gebrauch gemacht und vom Bundesministerium für soziale Verwaltung über Antrag die Zustimmung zur Nachentrichtung von Beiträgen erteilt.

Mit 1.April 1952 traten an die Stelle des bisherigen § 1442 RVO. die Bestimmungen des § 9 Abs.2 und des § 13 des 1.Sozialversicherungs-Neuregelungsgesetzes, 1.SV.-NG.. Nach § 9 Abs.2

des 1.SV-NG. konnten für eine vor dem 1.April 1952 gelegene Zeit Beitragszeiten noch insoweit erworben werden, als dies nach den für die betreffende Zeit in Geltung gestandenen oder nachträglich für diese Zeit getroffenen Bestimmungen (mit Ausnahme der Bestimmungen über die Hemmung der Verjährung) möglich gewesen wäre. Nach § 13 des 1.SV-NG. waren Beitragszahlungen, die nach Eintritt des Versicherungsfalles für frühere Beitragsperioden als die letzte dem Versicherungsfall vorangegangene geleistet worden sind, unwirksam. Auch in der Zeit, während diese Bestimmungen des 1.SV-NG. gegolten haben, hat das Bundesministerium für soziale Verwaltung die Nachentrichtung von Beiträgen bewilligt.

Nach der Bestimmung des § 226 Abs.2 in der geltenden Fassung können nach dem 31.Dezember 1955 für eine vorher gelegene Zeit Beitragszeiten noch insoweit erworben werden, als für diese Zeit nach den für sie in Geltung gestandenen oder nachträglich für sie getroffenen Bestimmungen Beiträge zu entrichten gewesen wären oder hätten entrichtet werden können und eine wirksame Entrichtung solcher Beiträge bei entsprechender Anwendung der Bestimmungen des ASVG. noch zulässig ist. Durch diese Bestimmung wurde es ermöglicht, Zeiten für die seinerzeit Beiträge zu entrichten gewesen wären oder entrichtet hätten werden können, aber nicht entrichtet wurden, durch Nachentrichtung von Beiträgen in echte Beitrags-

zeiten umzuwandeln. Die Anwendung dieser Bestimmung setzt daher den Nachweis der Pflicht bzw. der Berechtigung zur Beitragsentrichtung vor dem 1.Jänner 1956 voraus. Sobald dieser Nachweis erbracht war, wurde die Bewilligung zur Nachentrichtung von Beiträgen für solche Zeiten vom Bundesministerium für soziale Verwaltung in Fällen besonderer Härte erteilt. Da der Verwaltungsgerichtshof mit den Erkenntnissen vom 27.Jänner 1960, Zl. 847/59 und Zl. 1.536/59, die Kompetenz des Bundesministeriums für soziale Verwaltung zur Entscheidung nach § 226 Abs.2 verneint hat, war es notwendig, diese Bestimmungen abzuändern und die Kompetenz des Bundesministeriums für soziale Verwaltung ausdrücklich zu normieren. Bei dieser Gelegenheit wurde auch um für die Vollziehung dieser Bestimmung eine Richtlinien zu geben, der Begriff der "besonderen Härte" näher umschrieben. Um eine gleiche Praxis auch für die Bewilligung der Beitragsnachentrichtung für Zeiten nach dem 31.Dezember 1955 zu erreichen, wurde § 225 Abs.3 der in Rede stehenden Bestimmung textlich angepasst.

Die Ergänzung des § 226 Abs.3 (neu: Abs.4) soll eine nach der bisherigen Rechtslage bestehende Unbilligkeit beseitigen. Gemäß § 229 Z.3 lit.b in der derzeitigen Fassung gelten Zeiten der Beschäftigung als Arbeiter, die in einem im Gebiete

der Republik Österreich gelegenen Betrieb seit dem Jahre 1924 bis zu der spätestens am 31.Dezember 1955 erfolgten Einbeziehung der Dienstnehmer dieses Betriebes in die knappschaftliche Rentenversicherung zurückgelegt worden sind, als Ersatzzeiten in der knappschaftlichen Pensionsversicherung. Der durch diese Bestimmung erfaßte Zeitraum umfaßt daher die Zeit von 1924 bis 31.Dezember 1938, in der im Gebiet der Republik Österreich keine Invalidenversicherung der Arbeiter bestand und daher auch keine Beiträge entrichtet wurden, und die Zeit ab 1.Jänner 1939, in der eine solche Invalidenversicherung bestand und zu dieser auch Beiträge entrichtet wurden. Soweit es sich um Dienstnehmer von Betrieben handelt, die erst im Laufe dieser Zeit bis spätestens 31.Dezember 1955 zu knappschaftlichen Betrieben erklärt wurden (z.B. einzelne Betriebe der Talkum- und Magnesitgewinnung), werden also sowohl die Zeiten ohne Beitragsentrichtung (bis 1938) als auch die Zeiten mit Beitragsentrichtung (ab 1939) gleich, nämlich als Ersatzzeiten berücksichtigt. Um nun die Berücksichtigung der zurückgelegten Zeiten in ihrer richtigen Wertigkeit, nämlich Beitragszeiten als Beitragszeiten und Zeiten ohne Beitragsleistung als Ersatzzeiten zu ermöglichen, wurden die in

Betracht kommenden Zeiten geteilt in solche bis 1938, die ohne Beitragsentrichtung zurückgelegt wurden und in solche seit 1.Jänner 1939, für die Beiträge entrichtet wurden. Die erstgenannten bleiben auch nach der Neufassung des § 229 Abs.1 Z.3 lit.b - so wie bisher - Ersatzzeiten, die zweitgenannten werden durch die Ergänzung des § 226 Abs.3 als Beitragszeiten erklärt.

Z.5/§ 227: Nach der gegenwärtigen Fassung des § 227 Z.1 sollen als Ersatzzeiten auch Zeiten berücksichtigt werden, die nach dem Inkrafttreten des ASVG. liegen und in Schulen zurückgelegt wurden, die im Gebiete der ehem. österreichisch-ungarischen Monarchie liegen. Es fehlt jede Begründung dafür, für nach dem 31.Dezember 1955 gelegene Zeiten noch das Gebiet der ehem. österreichisch-ungarischen Monarchie zu berücksichtigen. Diese Bestimmung könnte nur solchen Personen zugute kommen, die nach dem 31.Dezember 1955 nach Österreich gekommen sind und nach dem genannten Zeitpunkt gelegene Zeiten des Besuches einer Schule im Gebiete der ehem. österreichisch-ungarischen Monarchie nachweisen können. Bedeutung erlangt die Bedachtnahme auf das Gebiet der ehem. österreichisch-ungarischen

Monarchie erst durch die Bestimmung des § 228 Abs.1 Z.3, durch die auch vor dem Inkrafttreten des ASVG. gelegene Zeiten der genannten Art als Ersatzzeiten anerkannt werden. Um dieser Sachlage auch in der Fassung des Gesetzes Rechnung zu tragen, wurde der Verweis auf das Gebiet der ehem. österreichisch-ungarischen Monarchie im § 227 Z.1 gestrichen und dafür die Z.3 des § 228 Abs.1 entsprechend ergänzt.

Bei den im § 227 Z.1 in der bisherigen Fassung aufgezählten Schulen mit Ausnahme der Mittel- und Hochschulen handelt es sich durchwegs um Berufs- oder Fachschulen. Um den Gesetzestext zu vereinfachen und um allfälligen Zweifeln beim Auftreten von in der bisherigen Aufzählung nicht genannten Schultypen zu begegnen, werden in der vorgeschlagenen Neufassung an Stelle namentlich aufgezählter Schultypen alle Berufs(Fach)schulen erfaßt. Dadurch erscheint auch eine Unstimmigkeit beseitigt, die sich in der bisherigen Fassung des § 227 Z.1 hinsichtlich der ausdrücklich angeführten Krankenpflegeschulen ergab. Da die Krankenpflegeschülerinnen und auch die Hebammenschülerinnen gemäß § 4 Abs.1 Z.4 der Vollversicherung unterliegen, zählen die von diesen Personen zurückgelegten Zeiten des Besuches einer Krankenpflege(Hebammen)schule als Beitragszeiten.

Es war daher nicht erforderlich, die Zeiten des Besuches einer Krankenpflegeschule im § 227 Z.1 als Ersatzzeiten zu werten. Durch die Neufassung wird aber nicht ausgeschlossen, daß der Besuch einer Krankenpflegeschule oder einer Hebammenschule, die ja auch Berufsschulen sind, in der Zeit vor dem Inkrafttreten des ASVG. und auch im Gebiete der ehem. österreichisch-ungarischen Monarchie als Ersatzzeiten gemäß § 228 Abs.1 Z.3 anerkannt werden. Durch die Neufassung der Z.2 werden die Zeiten der Zivilinternierung auch in den Fällen als Ersatzzeiten anzurechnen sein, in denen die Zivilinternierung schon vor Ausbruch des zweiten Weltkrieges aus Gründen, die mit dem zweiten Weltkrieg in Zusammenhang stehen, verfügt worden ist.

Z.6:/ § 228

Nach den bisherigen Bestimmungen konnte eine im § 228 Abs.1 Z.1 näher bezeichnete Dienstleistung nur dann als Ersatzzeit berücksichtigt werden, wenn eine Beitrags- oder Ersatzzeit dem Beginn dieser Dienstleistung nicht mehr als drei Jahre vorangegangen ist. Nunmehr soll eine solche Dienstleistung auch dann als Ersatzzeit berücksichtigt werden, wenn innerhalb von drei Jahren nach deren Ende eine Beitrags- oder Ersatzzeit folgt.

Die Neufassung des § 228 Abs.2 letzter Satz steht mit der Änderung des § 227 Z.2 im Zusammenhang und bewirkt, daß die dort hinsichtlich des zweiten Weltkrieges getroffene Regelung auch für den ersten Weltkrieg gilt.

Z.7:/ § 229

Der § 229 in der bisherigen Fassung erwies sich in zweifacher Hinsicht als abänderungsbedürftig. Einerseits waren in ihm Bestimmungen über die Erfüllung der Wartezeit und über die Bemessung der Leistungen vermischt und andererseits führte seine Z.2 zu einer Benachteiligung der der Pensionsversicherung der Angestellten zugehörigen Versicherten, da diese trotz Anwendbarerklärung der Z.1 nicht der Begünstigung der Z.1 hinsichtlich der Bemessung der Leistung teilhaftig werden konnten. Bezüglich der Neufassung des Abs.1 Z.3 lit.b wird auf die Erläuternden Bemerkungen zur neu eingefügten Z.4 des § 226 Abs.3 (Art.IV Z.4) verwiesen.

Zur Vermeidung von Zweifel wird darauf hingewiesen, daß nur Beschäftigungszeiten bis Ende 1938 in Betracht kommen. Die Einbeziehung des Betriebes in die knappschaftliche Rentenversicherung kann jedoch bis Ende 1955 erfolgt sein.

Durch die Einfügung des Abs.4 soll erreicht werden, daß die Pauschalanrechnung auch auf jene Versicherten angewendet wird, die zwar keine Ersatzzeiten im Sinne des Abs.1 des § 229, wohl aber Beitragszeiten in der Pensionsversicherung der Angestellten nachweisen können.

Nach der Regelung des Abs.5 sollen bei der Leistung die Zeiten nach Abs.1 Z.3 mit ihrer vollen Dauer, und jene Zeiten, die weder als Beitrags- noch als Ersatzzeiten gelten, nach der Pauschalanrechnung berücksichtigt werden.

Z.8: / § 230: Wie sich in der Praxis gezeigt hat, ergeben sich mitunter Fälle, in denen Dienstnehmer nach dem Ausscheiden aus dem Dienstverhältnis auf Grund arbeitsgerichtlicher Entscheidung noch Entgeltzahlungen erhalten. Wenn es sich hiebei um Nachzahlungen für Zeiten handelt, die für die Ermittlung der Bemessungsgrundlage in Betracht kommen, kann bei der derzeitigen Fassung des § 230 Abs.2 der Fall eintreten, daß von der im Falle des Obsiegens beim Arbeitsgericht zugesprochenen Entgeltnachzahlung

Beiträge nicht mehr wirksam entrichtet werden können und dem Versicherten für die Leistung aus dem bereits eingetretenen Versicherungsfall nicht mehr nützen. Durch die Neufassung des § 230 Abs.2 soll ermöglicht werden, daß auch von solchen arbeitsgerichtlich zugesprochenen Entgeltnachzahlungen die Beiträge noch wirksam entrichtet werden können.

Z.9:/ § 231 Durch Art.II Z.6 der 3.Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz, BGBl.Nr.294/1957, wurden die Bestimmungen des Abschnittes VIII des Vierten Teiles über das Ausscheiden aus der Pensionsversicherung aus Anlaß der Aufnahme einer selbständigen Erwerbstätigkeit (§ 314) aufgehoben. Damit hat auch die Bezugnahme auf diese Bestimmungen im § 231 ihre Bedeutung verloren und ist daher zu streichen.

Wenn ein Dienstnehmer ohne Anspruch auf einen laufenden Ruhe(Versorgungs)genuß aus einem pensionsversicherungsfreien Dienstverhältnis ausscheidet, hat der Dienstgeber gemäß § 311 für jeden im pensionsversicherungsfreien Dienstverhältnis zugebrachten Monat, soweit der Dienstnehmer nicht gegen Karenz der Gebühren beurlaubt war, einen Überweisungsbetrag zu leisten. Wenn der Karenzurlaub mit einem Monatsersten beginnt beziehungsweise mit einem Monatsletzten endet, bereitet die Feststellung des Ausmaßes des Überweisungsbetrages keine Schwierigkeit. Es kommt

aber wiederholt vor, daß die Karenzierung im Verlaufe eines Monates beginnt beziehungsweise endet. Bisher fehlte eine Bestimmung, die festlegte, wie in diesen Fällen die Anzahl der Monate, die für die Berechnung des Überweisungsbetrages heranzuziehen sind, zu bestimmen wäre. Diesem Mangel soll dadurch abgeholfen werden, daß die Zählmethode des § 231 auch für die Ermittlung der in einem pensionsversicherungsfreien Dienstverhältnis zugebrachten Monate, für die der Überweisungsbetrag nach § 311 zu leisten ist, angewendet werden soll. Wenn auch für den Überweisungsbetrag nach § 311 nicht "Versicherungsmonate" sondern - wie ausgeführt - "im pensionsversicherungsfreien Dienstverhältnis zugebrachte Monate" festzustellen sind, wird eine sinngemäße Anwendung des § 231 die bisher bestandenen Schwierigkeiten beseitigen.

Z. 10 / § 232 Die im § 232 vorgenommenen Zitierungsänderungen finden ihre Begründung in der Anpassung an die im § 229 vorgesehenen Änderungen und Ergänzungen. Die Ergänzung des Abs.3 lit.c steht mit der Änderung im § 228 Abs.1 Z.1 im Zusammenhang. In jenen Fällen, in denen der Wehrdienstzeit eine Versicherungszeit sowohl vorangeht als auch nachfolgt, wird sich die Zuweisung nach der vorangehenden Versicherungszeit zu richten haben.

Z.11:/ § 234

Bisher galten die Zeiten des Krankengeld(Wochengeld)-bezuges als neutrale Zeiten. Gemäß § 143 Abs.1 Z.2 (§ 166 Abs.1 Z.1) ruht der Anspruch auf Krankengeld (Wochengeld), solange der Versicherte auf Rechnung eines Versicherungsträgers Anstaltspflege erhält oder auf Rechnung eines Versicherungsträgers in einem Genesungs-Erholungs-oder Kurheim oder einer Sonderheilanstalt untergebracht ist oder Anspruch auf Ersatz der Verpflegskosten einem Versicherungsträger gegenüber hat. Eine solche Unterbringung tritt damit eigentlich nur an Stelle des Krankengeldes (Wochengeldes). Damit besteht nicht in der Person des Versicherten sondern nur in der Form der Leistung ein Unterschied. Es werden daher nunmehr die Zeiten des Aufenthaltes in den oben bezeichneten Anstalten den Zeiten des Krankengeld-(Wochengeld)bezuges gleichgestellt und ebenfalls als neutrale Zeiten behandelt.

Weiters sollen auch die Zeiten eines Mutterschaftsurlaubes gegen Karenz der Bezüge neutralisiert werden.

Bezüglich der Änderung im Abs.2 wird auf die Erläuterungen zu § 236 Abs.3 verwiesen.

Z.12:/ § 235 Durch die Erweiterung des § 235 Abs.3 sollen die Versicherten unter 21 Jahren besonders geschützt werden. Für sie tritt an Stelle der Wartezeit von 60 Versicherungsmonaten das Erfordernis des Vorliegens von mindestens sechs Versicherungsmonaten.

Z.13:/ § 236 Die Verweisung auf § 276 Abs.3 ist erforderlich, weil sonst die in dieser Bestimmung enthaltene Begünstigung für die in der knappschaftlichen Pensionsversicherung Versicherten annulliert worden wäre.

Nach der derzeit geltenden Fassung des § 236 Abs.3 sollten im Verordnungswege nur die Arbeiten bestimmt werden, die den wesentlich bergmännischen nach Schwere und Gefahr gleichzuhalten sind. Eine solche Verordnung ist bisher nicht erlassen worden. Abgesehen davon, daß sich gegen eine Verordnungsermächtigung in diesem Umfange verfassungsrechtliche Bedenken ergeben haben, erweist es sich aus zwei Beweggründen als zweckmäßig, sowohl für die wesentlich bergmännischen Arbeiten als auch für die ihnen gleichgestellten Arbeiten das System der taxativen Aufzählung anzuwenden, wie dies nunmehr im § 236 Abs.3 beziehungsweise der dazugehörigen Anlage 9 vorgesehen wird. Vor allem kann damit die Verwaltungsübung und die Spruchpraxis bei der Leistungsgewährung einheitlich ausgerichtet werden.

Da ferner die in Betracht kommenden Tätigkeiten gemäß § 236 Abs.2 und 3 nicht nur für die Wartezeit bei der Knappschaftsrente und beim Knappschaftssold und im Zusammenhang mit der letztgenannten Leistung auch beim Bergmannstreuegeld (§ 231 Abs.1) sondern auch für den Anspruch und das Ausmaß des Leistungszuschlages zur Knappschaftsrente, Knappschaftsalters- und Knappschaftsvollrente gemäß §§ 284 Abs.1 und 6 und 285 Abs.1 und 6 von Belang sind, bietet eine vollständige Aufzählung aller in Betracht kommenden Tätigkeiten den Versicherten über ihre Anspruchsberechtigung besser Aufschluß, als dies eine Definition der wesentlich bergännischen Arbeiten neben einer Aufzählung der dem Umfange nach weitaus geringeren Anzahl der ihnen gleichgestellten Arbeiten vermag. Es liegt in der Natur der Sache, daß es sich bei letzteren Arbeiten auch nur um solche Tätigkeiten handeln kann, die für die Gewinnung und Förderung der Bodenschätze typisch sind und, soweit es auf die Umweltsbedingungen des Arbeitsplatzes und die physische Inanspruchnahme des Versicherten ankommt, zu den eigentlich bergmännischen Tätigkeiten zählen. Eine Änderung wurde auch insofern vorgenommen, als die kurzfristige, aus betrieblichen Gründen bedingte Ausübung einer sonstigen Tätigkeit sowie die Frei-

stellung als Betriebsrat die Verrichtung wesentlich bergmännischer oder ihnen gleichgestellter Arbeiten nicht unterbricht, solange der Versicherte nicht an sich dienstunfähig wird. Das Bestehen der Dienstfähigkeit wird vom Versicherungsträger durch periodische Kontrolluntersuchungen zu prüfen sein. Die Aufzählung in der Anlage 9 entspricht dem derzeitigen Stand der Abbau-, Förderungs- und Sicherungsmethoden bei den bereits erschlossenen Vorkommen von Bodenschätzen.

Z.14:/ § 237

Die Bestimmung . des § 237 über die Dritteldeckung war Gegenstand eingehender Beratungen. Dem Verlangen nach Beseitigung des Erfordernisses der Dritteldeckung konnten sich die Antragsteller aus verschiedenen Überlegungen nicht anschließen. Es soll jedoch eine Milderung der Rechtslage dadurch eintreten, daß das Erfordernis der Dritteldeckung entfällt, wenn die Zeit vom 1.Jänner 1939 oder vom späteren erstmaligen Eintritt in die Versicherung an bis zum Stichtag nach Ausschaltung der neutralen Monate zu zwei Dritteln mit Versicherungsmonaten gedeckt ist.

Z.15:/ § 238

Gemäß § 238 Abs.2 in der bisherigen Fassung kommen für die Ermittlung der Bemessungszeit die letzten 60 anrechenbaren Versicherungsmonate aus allen Zweigen der Pensionsversicherung vor dem Bemessungszeitpunkt

in Betracht, die nicht zwischen dem 1. Jänner 1947 und dem 30. September 1950 liegen. Der zwischen diesen beiden Zeitpunkten gelegene Zeitraum bleibt, wie in den Erläuternden Bemerkungen der Regierungsvorlage zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz zu § 238 Abs.2 ausgeführt wird, außer Betracht, weil in dieser Zeit die Höchstgrenze der Beitregsgrundlage nicht entsprechend den geänderten Lohn- und Preisverhältnissen festgesetzt war, daher gegenüber der Zeit vorher und nachher eine Unterversicherung vorlag. Bei Leistungen aus der Pensionsversicherung, bei deren Bemessung auf Grund zwischenstaatlicher Übereinkommen auch in einer fremdstaatlichen Versicherung zurückgelegte Versicherungszeiten zu berücksichtigen sind, kann es vorkommen, daß die aus der österreichischen Pensionsversicherung beziehungsweise aus der nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz geregelten Pensionsversicherung zu erbringende Teilleistung ausschließlich auf Versicherungszeiten beruht, die zwischen dem 1. Jänner 1947 und dem 30. September 1950 liegen. Für diese Sonderfälle sollen auf Grund der Neufassung des § 238 Abs.2 auch Zeiten zwischen dem 1. Jänner 1947 und dem 30. September 1950 Berücksichtigung finden. Diese Ausnahme soll jedoch nur dann Platz greifen, wenn die in Betracht kommenden Versicherungsmonate ausschließlich in

den Zeitraum vom 1. Jänner 1947 bis 30. September 1950 fallen.

Die weitere Änderung liegt darin, daß nach der beantragten Fassung Monate der freiwilligen Versicherung, die Zeiten der im Antrag näher beschriebenen Art enthalten, bei der Feststellung der letzten 60 anrechenbaren Versicherungsmonate außer Betracht bleiben; dies allerdings nur dann wenn es für den Versicherten günstiger ist. Es wird also im konkreten Falle zu prüfen sein, ob die aufgewerteten Beitragsgrundlagen solche Zeiten der freiwilligen Versicherung höher sind als die aufgewerteten Beitragsgrundlagen jener Versicherungszeiten, die wegen des Wegfalles der Zeiten der freiwilligen Versicherung zur Auffüllung der 60 anrechenbaren Versicherungsmonate (Bemessungszeit) heranzuziehen sind. In der Regel wird es sich bei solchen Zeiten freiwilliger Versicherung, was das Anwartschaftsrecht betrifft, um an sich unnötige Beitragsleistungen handeln, da ein Verlust von Anwartschaften infolge der sonst gegebenen Neutralisierung dieser Zeiten nicht eintreten kann.

Versicherungsmonate, die derartige Zeiten neben Zeiten der Pflichtversicherung oder Ersatzzeiten enthalten, sind nach dem Antrag - entgegen der bisherigen Rechtslage - zur Bildung der Bemessungszeit heranzuziehen. Die Beitragsgrundlage für Monate dieser Art wird im § 244 Abs.5 (Art.IV Z.19) geregelt.

Z.16: / § 241

Hier mußte auf die Versicherten unter 21 Jahren Rücksicht genommen werden, die die Wartezeit von 60 Monaten für eine Leistung aus dem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit oder aus dem Versicherungsfall des Todes nicht zu erfüllen brauchen.

Z.17:/ § 242 Die Zitierungsänderungen in lit.a und b dienen lediglich der Bereinigung eines redaktionellen Versehens.

Z.18:/ § 243 Als Beitragsgrundlage für jene Beitragszeiten, die durch die Leistung des Überweisungsbetrages nach § 311 entstehen, soll nach der neu eingefügten lit.f im Abs.1 Z.2 das Entgelt, auf das der Dienstnehmer vor seinem Ausscheiden jeweils Anspruch hatte, gelten.

Die Zitierungsänderung im Abs.1 Z.3 steht im Zusammenhang mit der Neufassung des § 229.

Die Neufassung der Z.4 steht im Zusammenhang mit der Änderung in § 228 Abs.1 Z.1.

Z.19:/ § 244 Zu dieser Änderung wird auf die Ausführungen zu Art.IV Z.15 verwiesen.

Beitragsmonate der Pflichtversicherung, in denen auch Krankengeld oder Arbeitslosengeld gebührt hat, oder Karenzurlaub nach dem Mutterschutzgesetz gewährt wurde, werden gemäß § 238 weder bei der Ermittlung der Bemessungszeit noch bei der Feststellung der Bemessungsgrundlage ausgeschaltet. Um auch in solchen Fällen zu einer den tatsächlichen Verhältnissen möglichst entsprechenden Bemessungsgrundlage zu kommen, wird die Beitragsgrundlage für einen solchen Beitragsmonat mit dem 30fachen der durchschnittlichen täglichen Beitragsgrundlage aus der in diesem Monat vorhandenen Versicherungszeit festgesetzt.

Z.20/§ 245: Die Neufassung des Abs.1 zweiter Satz steht im Zusammenhang mit der Einführung der Sonderbestimmung über Rehabilitation.

Die Ergänzung im Abs.3 enthält eine Regelung für den Fall, daß in den letzten 15 Jahren vor dem Stichtag keine anrechenbaren Versicherungsmonate vorhanden sind.

Die Änderung im Abs.4 ist lediglich stilistischer Natur.

In der bisherigen Fassung des § 245 Abs.6 über die Leistungszugehörigkeit der Versicherten für Leistungen der Gesundheitsfürsorge fehlt eine Regelung für den Fall, daß der Versicherte keine ununterbrochene sechsmonatige Versicherungszeit aufweisen kann. Im Zuge der Beseitigung dieser Gesetzeslücke wurde in der Neufassung des Abs.6 die Leistungszugehörigkeit für Leistungen der Gesundheitsfürsorge in allen Fällen auf den Versicherungsträger abgestellt, bei dem der Versicherte zuletzt versichert war. Dies in der Erwägung, daß auch eine sechsmonatige Versicherungszeit bei einem bestimmten Pensionsversicherungsträger, wie sie in der bisherigen Fassung des Abs.6 vorgesehen war, noch keinen Rückschluß darauf erlaubt, daß der Versicherte diesem Pensions-

versicherungsträger auch für den seinerzeit anfallenden Rentenanspruch leistungszugehörig sein wird, weil gemäß § 245 Abs.3 für diesen Fall der gesamte Versicherungsverlauf in den letzten 15 Jahren vor dem Stichtag zur Beurteilung heranzuziehen ist.

Z.21/§ 248: Die Beiträge, die für Zeiten der Emigration geleistet worden sind, sollen ebenfalls die durch die 8. Novelle verfügte allgemeine Erhöhung der Beitragsgrundlagen mitmachen und werden daher mit dem für das Jahr 1954 geltenden Faktor der Anlage 5 aufgewertet.

Z.22/§ 250: Die bisher im Gesetz verwendete Bezeichnung dieses Pensionsinstitutes stimmt nicht mit der satzungsmäßigen Bezeichnung dieses Pensionsinstitutes und auch nicht mit der Eintragung des Unternehmens der Linzer Elektrizitäts-und Straßenbahn-Aktiengesellschaft im Handelsregister überein. Es war daher eine Richtigstellung vorzunehmen, der im Hinblick darauf, daß die Bezeichnung des Pensionsinstitutes "Pensionsinstitut der Linzer Elektrizitäts- und Straßenbahn-Aktiengesellschaft" schon in der Satzung des Institutes verankert ist, nur formaler Charakter zukommt.

Z.23/§ 251: Die Zitierungsänderung steht mit der Neufassung des § 238 durch Art.IV Z.15 im Zusammenhang.

Z.24/§ 251a: Bei den Beratungen des Initiativantrages waren alle Beteiligten der Auffassung, daß möglichst bald die Bestimmungen des § 251a über die sogenannte Wanderversicherung und auch die entsprechenden Bestimmungen im GSPVG., LZVG. und im Notarversicherungsgesetz dringend einer Änderung bedürfen. Die mit dieser Änderung im Zusammenhang stehenden Probleme sind jedoch außerordentlich schwierig. Dazu kommt, daß auch Fragen finanzieller Bedeutung eine Rolle spielen. Eine Änderung der Wanderversicherungsbestimmungen wird schon seit einiger Zeit zwischen den beteiligten Versicherungsträgern erörtert. Es war aber nicht möglich, bis zum Zeitpunkt des Einbringens dieses Antrages eine Neuregelung zu erarbeiten. Um wenigstens in einigen anhänglichen Leistungsfällen die Durchführung des Rentenverfahrens zu ermöglichen, soll Z.9 des Abs.3 ersatzlos aufgehoben werden. Im übrigen werden die Beratungen über eine Neuregelung fortgesetzt und unverzüglich nach deren Abschluß eine entsprechende Änderung beantragt werden.

Z.25/§ 252: Die Änderung im Abs.1 Z.3 setzt an Stelle des bisherigen - aus der deutschen Terminologie stammenden - Ausdruckes "freiwillige Gerichtsbarkeit" den der österreichischen Gesetzesterminologie entsprechenden Ausdruck "Verfahren außer Streitsachen".

Die Bestimmungen des Abs.2 Z.2 ermöglichen es nunmehr, auch jene Personen, die über das 18. Lebensjahr hinaus wegen Schul- oder Berufsausbildung als "Kinder" gelten, auch über das 24. Lebensjahr hinaus als solche zu behandeln, wenn sie wegen geistiger oder körperlicher Gebrechen, die zwischen ihrem 18. und 24. Lebensjahr eingetreten sind, weiterhin außerstande sind, sich selbst zu erhalten. Gleichartige Änderungen wurden auch in den entsprechenden §§ 123 Abs.3 und 207 Abs.4 für den Bereich der Kranken- und Unfallversicherung vorgenommen.

Z.26/§ 255: Nach den derzeit geltenden Vorschriften des ASVG. erhält der Arbeiter die Leistung aus dem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit unter anderen Voraussetzungen als der Angestellte. Der Arbeiter muß zur Erlangung einer solchen Leistung "Invalidität", der Angestellte "Berufsunfähigkeit" nachweisen.

Eine Reformierung des Begriffes Berufsunfähigkeit hat sich bisher nicht als notwendig erwiesen. Die allgemeine Tendenz, die sich auf Grund der Entscheidungen der Versicherungsträger, der Schiedsgerichte und des Oberlandesgerichtes Wien abzeichnet, ist sozialpolitisch unbedenklich, sodaß wohl nicht sobald Novellierungswünsche in dieser Richtung hin laut werden dürften.

Der Begriff Berufsunfähigkeit in der Pensionsversicherung der Angestellten ist eng mit der spezifischen Tätigkeit des Angestellten verbunden. Wenn auch für eine Leistung wegen Berufsunfähigkeit vorausgesetzt werden muß, daß der Grund für die Unfähigkeit, den Beruf auszuüben, in der körperlichen oder geistigen Verfassung des Angestellten liegt, so ist nicht schlechthin für die Berentung der Umstand maßgebend, daß der Angestellte nicht mehr in der Lage ist, ein bestimmtes Mindestentgelt zu verdienen. Dieses Unvermögen, ein bestimmtes Mindestentgelt zu verdienen, braucht nur in seinem bisher ausgeübten Beruf bzw. diesem ähnlichen Beruf zu bestehen. Die enge Bindung an den bisherigen Beruf läßt es auch nur zu, daß der Angestellte auf solche andere Berufe verwiesen werden kann, die eine ähnliche Ausbildung und gleichwertige Kenntnisse und Fähigkeiten

verlangen. Eine Verweisung auf artfremde Berufe ist nicht möglich. Dies zeigt sehr deutlich, daß die Pensionsversicherung der Angestellten, was die Leistung aus dem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit anlangt, eine echte Berufsversicherung ist.

Wesentlich anders sieht es derzeit in der Pensionsversicherung der Arbeiter aus. Der Begriff der Invalidität ist nicht so sehr auf das Unvermögen, die bisherige Tätigkeit auszuüben, sondern vielmehr auf die Tatsache abgestellt, daß der Versicherte nicht mehr imstand ist, die Hälfte dessen zu erwerben, was eine körperlich und geistig gesunde Person mit ähnlicher Ausbildung zu erzielen vermag. Die Bindung an den bisherigen Beruf ist viel lockerer als bei den Angestellten. Die Möglichkeiten, den Arbeiter auf eine andere Beschäftigung zu verweisen, sind bedeutend größer. Die Entscheidungen der Versicherungsträger und der Schiedsgerichte beweisen dies immer wieder.

Dieser Unterschied zwischen der Pensionsversicherung der Angestellten und der Pensionsversicherung der Arbeiter in Bezug auf die Begriffe "Berufsunfähigkeit" und "Invalidität" ist der letzte wesentliche Unterschied, der zwischen den beiden Versicherungen überhaupt noch besteht. Auf Grund der Entwicklung der letzten Jahre ist es gerechtfertigt,

diesen Unterschied abzubauen.

Es mag richtig sein, daß vor einigen Jahrzehnten die Tätigkeit eines Arbeiters, auch wenn es sich um einen gelernten Arbeiter gehandelt hat, eine rein manuelle gewesen ist, und ein Berufswechsel daher leichter vorgenommen werden konnte als bei einem Angestellten. Die technische und wirtschaftliche Weiterentwicklung hat aber in den letzten Jahren dazu beigetragen, daß der gelernte Arbeiter heute über eine Ausbildung verfügt, die ihn kaum mehr von dem Angestellten unterscheidet. Aus dem rein manuell tätigen Arbeiter ist ein fachlich gebildeter und technisch geschulter Arbeiter geworden, der sich, um sich in einem Beruf behaupten zu können, Kenntnisse und Fähigkeiten erwerben muß, die bei einer durch Krankheit erzwungenen Aufgabe des Berufes nicht unbeachtet bleiben dürfen. Die Bindung des gelernten Arbeiters an seinen Beruf ist heute kaum mehr weniger eng als die Bindung des Angestellten an seinen Beruf.

Es lag daher nahe, daß die Vertreter der Arbeitnehmer wiederholt und sehr nachdrücklich die Beseitigung des - wie schon erwähnt - einzigen wesentlichen Unterschiedes zwischen der Pensionsversicherung der Arbeiter und der Pensionsversicherung der Angestellten verlangt haben.

Die Änderung des Begriffes der Invalidität ist von den Antragstellern sehr lange und sehr eingehend erörtert worden, hat doch eine solche Änderung nicht nur im Bereiche der Sozialversicherung Auswirkungen, sondern auch arbeitsmarktpolitische Bedeutung.

Nach dem vorher Gesagten war es geradezu selbstverständlich, daß Arbeiter, die einen erlernten Beruf ausüben (Lehrberuf), bezüglich der Anspruchsvoraussetzungen auf eine Rente aus dem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit den Angestellten gleichgestellt werden. Es konnte aber nicht übersehen werden, daß auch sehr viele angelernte Arbeiter heute über Kenntnisse und Fähigkeiten verfügen, die sie dem gelernten Arbeiter praktisch gleichstellen. Die große Schwierigkeit bei der Neuformulierung des Begriffes "Invalidität" hat sich aus der Frage ergeben, für welche Kategorien der angelernten Arbeiter gleichfalls der "Berufsunfähigkeits"-Begriff maßgebend sein soll. Es lag daher nahe, den Begriff "angelernter Beruf" im Gesetz selbst zu definieren. Nur dann, wenn der Versicherte eine Tätigkeit ausübt, für die qualifizierte Kenntnisse oder Fähigkeiten durch praktische

Arbeit erworben werden müssen und diese Kenntnisse oder Fähigkeiten jenen in einem erlernten Beruf gleichzuhalten sind, soll ein angelernter Beruf als gegeben angenommen werden. Die Prüfung, ob diese Voraussetzungen vorliegen, wird keine Schwierigkeiten bereiten, wenn es sich um eine Tätigkeit handelt, die ein Versicherter in einem üblicherweise erlernten Beruf ausübt, ohne daß er tatsächlich den Beruf erlernt hat. Dies wird beispielsweise bei einem Metalldreher der Fall sein, der diesen Beruf ausübt, ohne den Beruf eines Drehers erlernt zu haben. In solchen Fällen soll es für die Anspruchsberechtigung auf eine Leistung aus dem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit gleichgültig sein, ob die Kenntnisse oder Fähigkeiten durch die Absolvierung eines Lehrverhältnisses oder durch praktische Arbeit erworben wurden. Handelt es sich um Fähigkeiten, für die eine Ausbildung in Form eines Lehrverhältnisses überhaupt nicht vorgesehen ist, z.B. für die Tätigkeit als Kraftfahrer, wird die Feststellung notwendig sein, daß eine solche Tätigkeit nach den für sie in Betracht kommenden Voraussetzungen im allgemeinen eine ähnliche Summe besonderer Kenntnisse oder Fähigkeiten erfordert wie die Tätigkeit in einem erlernten Beruf. Es wird sich nicht um den Vergleich mit einem konkreten erlernten Beruf

handeln dürfen. Für einen "Berufs"kraftfahrer wird in Ansehung der von ihm geforderten Kenntnisse, beispielsweise der Verkehrsvorschriften und der besonderen Fähigkeiten ein Kraftfahrzeug zu lenken, die Frage, ob er sich "qualifizierte Kenntnisse oder Fähigkeiten" erworben hat, "welche jenen in einem erlernten Beruf gleichzuhalten sind", jedenfalls zu bejahen sein.

Der neue Invaliditätsbegriff wird allerdings für die in erlernten (angelernten) Berufen tätigen Versicherten nur dann gelten, wenn diese Berufe überwiegend ausgeübt worden sind. Was unter "überwiegend ausgeübt" zu verstehen ist, wird im zweiten Satz des Abs.2 definiert. Für Versicherte, die nicht überwiegend in erlernten (angelernten) Berufen im Sinne des Abs.1 und 2 tätig waren, wird der bisherige Invaliditätsbegriff auch in Zukunft gelten, wobei jedoch bei der Prüfung der sogenannten Verweisungsberufe zu beachten sein wird, daß es sich um eine Tätigkeit handelt, die auf dem Arbeitsmarkt noch bewertet wird.

Im Zusammenhang mit der Neufassung des § 255 war auch eine entsprechende textliche Anpassung der §§ 273 und 278 notwendig.

Z.27/§ 256: Bei der Änderung im § 256 letzter Satz handelt es sich um eine terminologische Richtigstellung. Die Klage an das Schiedsgericht, die unter dem gegenwärtig an dieser Gesetzesstelle verwendeten Ausdruck "Rechtsmittel" verstanden werden soll, ist kein Rechtsmittel im Sinne der Zivilprozeßordnung.

Z.28/§ 258: Hat ein Rentner eine Ehe geschlossen, so gebührt seiner Gattin nach den bisherigen Bestimmungen nach seinem Tode unter anderem nur dann die Witwenrente, wenn die Ehe mindestens drei Jahre gedauert und der Altersunterschied nicht mehr als 10 Jahre betragen hat. Nach den neuen Bestimmungen soll die Witwenrente bereits dann gebühren, wenn der Altersunterschied nicht mehr als 15 Jahre beträgt.

Z.29/§ 261: Durch die Neufassung des Abs.4 wird die Regelung hinsichtlich des Zuschlages zum Grundbetrag auch auf Altersrenten ausgedehnt. In Betracht kommen Altersrenten mit einer Versicherungszeit von 15 bis zu ungefähr 24 Jahren, wobei die Fälle häufiger sein werden, die mehr zur Ober- als zur Untergrenze neigen. Die Bemessung des Zuschlages "bis zu 10 v.H." der maßgebenden Bemessungsgrundlage gegenüber dem "Zuschlag von

10 v.H." entspricht der Absicht des Gesetzgebers, die allerdings im Text des Stammgesetzes nicht zweifelsfrei zum Ausdruck kam. Die tatsächliche Absicht des Gesetzgebers geht aus den Erläuternden Bemerkungen zum Stammgesetz hervor. Auch die Praxis der Versicherungsträger entspricht der Absicht des Gesetzgebers, sodaß diese textliche Änderung keine Änderung der Praxis der Versicherungsträger nach sich ziehen wird. Zur Vermeidung von Zweifeln wird schließlich noch zum Ausdruck gebracht, daß dieser Zuschlag als Bestandteil des Grundbetrages anzusehen ist.

Z.30/§ 264: Durch die Neufassung des zweiten Satzes des Abs.1 soll erreicht werden, daß der an dieser Stelle vorgesehene Mindestbetrag der Witwenrente (25 v.H. der Bemessungsgrundlage) auch der Witwe zugute kommt, die ein nachgeborenes waisenrentenberechtigtes Kind hat.

Z.31/§ 268: Durch die Anfügung des letzten Satzes an Abs.1 soll verhindert werden, daß ein Ausstattungsbeitrag für Zeiten geleistet werden muß, welche bereits bei der Feststellung des Bestandes eines Leistungsanspruches berücksichtigt worden sind.

Z.32/§ 269: Neu aufgenommen wurde in Abs.1 Z.2 die Witwe, die im Hinblick auf die Bestimmungen des § 258 Abs.2 keinen Anspruch auf Witwenrente hat. Diese Personen, die bisher aus der Pensionsversicherung des verstorbenen Ehegatten überhaupt keinen Leistungsanspruch hatten, erhalten nunmehr bei Erfüllung der im § 269 Abs.1 Z.2 festgelegten Voraussetzungen einen Anspruch auf Abfindung.

Von der Voraussetzung, daß die Anspruchsberechtigten erwerbsunfähig sein und ausschließlich von dem Verstorbenen erhalten werden mußten, wurde abgegangen; der Anspruch auf Abfindung soll bereits gegeben sein, wenn sie unversorgt und überwiegend vom Verstorbenen erhalten worden sind.

Z. 33/§ 273: In der bisherigen Fassung des § 273 wurde bei der Umschreibung der in Betracht kommenden Vergleichsperson diese unzutreffenderweise als körperlich o d e r geistig gesunder Versicherter bezeichnet. Als Vergleichsperson kann jedoch nur ein körperlich u n d geistig gesunder Versicherter in Betracht kommen. Weiters wurde die textliche Übereinstimmung mit § 255 in der Fassung des Antrages hergestellt.

Z. 34/§ 275: Nach der derzeit geltenden Fassung des § 275 Abs.2 letzter Satz würde der Knappschaftssold auch bei Anfall einer vorzeitigen Knappschaftsaltersrente wegfallen. Diese Konsequenz sollte jedoch vermieden werden und der Knappschaftssold erst mit Erreichung des Anfallsalters für eine sonstige Altersrente wegfallen. In der Neufassung wird daher für die Dauer des Bestandes eines Anspruches auf vorzeitige Knappschaftsaltersrente bei Arbeitslosigkeit der Anspruch auf Knappschaftssold ruhend gestellt; er fällt erst dann weg, wenn die vorzeitige Altersrente über das 65. (60.) Lebensjahr hinaus gewährt wird oder - wie bisher - ein Anspruch auf eine sonstige Altersrente anfällt.

Z. 35/§ 278: Auch § 278 mußte im Hinblick auf die Neufassung des § 255 textlich angepaßt werden.

Z. 36/§ 281: Die Neufassung des Abs.1 läuft auf die Klarstellung hinaus, daß der Anfall des Knappschaftssoldes - der eine Leistung aus dem Versicherungsfall des Alters ist - nicht auch den Anspruch auf Bergmannstreuegeld bewirkt.

Aus den bereits zu Art. IV Z. 13 (§ 236 Abs.3) angegebenen Gründen sollen auch Hauertätigkeiten, die den Anspruch auf das Bergmannstreugeld einräumen, und die ihnen gleichgestellten Tätigkeiten taxativ aufgezählt werden, wozu die Anlage 1o vorgesehen ist. Dabei ist zu berücksichtigen, daß das ASVG. im Vergleich zu den vorher in Geltung gestandenen Bestimmungen über das Bergmannstreuegeld nur dessen Ausmaß und die erforderlichen Anspruchsvoraussetzungen, nicht aber den Kreis der anspruchsberechtigten Personen geändert hat. Ausgehend von der Arbeit des Gewinnungshauers im Grubenabbau als der eigentlichen Hauertätigkeit ist nach wie vor eine Reihe von Tätigkeiten festzustellen, die die Merkmale für die Gleichstellung aufweisen. Eine Änderung wurde insofern vorgenommen, als die kurzfristige, aus betrieblichen Gründen bedingte Ausübung einer sonstigen

Tätigkeit sowie die Freistellung als Betriebsrat die Verrichtung der Hauertätigkeit oder ihr gleichgestellten Tätigkeiten nicht unterbricht, solange der Versicherte nicht an sich dienstunfähig wird. Das Bestehen der Dienstfähigkeit wird vom Versicherungsträger durch periodische Kontrolluntersuchungen zu prüfen sein. Alle Hauer- und gleichgestellten Tätigkeiten sind in der Anlage 1o verzeichnet.

Z. 37/§ 284: Das Ausmaß des Knappschaftssoldes ist im § 283 geregelt. Er mußte daher bei der Regelung des Ausmaßes der Leistungen aus den Versicherungsfällen des Alters im § 284 Abs.1 ausgenommen werden.

Die Ausführungen in den Erläuternden Bemerkungen zu den Änderungen im § 261 gelten entsprechend auch für die Änderungen im § 284 Abs.4. Hinsichtlich der Änderungen des ersten Satzes des Abs.6 wird auf die Ausführungen in den Erläuternden Bemerkungen zu § 236 Abs.3 verwiesen.

Z. 38/§ 285: Aus den bereits zur Änderung des § 261 Abs.4 dargelegten Gründen wurde auch die Bestimmung des § 285 Abs.4 in entsprechender Weise neu gefaßt. Im Gegensatz zu den entsprechenden Änderungen bei den §§ 261 Abs.4 und 284 Abs.4, die auch eine Erweiterung des

Anwendungsbereiches dieser Bestimmungen auf Altersrenten zum Inhalt haben, kommt eine solche Erweiterung des Anwendungsbereiches bei den im § 285 geregelten Knappschaftsrenten begrifflich nicht in Betracht.

Z. 39/§ 288: Die Änderung des Ausdruckes im § 288 Abs.1 ist durch die gleichartige Änderung im § 281 Abs.3 bedingt.

Z. 40/§ 289: Durch die Neufassung der Z.2 des § 289 soll in gleicher Weise wie durch die Neufassung des § 264 Abs.1 zweiter Satz erreicht werden, daß der an dieser Stelle vorgesehene Mindestbetrag der Witwenrente (28 v.H. der Bemessungsgrundlage) auch der Witwe zugute kommt, die ein nachgeborenes waisenrentenberechtigtes Kind hat. Im übrigen wird auf die Ausführungen zu Art.IV Z. 30 verwiesen.

Z. 41/§ 292: Nach den Erläuternden Bemerkungen zum Abschnitt V (§§ 292 bis 299) in der Fassung des Stammgesetzes ist die Ausgleichszulage, soweit nichts besonderes bestimmt ist, als Bestandteil der Rente anzusehen. Die Ausgleichszulage ist also grundsätzlich als Leistung aus der Sozialversicherung konstruiert. Bei der Feststellung, ob eine Ausgleichszulage gebührt, sind jedoch weitgehend

die für die Gewährung einer Fürsorgeunterstützung maßgebenden Grundsätze anzuwenden. Einer dieser Grundsätze besagt, daß Leistungen nur an Personen gewährt werden, die sich im Inland aufhalten. Dieser Grundsatz wird durch die Änderung im Abs.1 (Z. 41 lit.a) nunmehr auch für den Bereich des Ausgleichszulagenrechtes ausdrücklich ausgesprochen.

Einige Änderungen sind im Abs.2 des § 292, der jene Leistungen aufzählt, die bei der Feststellung des Gesamteinkommens außer Betracht zu bleiben haben, vorgenommen worden. Nach der geltenden Fassung der lit.c bleiben die Kinderzuschüsse sowie die Rentensonderzahlungen "nach diesem Bundesgesetz" außer Betracht. Das bedeutet, daß Kinderzuschüsse etwa aus der Pensionsversicherung nach dem GSPVG. und Rentensonderzahlungen nach dem GSPVG. bei Beziehern einer Rente nach dem ASVG. als Einkommen gelten, die gleichen Leistungen nach dem ASVG. jedoch nicht zum Gesamteinkommen zählen. Die vorgeschlagene Fassung zielt darauf ab, die Kinderzuschüsse und die Rentensonderzahlungen aus der Sozialversicherung schlechthin nicht auf das Gesamteinkommen anzurechnen.

Die in lit.g des Abs.2 genannten Leistungen sind um einmalige Unterstützungen der gesetzlichen beruflichen Vertretung an ihre Mitglieder sowie um Betriebsratsunterstützungen erweitert worden. Es handelt

sich hier um Leistungen, die den Gewerkschaftsunterstützungen sehr nahe kommen, so daß es unverständlich wäre, warum nicht auch sie von der Anrechnung ausgenommen sind. Eine Erweiterung erfährt der Katalog des § 292 Abs. 2 durch die lit. l. Schon seit langer Zeit vertritt die Zentralorganisation der Kriegsopferverbände die Forderung, die Grundrenten nach dem Kriegsopferversorgungsgesetz, die nach Auffassung dieser Organisation kein Einkommen, sondern eine Entschädigung darstellen, bei der Feststellung, ob und in welchem Ausmaß eine Ausgleichszulage gebührt, außer Betracht zu lassen. Die Antragsteller sind der Meinung, daß diesem Begehren der Zentralorganisation zumindest teilweise Rechnung getragen werden sollte. Es ist daher in Aussicht genommen, ab 1. Jänner 1962 ein Drittel der Grundrenten nach dem Kriegsopferversorgungsgesetz 1957 auf das Gesamteinkommen nicht anzurechnen. Die gleiche Regelung soll auch bezüglich der Grundrenten nach dem Opferfürsorgegesetz gelten. Der Jahresaufwand für diese Maßnahmen wird auf rund 22 Millionen S geschätzt; für diesen Aufwand ist budgetmäßig vorgesorgt.

Durch Ziffer 41 lit. e soll der Absatz 3 des § 292 über die Höhe der Richtsätze neuerlich abgeändert werden. Es ist in Aussicht genommen,

den Richtsatz für Rentenberechtigte aus eigener Pensionsversicherung, für Rentenberechtigte auf Witwen(Witwer)rente und für Rentenberechtigte auf Waisenrente nach Vollendung des 24. Lebensjahres (wenn beide Elternteile verstorben sind) von derzeit 68o S ab 1. Jänner 1962 auf 72o S und ab 1.Juli 1962 auf 75o S zu erhöhen. Diese Erhöhung trägt der seit der letzten Richtsatzerhöhung (1. November 196o) eingetretenen Veränderung des Preisniveaus Rechnung und berücksichtigt weiters die Tatsache, daß die Bezieher von Ausgleichszulage in der Regel auch auf Grund des Wirksamwerdens der 2. Etappe der Rentenreform mit 1. Jänner 1962 keine Erhöhung ihrer Bezüge erfahren werden. Auch die Richtsätze für einfach Verwaiste und für Doppelwaisen unter dem 24. Lebensjahr werden - wie aus dem Antrag ersichtlich - erhöht. Der Aufwand für die beiden Richtsatzerhöhungen wird im Jahre 1962 rund 185 Millionen S betragen. Für diesen Mehraufwand ist gleichfalls budgetär vorgesorgt.

Der Zuschlag für die Ehegattin, der zur Zeit 32o S beträgt und der Zuschlag für jedes Kind (1oo S) soll unverändert bleiben. Die Änderung des § 292 Abs.3 wurde auch dazu benützt, um klarzustellen, daß für die Auslegung des Begriffes "Kind" der in der Pensionsversicherung allgemein geltende Kinderbegriff, wie er sich aus § 252 ergibt, maßgebend ist.

Ergänzend wird bemerkt, daß sich die Erhöhung des Richtsatzes für Direktrentner auf die in sonstigen Bestimmungen des Gesetzes enthaltenen Beträge, die der bisherigen Höhe des Richtsatzes entsprochen haben, nicht auswirken sollen. Es wird sich daher der im § 253 genannte Betrag von 680 S nicht erhöhen. Im übrigen wird auf die Ausführungen zu den §§ 94, 122 und 152 verwiesen.

Die Neufassung des ersten Satzes des Abs.6 (Z. 41 lit.f) läuft darauf hinaus, eine bei allen Pensionsversicherungsträgern bestehende Praxis auch im Gesetz zweifelsfrei zu verankern.

Z. 42 und 43/ §§ 292a und 296:

Im § 292a Abs.2 hat der Gesetzgeber bestimmt, mit welchem Betrag Unterhaltsverpflichtungen im Bereiche des Ausgleichszulagenrechtes zu berücksichtigen sind. § 292a ist durch die 1. Novelle zum ASVG., BGBl.Nr. 266/1956, in das Gesetz eingefügt worden. Die Ansätze, die aus dem Jahr 1956 stammen, sind durch die Lohn- und Gehaltsentwicklung einerseits, aber auch durch die Entwicklung, die die Richtsätze seither erfahren haben, überholt. Sie werden nunmehr den gegenwärtigen Verhältnissen angepasst.

Aus Gründen der besseren Übersichtlichkeit wird im § 296 - also innerhalb des Ausgleichszulagenrechtes selbst - gesagt, ab wann die Ausgleichszulage

gebührt und wann der Anspruch auf eine Ausgleichszulage endet. Sie gebührt grundsätzlich ab dem Tag, an dem die Voraussetzungen für den Anspruch erfüllt sind. Wird die Ausgleichszulage erst zu einem späteren Zeitpunkt beantragt, so soll sie noch für drei Monate im nachhinein gewährt werden. Diese Ergänzung hat insbesondere für jene Fälle Bedeutung, in denen auf Grund sonstiger Änderungen der Rentenakt neu bearbeitet und bei diesem Anlaß das Bestehen eines Ausgleichszulagenanspruches festgestellt wird. In all diesen Fällen kann die Ausgleichszulage, wenn zu Tage tritt, daß der Ausgleichszulagenanspruch schon seit Jahren besteht, nur ex nunc gewährt werden. In Hinkunft soll die finanzielle Besserstellung wenigstens für ein Vierteljahr zurück erfolgen können.

Z.44 und 45/§ 300a: Wie schon aus der Erläuterung des Leistungskataloges (§ 221 in der Fassung des Art.IV Z.1) hervorgeht, sollen die Pensionsversicherungsträger neben den Leistungen der Gesundheitsfürsorge nach Abschnitt VI des Vierten Teiles auch Maßnahmen der Rehabilitation durchführen können. Die Gewährung einer beruflichen Ausbildung wird zweifellos in vielen Fällen geeignet sein, eine sonst notwendige Berentung zu vermeiden oder zumindestens hinauszuschieben. Überall dort, wo die Aussicht besteht, die Arbeitsfähigkeit von Versicherten durch eine berufliche Ausbildung - vor allem wird hier die Umschulung in Betracht kommen - zu erhalten, wiederherzustellen oder zu bessern, wird ein Rehabilitationsverfahren eingeleitet werden können. Allerdings wird ein Rehabilitationsverfahren niemals für sich allein, sondern nur im Zusammenhang mit einem Heilverfahren veranlaßt werden können. Dies entspricht wohl auch den praktischen Erfordernissen, weil die berufliche Umschulung das letzte Mittel sein soll, um dem Versicherten die Teilnahme am Arbeitsleben zu ermöglichen. Primär soll wohl immer versucht werden, im Rahmen eines Heilver-

fahrens die Arbeitskraft soweit wiederherzustellen, daß der Versicherte in seinem Beruf verbleiben kann. Leistungen der beruflichen Ausbildung werden neben den Versicherten auch den Beziehern einer Rente aus einem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit gewährt werden können. Für die Bezieher einer Altersrente kommen Maßnahmen der beruflichen Ausbildung begrifflich nicht in Betracht. Als Richtschnur für die praktische Durchführung der Rehabilitation sollen die Bestimmungen über die berufliche Ausbildung, die Hilfe zur Erlangung einer Arbeitsstelle, das Zusammenwirken mit den Landesarbeitsämtern und Arbeitsämtern sowie die Versorgung mit Körperersatzstücken, orthopädischen Behelfen und anderen Hilfsmitteln aus der Unfallversicherung dienen.

Z.46/§ 301: Durch die Änderung soll erreicht werden, daß auch dann ein Heilverfahren gewährt werden kann, wenn dadurch eine drohende Hilflosigkeit abgewendet oder eine schon bestehende behoben werden kann.

Die Einführung des Begriffes "Sonderheilanstalt" paßt den Gesetzestext der Terminologie des Krankenanstaltengesetzes an.

Z.47/ § 302: Nach Abs.1 kann nunmehr auch das Taggeld dem Versicherten gewährt werden, der keinen Anspruch auf Familiengeld hat. Die im Abs.2 aufgenommene Bestimmung, wonach auch in den Fällen, in denen das aus der Krankenversicherung gebührende Familiengeld niedriger ist als 10 S täglich, ein Familiengeld von 10 S gewährt wird, war notwendig, um denjenigen, der nur Anspruch auf ein geringes Familiengeld aus der Krankenversicherung hat, nicht schlechter zu stellen, als denjenigen, der überhaupt keinen Anspruch auf Familiengeld hat. Schließlich wurde das Ausmaß des Taggeldes von S 4,-- auf S 5,-- erhöht und damit dem Ausmaß des Taggeldes angepaßt, wie es im Bundesdurchschnitt von den Trägern der Krankenversicherung gewährt wird.

Z.48/§ 303: Neufassung dieser Bestimmung wird bewirkt, daß in Fällen, in denen ein Rentenberechtigter auf Grund einer neben dem Rentenbezug ausgeübten Beschäftigung in der Pensionsversicherung pflichtversichert ist, für die Dauer einer beruflichen Ausbildung oder einer Heilbehandlung nach § 301 die Rente gemäß § 94 in der früheren Höhe ruhend bleibt, aber

daneben das Familiengeld nach § 302 gewährt wird.

Z.49/§ 305: Durch die in Aussicht genommene Ergänzung des § 305 soll dem Versicherungsträger die Möglichkeit gegeben werden, auch dann mit einer gänzlichen oder teilweisen Versagung der Rente vorzugehen, wenn der Versicherte oder Rentner, dem ein Heilverfahren gewährt wird, durch sein disziplinloses Verhalten den Zweck des Heilverfahrens gefährdet oder vereitelt. In der Praxis haben sich wiederholt Fälle ergeben, in denen solche Personen durch Exzesse in alkoholisiertem Zustand oder durch sonstige Verstöße gegen die Heimordnung die Anstaltsleitung vor die Notwendigkeit stellten, das Heilverfahren vorzeitig abzubrechen. In solchen Fällen scheiterte jeder neuerliche Versuch des Versicherungsträgers, bei einer solchen Person das Heilverfahren durchzuführen, weil immer wieder die Entfernung dieser Person aus der Heilstätte aus den oben genannten Gründen notwendig wurde. Da die Angehörigen des Versicherten (Rentners) in den aufgezeigten Fällen an dessen Verhalten nicht schuldtragend sein werden, ist es gerechtfertigt, ihnen eigene Leistungsansprüche in beschränkter Höhe zuzubilligen,

wie dies bereits in ähnlicher Form in den §§ 88 Abs.2, 89 Abs.4 und 142 Abs.2 ASVG. vorgesehen ist. Hingegen würde davon abgesehen, die Rente bei Aufhören des ordnungswidrigen Verhaltens rückwirkend nachzuzahlen. Eine solche Lösung würde eine völlige Neuerung darstellen und ist beispielsweise auch bei der ähnlichen Regelung des § 143 Abs.5 Z.3 ASVG. (Ruhen des Krankengeldes bei wiederholter Verletzung von Bestimmungen der Krankenordnung oder von Anordnungen des behandelnden Arztes) nicht vorgesehen. Eine rückwirkende Nachzahlung würde auch deshalb zu Schwierigkeiten führen, weil den schuldlosen Angehörigen für diese Zeit eigene Leistungsansprüche eingeräumt werden sollen. Schließlich darf nicht übersehen werden, daß die Möglichkeit, die Rente ganz oder nur teilweise zu versagen, ohnehin zuläßt, auf die Schwere des Verstosses Rücksicht zu nehmen.

Z.50/§ 308: Die Worte "und keinen Ruhegenuß aus einem pensionsversicherungsfreien Dienstverhältnis bezog" haben insofern zu Schwierigkeiten in der Auslegung geführt, als die Meinungen geteilt waren, ob sich dieser Aus-

druck nur auf die im öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis oder auch auf die im privatrechtlichen Dienstverhältnis zugebrachten Zeiten zu beziehen hätte. Um jeden Zweifel zu beseitigen, würden die umstrittenen Worte im Zusammenhang mit einem privatrechtlichen Dienstverhältnis wiederholt. Damit ist eine unterschiedliche Behandlung ausgeschlossen. Nach dieser Neufassung ist der Dienstgeber verpflichtet, wenn er einen Überweisungsbetrag überhaupt erhalten will, die Beitragsmonate die in einem öffentlich-rechtlichen oder privat-rechtlichen Dienstverhältnis erworben worden sind, und während deren der Versicherte keinen Ruhegenuß aus einem pensionsversicherungsfreien Dienstverhältnis bezogen hat, anzurechnen. Wurde während einer solchen Beitragszeit ein Ruhegenuß aus einem solchen Dienstverhältnis bezogen, braucht diese Zeit vom Dienstgeber nach den Vorschriften des § 308 nicht angerechnet zu werden und trotzdem wird für die übrige, an sonst anrechenbare Versicherungszeit, ein Überweisungsbetrag geleistet. Rechnet ein Dienstgeber Beitragszeiten während deren ein Ruhegenuß bezogen worden ist aber an, werden diese Zeiten natürlich im

Überweisungsbetrag berücksichtigt.

Als Bemessungsgrundlage für die Ermittlung des Überweisungsbetrages soll § 238 mit der Maßgabe angewendet werden, daß nur solche Versicherungszeiten zu berücksichtigen sind, für die auch tatsächlich ein Überweisungsbetrag geleistet wird. Eine Beeinflussung der Bemessungsgrundlage durch nicht im Ruhe(Versorgungs)genuß berücksichtigten Versicherungszeiten wird damit hinangehalten.

Z.51/§ 310: Mit der Leistung des Überweisungsbetrages nach § 308 soll der Versicherte zur Gänze aus der Versicherung ausscheiden. Dies wird dadurch erreicht, daß ein Überweisungsbetrag an den Dienstgeber zu leisten ist und für nicht angerechnete Beitragszeiten die Beiträge dem Versicherten erstattet werden. Durch den Wortlaut des § 310 in der derzeit geltenden Fassung war es nicht möglich, nach Leistung des Überweisungsbetrages irgendwelche Ansprüche oder Berechtigungen in Hinkunft geltend zu machen. Nicht vorgesorgt war allerdings für jene Fälle, in denen bereits vor der Aufnahme in ein pensionsversicherungsfreies Dienstverhältnis eine Leistung aus der Pensionsversicherung gewährt wurde. Durch die Ergänzung

des § 100 Abs.1 wurde nun bestimmt, daß der Anspruch auf eine laufende Leistung ohne weiteres Verfahren erlischt, wenn der Überweisungsbetrag nach § 308 bezahlt wird. Auf diesen Erlöschungsgrund wird im § 310 Bedacht genommen, wobei im übrigen der bisherige Wortlaut übernommen wird. Praktisch wird sich diese neue Bestimmung so auswirken, daß sich der Versicherte, der in ein pensionsversicherungsfreies Dienstverhältnis aufgenommen werden soll und bereits eine laufende Leistung aus der Pensionsversicherung bezieht, entscheiden wird müssen, ob er die Leistung aus der Pensionsversicherung weiter beziehen und nur die tatsächlich im pensionsversicherungsfreien Dienstverhältnis zugebrachten Zeiten für den Ruhe(Versorgungs)genuß angerechnet erhalten will, oder ob er auf die Leistung aus der Pensionsversicherung verzichten will, wobei ihm dann die dieser Leistung zugrundeliegenden Versicherungszeiten für den Ruhe(Versorgungs)genuß angerechnet werden können. Sollte der Versicherte auf die laufende Leistung aus der Pensionsversicherung nicht verzichten wollen, hat er auch die Möglichkeit, durch freiwillige Versicherung die Lei-

stung aus dem nächsten Versicherungsfall zu erhöhen.

Z.52/§ 311: Die Durchführung des § 311 ASVG. begegnete in der Praxis verschiedentlich Schwierigkeiten, da die bisherige Fassung dieser Bestimmung auf die Besonderheiten des Dienstrechtes nicht in ausreichendem Maße Bedacht nahm. Die vorgesehenen Änderungen und Ergänzungen des § 311 sollen diesem Umstand Rechnung tragen.

Die Regelung des Abs.1 erfährt eine Ergänzung hinsichtlich der außerordentlichen Ruhe(Versorgungs)genüsse. Gemäß § 311 Abs.1 erster Satz in der bisherigen Fassung ist ein Überweisungsbetrag nicht zu leisten, wenn dem Bediensteten beim Ausscheiden aus dem pensionsversicherungsfreien Dienstverhältnis ein Anspruch auf einen laufenden Ruhe(Versorgungs)genuß erwachsen ist. Die Fälle, in denen einem Bediensteten beim Ausscheiden ein Anspruch auf einen außerordentlichen Ruhe-(Versorgungs)genuß zuerkannt wurde, waren hiedurch nicht erfaßt. In solchen Fällen war dennoch der Überweisungsbetrag zu leisten. Diese Regelung erscheint in solchen Fällen unzweckmäßig, in denen der außerordentliche Ruhe-(Versorgungs)genuß unwiderruflich und in der

Höhe des normalmäßigen Ruhe(Versorgungs)genusses gewährt wird, da sich ein solcher Ruhe-(Versorgungs)genuß außer im Grunde seines Entstehens durch nichts von einem normalmäßigen Ruhe(Versorgungs)genuß unterscheidet. Im Falle der Gewährung eines außerordentlichen Ruhe-(Versorgungs)genusses der bezeichneten Art wird daher gemäß der Neufassung des Abs.1 ebenfalls ein Überweisungsbetrag nicht zu leisten sein.

Bisher war der Dienstgeber von der Leistung des Überweisungsbetrages befreit, wenn "versorgungsberechtigte Hinterbliebene" nicht vorhanden waren. Diese Formulierung ließ die Frage offen, ob die Versorgungsberechtigung nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz oder nach den pensionsrechtlichen Vorschriften des Dienstgebers gegeben sein müßte. Diese Frage wird nunmehr eindeutig dahingehend geklärt, daß die Versorgungsberechtigung nach den pensionsrechtlichen Bestimmungen des Dienstgebers gegeben sein muß.

Wird nach dem Ausscheiden eines Dienstnehmers ein widerruflicher oder befristeter außerordentlicher Ruhe(Versorgungs)genuß in der Höhe eines normalmäßigen Ruhe -

(Versorgungs)genusses gewährt, soll der Überweisungsbetrag erst nach Wegfall des Ruhe-(Versorgungs)genusses geleistet werden.

Zeiten, die ein Arbeiter vor dem 1.Jänner 1939 in einem pragmatischen Dienstverhältnis zugebracht hat, konnten bisher in einem Überweisungsbetrag nach § 311 nicht berücksichtigt werden, weil es sich bei diesen Zeiten wegen des Fehlens der Pensionsversicherungspflicht für Arbeiter überhaupt um keine pensions(renten)versicherungsfreie Zeiten gehandelt hat. Diesem Mangel soll nun dadurch abgeholfen werden, daß Dienstzeiten eines Arbeiters, während deren dem Arbeiter Leistungen des Dienstgebers zugesichert waren, die den gesetzlichen Leistungen der Sozialversicherung gleichwertig gewesen sind, wie pensionsversicherungsfreie Zeiten behandelt und daher im Überweisungsbetrag nach § 311 berücksichtigt werden sollen. Eine weitere Ergänzung erfolgte noch durch die den dienstrechtlichen Verhältnissen Rechnung tragende Bestimmung hinsichtlich der Beurlaubung gegen Entfall der Gebühren und hinsichtlich der Kürzungen des Entgeltes aus Anlaß einer Suspendierung.

Bei der Leistung des Überweisungsbetrages nach § 311 an den Versicherungsträger zurück - zuzahlende Überweisungsbeträge nach § 308, den der Dienstgeber anläßlich der Aufnahme erhalten hat, ist mit den Faktoren der Anlage 5 (entsprechend dem Jahr der Aufnahme) aufzuwerten.

Freiwillige Beiträge, die ein Dienstgeber für einen bei ihm Beschäftigten in der Pensionsversicherung versicherungsfreien Dienstnehmer geleistet hat, sollen auf den Überweisungsbetrag, der vom Dienstgeber beim Ausscheiden des Dienstnehmers an den Pensionsversicherungsträger zu leisten ist, angerechnet werden.

Z.53/§ 313: Im § 313 wurde der Begriff Beitragsmonate durch den Begriff Versicherungsmonate ersetzt, weil im Sinne des § 311 Abs.5 zweiter Satz durch die Leistung des Überweisungsbetrages auch Ersatzzeiten entstehen können.

Zu Artikel V.

Zu Z.1/§ 317: Der Ausschuß für soziale Verwaltung hat in seinem Bericht zur Regierungsvorlage des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (613 der Beilagen zu den stenographischen Protokollen des Nationalrates VII.GP., zu den §§ 315 bis 319) der Auffassung Ausdruck verliehen, daß unter dem in den §§ 317 Abs.1, 320, 328, 332 Abs.4 ASVG. verwendeten Begriff des gebührenden Krankengeldes nach § 141 ASVG. lediglich das im § 141 Abs.1 vorgesehene Normalkrankengeld zu verstehen sei, während die auf mehr oder weniger persönliche Umstände zurückgehenden Erhöhungen des Krankengeldes nach § 141 Abs.2 und 3 außer Betracht zu lassen seien. Zur Vermeidung von Auslegungsschwierigkeiten wird dies nunmehr an den in Betracht kommenden Gesetzesstellen (§§ 317 Abs.1, 320 und 328) auch im Gesetzestext in eindeutiger Weise zum Ausdruck gebracht.

Ferner wurde, um die Anwendbarkeit der Ersatzregelung des § 317 Abs.1 auch für die Versicherten sicherzustellen, die keinen Anspruch auf Krankengeld haben, eine entsprechende Ergänzung dahingehend aufgenommen, daß, sofern ein Anspruch auf Krankengeld nicht besteht, als Ersatz für geleistete Anstaltspflege ein Betrag in der Höhe der Aufwendungen für diese Anstaltspflege zu leisten ist.

Der derzeit im § 317 Abs.5 ASVG. verwendete Ausdruck "Monatsgeldes" beruht auf einem Redaktionsversehen bei der Erstellung des Gesetzestextes des Stammgesetzes. Der Ausdruck soll richtig "Monatsentgeltes" lauten.

Zu Z.2 und 3/ §§ 319a und 319 c:

Nach der gegenwärtigen Regelung der Ersatzansprüche zwischen der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt und den Krankenversicherungsträgern (§ 319a) wären mit der Leistung des besonderen Pauschbetrages von 80 Mill.S durch die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt auch die Aufwendungen für die wiederkehrenden Geldleistungen aus der Krankenversicherung sowie die Aufwendungen für Anstaltspflege bei der durch einen Arbeitsunfall verursachten Krankheit oder bei einer Berufskrankheit ab dem ersten Tag der 27.Woche nach dem Arbeitsunfall beziehungsweise nach dem Beginn der Berufskrankheit abgegolten. Es handelt sich hiebei um die Zeit, für die der Krankenversicherungsträger bis zur Ausschöpfung der Höchstanspruchsdauer von 52 Wochen die Leistung des Krankengeldes beziehungsweise die Leistung der Anstaltspflege zu erbringen hat und für die gemäß dem neu eingefügten § 90a der Anspruch auf Versehrtenrente ruht. Es wäre unbillig, mit diesen durch die Neuregelung des § 90a verursachten Aufwendungen aus der Krankenversicherung, denen eine entsprechende Verminderung der Belastung der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt

gegenübersteht, den Krankenversicherungsträger endgültig zu belasten, während sich für die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt daraus Ersparnisse ergeben. Durch den neu eingefügten § 319c soll daher vorgesorgt werden, daß diese Aufwendungen des Krankenversicherungsträgers ab dem ersten Tag der 27. Woche nach dem Arbeitsunfall von der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt unabhängig von der Leistung des besonderen Pauschbetrages ersetzt werden.

Zu Z.4/§ 320: Auf die Ausführungen zu Art.V Z.1 (§ 317) wird hingewiesen.

Zu Z.5/§320b: Nachdem in den vorangehenden Unterabschnitten des Abschnittes I des Fünften Teiles des ASVG. einzelne Ersatzansprüche der Versicherungsträger untereinander in materiell-rechtlicher Hinsicht geregelt werden, soll in dem neu eingefügten 3. Unterabschnitt aus Gründen der Rechtssicherheit eine Frist für die Geltendmachung sonstiger Ersatzansprüche der Versicherungsträger eingeführt werden, nach deren ungenütztem Ablauf der Ersatzanspruch verloren sein soll.

Zu Z.6/§ 324: Die derzeitige Fassung des § 324 Abs.3 ASVG. bildete in mehrfacher Hinsicht Anlaß zu Meinungsverschiedenheiten zwischen den Versicherungsträgern und den Fürsorgeträgern. Zunächst ist der dort verwendete

Ausdruck "geschlossene Anstalt" dem Fürsorgerecht fremd; die Feststellung des Begriffsinhaltes dieses Ausdruckes bewirkte daher Schwierigkeiten. Da im Klammerausdruck "Alters-, Siechenheim und ähnliche Einrichtungen" der Kreis der Anstalten, die für die Regelung des § 324 Abs.3 in Betracht zu ziehen sind, hinlänglich umschrieben wird, kann auf die Verwendung des Ausdruckes "geschlossene Anstalt" überhaupt verzichtet werden. Darüber hinaus wird der Kreis der in Betracht kommenden Anstalten durch die Anführung weiterer Anstaltstypen noch näher präzisiert.

Die nähere Abgrenzung der von der Legalzession erfaßten Rentenleistung dahingehend, daß der Hilflosenzuschuß und die Kinderzuschüsse ausgenommen sind, bedeutet keine Änderung der bisherigen Rechtslage, da die zu § 324 ASVG. ergangene Rechtsprechung auch schon bisher den Hilflosenzuschuß vom Anspruchsübergang ausgenommen hat. Die Ausnahme der Kinderzuschüsse ergibt sich aus der besonderen Zweckbestimmung dieses Leistungsteiles.

Ergibt sich bei einem Rentenberechtigten die Notwendigkeit einer Krankenanstaltspflege in einer dem Leistungsanspruch aus der Krankenversicherung der Rentner übersteigenden Dauer und übernimmt der Fürsorgeträger die Kosten der weiteren Anstaltspflege, so steht ihm nach der derzeitigen Rechtslage kein Ersatzanspruch aus der Rentenleistung zu. Ein

solcher erwächst ihm erst dann, wenn z.B. im Einzelfall an die Stelle der Krankenanstaltspflege die Asylierung und Unterbringung in einem Altersheim tritt. Den Wünschen der Fürsorgeträger, die eine Ausdehnung der in § 324 Abs.3 vorgesehenen Legalzession auch auf die Zeiten beantragen, in denen ein Rentenberechtigter nach Erschöpfung seines Leistungsanspruches aus der Krankenversicherung der Rentner auf Kosten des Fürsorgeträgers weiter in einer Krankenanstalt verpflegt wird, konnte die Berechtigung nicht abgesprochen werden. Eine entsprechende Ergänzung wurde daher im § 324 Abs.3 aufgenommen. Da sich schließlich herausgestellt hatte, daß viele Rentenberechtigte, insbesondere die in Trinkerheilstätten Untergebrachten, von den ihnen verbleibenden Rententeilen, die für den Unterhalt ihrer Angehörigen bestimmt sind, nicht den entsprechenden richtigen Gebrauch machen, wurde zur Vermeidung mißbräuchlicher Verwendung dieser Rententeile die Regelung des § 324 Abs.3 noch dahingehend ergänzt, daß die Versicherungsträger ermächtigt werden, diese Rententeile unmittelbar an die unterhaltsberechtigten Angehörigen auszuzahlen.

Zu Z.7/§ 328: Auf die Ausführungen zu Art.V Z.1 (§ 317) wird hingewiesen.

Zu Z.8/§ 330: Um das Verfahren zur Befriedigung der Ersatzansprüche der Fürsorgeträger zu erleichtern und damit die Flüssigmachung der nach Abzug der Ersatzbeträge verbleibenden Spitzrente an den Rentenempfänger zu beschleunigen, wurde hinsichtlich der Frist für die Geltendmachung der Ersatzansprüche durch die Fürsorgeträger (§ 330 Abs.2 Z.2) eine Änderung vorgenommen. Die zweimonatige Frist für die Geltendmachung des Ersatzanspruches durch die Fürsorgeträger soll nicht - wie derzeit - mit dem Ablauf der Fürsorgeleistung, sondern mit der Benachrichtigung durch den Versicherungsträger über den Anfall der Geldleistung aus der Sozialversicherung zu laufen beginnen.

Zu Z.9/§ 332: Die gegenwärtige Fassung des § 332 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz konnte zu Zweifeln Anlaß geben, ob die Legalzession auf den Versicherungsträger auch bei einer Schädigung eines Angehörigen (§ 123 ASVG.) stattfindet. Eine entsprechende Ergänzung des § 332 Abs.1 und 2, die dies eindeutig zum Ausdruck bringt, erscheint daher geboten.

Der Dienstnehmer kann nach der gegenwärtigen Rechtslage in allen Fällen zum Schadenersatz herangezogen werden, in denen der Geschädigte gegen ihn einen gesetzlichen Anspruch auf Schadenersatz geltend machen kann; das bedeutet, daß der Dienstnehmer auch dann regreßpflichtig ist, wenn er den Arbeitsunfall oder die Berufskrankheit durch leichte Fahrlässigkeit verursacht hat. Durch die Neueinführung des § 332 Abs.5 soll der Dienstnehmer, der einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit verursacht, grundsätzlich nur mehr bei Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit zum Ersatz herangezogen werden können. Bei leichter Fahrlässigkeit soll dieser Dienstnehmer nur dann regreßpflichtig werden, wenn der Arbeitsunfall (die Berufskrankheit) durch ein Verkehrsmittel verursacht wird, für dessen Betrieb eine erhöhte Haftpflicht besteht. In diesen Fällen genießt der Dienstnehmer in der Regel den Schutz der gesetzlichen Haftpflichtversicherung.

Die Ausdehnung des Haftungsprivilegs auch auf Unfälle, die durch ein Verkehrsmittel eintreten, für dessen Betrieb eine erhöhte Haftpflicht besteht, ist auch aus verkehrserzieherischen Gründen und im Hinblick auf die Häufigkeit der Verkehrsunfälle nicht vertretbar.

Eine Mehrbelastung der privaten Versicherungsanstalten tritt hiedurch nicht ein.

Zu Z.10/§ 333: Die Neufassung des § 333 Abs.4 steht mit der Änderung der Bestimmungen über den Unfallversicherungsschutz der Angehörigen von freiwilligen Feuerwehren, Wasserwehren und so weiter in Zusammenhang (§ 176 Abs.1 Z.7 ASVG.), durch die der Inhalt der bisherigen Z.2 im § 333 Abs.4 gegenstandslos wird und daher entfallen kann.

Zu Z.11/§ 343: Durch die Änderung im § 343 Abs.2 Z.3 sollen einerseits eine in der bisherigen Fassung enthaltene sprachliche Unstimmigkeit beseitigt und andererseits auch Streitigkeiten zwischen den Versicherungsträgern und den Erben des verstorbenen Vertragsarztes hintangehalten werden.

Zu Z.12/§ 357: Anläßlich der Verabschiedung der Novelle zum Einführungsgesetz in den Verwaltungsverfahrensgesetzen, BGBl.Nr.92/1959, hat der Nationalrat am 18.März 1959 eine Entschließung an die Bundesregierung gerichtet, womit diese unter anderem aufgefordert wurde, durch gesetzliche Maßnahmen die Träger der Sozialversicherung in den Geltungsbereich der Verwaltungsverfahrensgesetze einzubeziehen. Die Frage einer unbeschränkten Anwendbarkeit der Bestimmungen des Allgemeinen Verwaltungsverfahrensgesetzes 1950 im Verfahren vor den Sozialversicherungsträgern war schon wiederholt Gegenstand eingehender Prüfungen. Insbesondere wurde anläßlich der Ausarbeitung des Entwurfes

des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes diese Frage neuerlich erörtert, wobei zum Ausdruck kam, daß zwar die Anwendung einzelner Bestimmungen des Allgemeinen Verwaltungsverfahrensgesetzes 1950 im Verfahren vor den Sozialversicherungsträgern möglich und angezeigt, jedoch eine vollständige Übernahme der Verwaltungsverfahrensgesetze mit Rücksicht auf die besonderen Verhältnisse und Bedürfnisse bei den Sozialversicherungsträgern ausgeschlossen sei. Als Ergebnis dieser Untersuchungen wurde schließlich im § 357 ASVG. eine Reihe einzeln angeführter Bestimmungen des Allgemeinen Verwaltungsverfahrensgesetzes 1950 im Verfahren vor den Versicherungsträgern für anwendbar erklärt. Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz folgte mit dieser Regelung dem bewährten Vorbild des früheren österreichischen Rechtes; nach den §§ 127 Abs.2 und 130 Abs.5 des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes 1938, BGBl.Nr.1, war lediglich die Anwendbarkeit einzelner genau bezeichneter Bestimmungen des Allgemeinen Verwaltungsverfahrensgesetzes im Verfahren vor den Versicherungsträgern vorgesehen. In den Erläuternden Bemerkungen zur Regierungsvorlage des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (599 der Beilagen zu den stenographischen Protokollen des Nationalrates VII.GP.) wurde darauf hingewiesen, daß diese im

wesentlichen übernommene Regelung des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes hinsichtlich der Anwendung von Bestimmungen des Allgemeinen Verwaltungsverfahrensgesetzes auf das Verfahren vor den Versicherungsträgern auf langjährigen Erfahrungen beruhe, die bei der Durchführung der Sozialversicherungsvorschriften gewonnen worden seien. Bei der Prüfung der vorliegenden Frage ist insbesondere zu beachten, daß die vollständige Ingeltungsetzung des Allgemeinen Verwaltungsverfahrensgesetzes für die Versicherungsträger nicht nur eine wesentliche zusätzliche Verwaltungsarbeit zur Folge hätte, sondern darüber hinaus die Erledigung der anfallenden Geschäftsstücke zum Nachteil der Versicherten noch mehr verzögert würde, ganz abgesehen davon, daß sich Auswirkungen auch im Bereich der Verwaltungskosten ergeben müßten. Es darf nicht übersehen werden, daß die den Sozialversicherungsträgern zugewiesenen Erledigungen Massenabfertigungen sind und sein müssen. Jede Behinderung durch zusätzliche Verwaltungsvorschriften muß zwangsläufig zu einer Erschwernis, einer verzögerten Erledigung und zu Mehrkosten führen. Insbesondere das Ermittlungsverfahren vor den Sozialversicherungsträgern kann um so eher in einer vereinfachten Form durchgeführt werden, als Rechtsmittel zur Verfügung stehen, die

sowohl in Verwaltungssachen als auch in Leistungssachen ein sehr eingehendes weiteres Verfahren gewährleisten. Es erwies sich somit lediglich als möglich, noch einzelne weitere Bestimmungen des Allgemeinen Verwaltungsverfahrensgesetzes 1950 im Verfahren vor den Versicherungsträgern für anwendbar zu erklären. Der Katalog der anzuwendenden Bestimmungen im § 357 ASVG. wurde daher um die Bestimmungen der §§ 6 und 18 Abs.1 und 2 AVG.1950 erweitert. Überdies wurde die hinsichtlich der Anwendbarkeit des § 21 AVG.1950 derzeit bestehende Einschränkung, daß eine Zustellung durch die Gemeinden nicht zulässig sei, fallen gelassen.

Zu Z.13/§ 359: Die Bestimmung des § 359 Abs.2 erwies sich deshalb als ergänzungsbedürftig, weil sie keine Möglichkeit bot, Dienstnehmern, die als Versicherte, Leistungswerber oder auch nur als Auskunftspersonen von einem Versicherungsträger vorgeladen werden, neben dem Verdienstentgang auch einen allenfalls eintretenden Entgang an Krankengeld oder an Leistungen nach dem Arbeitslosenversicherungsgesetz - insbesondere im Falle einer vom Versicherungsträger verfügten klinischen Durchuntersuchung - zu ersetzen.

Zu Z.14/§ 361: Der Anspruch auf die Leistungen der Krankenversicherung für Angehörige (§ 123) ist nach der geltenden Rechtslage ein Anspruch des Versicherten

und nicht des Angehörigen. Er kann daher auch nur vom Versicherten selbst geltend gemacht werden. In der Praxis haben sich nunmehr Fälle ergeben, in denen auf Grund familiärer Zwistigkeiten der Versicherte sich weigerte, für seine Angehörigen, die der Leistungen der Krankenversicherung bedürfen, die entsprechenden Ansprüche beim Versicherungsträger geltend zu machen. Durch die Änderung im § 361 Abs.2 soll nunmehr unter Beibehaltung der grundsätzlichen Regelung, daß es sich auch bei Leistungen für Familienangehörige um Ansprüche des Versicherten handelt, auch den Angehörigen selbst ein Antragsrecht eingeräumt werden, allerdings nur unter der Voraussetzung, daß der Versicherte selbst die Antragstellung ohne triftigen Grund verweigert.

Die Praxis hat gezeigt, daß die Dienstgeber in vielen Fällen die Ausfolgung einer Bestätigung über die Höhe des Entgeltes verweigern. Abgesehen von den Auseinandersetzungen, die sich daraus zwischen dem Dienstnehmer und dem Dienstgeber ergeben, können aus der Unmöglichkeit der Vorlage einer Entgeltbescheinigung dem Dienstnehmer Nachteile erwachsen. Der Dienstgeber wird daher durch

die dem § 361 Abs.3 anzufügenden Bestimmungen zur Ausstellung einer solchen Bestätigung verhalten werden. Bei dieser Gelegenheit soll auch die dem Dienstgeber schon bisher übertragene Aufgabe, für die bei ihm beschäftigten Versicherten die Kranken- und Zahnbehandlungsscheine auszustellen, im Gesetz festgelegt werden.

Zu Z.15/§ 362: Die Ergänzung des § 362 Abs.2 entspringt einem Bedürfnis der Praxis, um die Versicherungsträger in gleicher Weise wie bei Rentenanträgen auch bei der kurz aufeinanderfolgenden wiederholten Einbringung von Anträgen auf Hilflosenzuschuß in unbegründeten Fällen vor überflüssiger Verwaltungsarbeit zu schützen.

Zu Z.16/§ 377: Durch die Neufassung des § 377 Abs.2 soll der Grundsatz der richterlichen Unabsetzbarkeit auch hinsichtlich der Beisitzer des Schiedsgerichtes in einer jeden Zweifel ausschließenden Weise verankert und damit die Qualität der Schiedsgerichte der Sozialversicherung als Gerichte weiter untermauert werden, nachdem bereits der Verfassungsgerichtshof in seinem Erkenntnis vom 3. Oktober 1956, B 167/56, die Schiedsgerichte der Sozialversicherung ausdrücklich als Gerichte deklariert hat.

Zu Z.17/§ 38o: Nach der geltenden Fassung des § 38o Abs. 2 entscheidet über die Ablehnung eines ständigen Vorsitzenden oder eines seiner Stellvertreter der Präsident des Oberlandesgerichtes Wien. Es sind nun Zweifel aufgetaucht, ob der Präsident des Oberlandesgerichtes Wien bei dieser Entscheidung als Organ der Rechtsprechung oder der Justizverwaltung handelt. Um diese Zweifel auszuschalten,

sieht der Entwurf vor, daß über solche Ablehnungen in Hinkunft das Oberlandesgericht Wien zu entscheiden hat.

Zu Z.18/§ 383: Nach der bisherigen Fassung des § 383 Abs.2 ASVG. mußte auch eine sogenannten Säumnisklage, d.i. eine Klage, die erhoben werden kann, wenn der Versicherungsträger den Bescheid innerhalb von neun Monaten nach Zustellung des Antrages auf Zuerkennung des Leistungsanspruches nicht erlassen hat, innerhalb der Frist von drei Monaten nach Ablauf der neunmonatigen Frist erhoben werden. Durch die Neufassung des Abs.2 wird die Befristung des Klagerechtes nur auf die Fälle eingeschränkt, in denen der Versicherungsträger bereits mit Bescheid entschieden hat. In den Fällen der Säumnis des Versicherungsträgers kann die Klage nach Ablauf der neunmonatigen Frist ohne Befristung jederzeit erhoben werden.

Zu den Z.19 u. 22/ §§ 385 und 391: Die im § 385 vorgenommene Änderung soll es hintanhalten, daß ein Leistungsempfänger, der zu Unrecht eine Leistung erhalten hat und daraufhin vom Versicherungsträger mittels Bescheides zur Rückerstattung der zu Unrecht bezogenen Leistung verhalten wird, durch beliebig lange Zeit diese Absicht des Versicherungsträgers dadurch vereiteln kann, daß er gegen den Bescheid des Versicherungsträgers die

Klage an das Schiedsgericht einbringt, worauf der Bescheid des Versicherungsträgers außer Kraft tritt. Diese Klage konnte er nach der bisherigen Rechtslage wieder zurückziehen. Gegen den vom Versicherungsträger neuerlich erlassenen Bescheid konnte er wiederum die Klage einbringen und sich sohin erfolgreich der Rückerstattungsverpflichtung entziehen. In Hinkunft wird in den Fällen der Rückforderung einer zu Unrecht bezogenen Leistung eine Zurücknahme der Klage nicht mehr zulässig sein. Es wird in allen solchen Fällen zu einem Urteil des Schiedsgerichtes kommen, das infolge der zu § 391 vorgenommenen Ergänzung darüber hinaus in die Lage versetzt wird, im Falle der Klageabweisung im Urteil dem Kläger den Rückersatz der zu Unrecht empfangenen Leistung an den Versicherungsträger aufzuerlegen. Den Versicherungsträgern wird damit die bisher nicht gebotene Möglichkeit eröffnet, derartige Rückersatzansprüche gegen den Leistungsempfänger auch tatsächlich durchsetzen zu können.

Zu Z.2o/§ 386: Die Änderung im § 386 Abs.1 Z.3 soll den in Betracht kommenden beruflichen Vertretungen und Gewerkschaften die Vertretungsmöglichkeit vor dem Schiedsgericht auch in den Fällen einräumen, in denen sich die zu vertretende Partei im Ausland aufhält.

Zu Z.21/§ 39o: Wie die Erfahrung gezeigt hat, wurde die Bestimmung des § 39o erster Satz ASVG. von

verschiedenen Vorsitzenden von Schiedsgerichten der Sozialversicherung dahingehend ausgelegt, daß auch Beschlüsse, mit denen die Einleitung des Verfahrens verweigert wird, durch den Vorsitzenden ohne Mitwirkung des Senates gefaßt werden können. Wenngleich durch die Judikatur des Oberlandesgerichtes Wien die Gesetzwidrigkeit einer solchen Vorgangsweise bereits festgestellt wurde, erscheint es doch zweckmäßig, die in Betracht kommenden Bestimmungen in einer Weise neu zu fassen, die jede Möglichkeit einer solchen Auslegung von vornherein ausschließt.

Zu Z.23/§ 396: Nach der geltenden Regelung sind im Leistungsstreitverfahren die Vorschriften des § 65 Abs.1 der Zivilprozeßordnung sinngemäß anzuwenden. Danach kann eine arme Partei das Gesuch um Bewilligung des Armenrechtes nur dann beim Bezirksgericht ihres Wohnsitzes oder ständigen Aufenthaltes zu Protokoll erklären, wenn ihr Wohnsitz oder ständiger Aufenthalt nicht im Sprengel des betreffenden Schiedsgerichtes liegt. Da der Sprengel immer ein ganzes Bundesland umfaßt, entstehen durch die Anwendung des § 65 Abs.1 der Zivilprozeßordnung Härten. Diese sollen durch die hier vorgesehene Regelung ausgeschlossen werden.

Zu Z.24/§ 397: Die Sonderregelung des § 397 Abs.1 zweiter Satz in der geltenden Fassung, wonach die Kanzleigeschäfte der Schiedsgerichte in Bregenz und Eisenstadt von den dortigen Bezirksgerichten besorgt werden, kommt seit der Errichtung eines für Zivilrechtssachen zuständigen Landesgerichtes in Eisenstadt durch das Bundesgesetz vom 2. Dezember 1958, BGBl. Nr. 269, nur mehr für das Schiedsgericht in Bregenz in Betracht. Der zweite Satz des § 397 Abs. 1 wird daher entsprechend eingeschränkt.

Zu Z.25/§ 400: Nach geltendem Recht kann eine Berufung gegen ein Urteil eines Schiedsgerichtes der Sozialversicherung nur aus den Gründen der Nichtigkeit, der Aktenwidrigkeit und der unrichtigen rechtlichen Beurteilung erhoben werden. Eine Berufung aus den beiden letztgenannten Gründen ist überdies nur dann zulässig, wenn im Verfahren I. Instanz eine der im Gesetz bestimmt bezeichneten Fragen strittig war oder wenn in einer Leistungssache nach § 354 Z.3 ASVG. (§ 114 Z.3 GSPVG., § 96 Z. 3 LZVG.) der Streitwert 10.000 S übersteigt. Auf Grund dieser Regelung können daher nur die für die Parteien besonders schwerwiegenden Fragen von der II. Instanz, dem Oberlandesgericht Wien, überprüft werden.

Um nun den Rechtsschutz der Parteien des Leistungsstreitverfahrens dem in sonstigen gerichtlichen Verfahren üblichen Ausmaß anzupassen, soll das Berufungsrecht der Parteien durch die Zulassung der Berufungsgründe der Nichtigkeit, der Mangelhaftigkeit des Verfahrens, der Aktenwidrigkeit und der unrichtigen rechtlichen Beurteilung in allen Zweigen der Sozialversicherung erweitert werden. Damit wird einer auch von der Praxis immer wieder erhobenen Forderung Rechnung getragen.

Zu Z.26/§ 401: Nach geltendem Recht können die Beschlüsse eines Schiedsgerichts, durch die das Armenrecht verweigert wurde, nicht angefochten werden. Da diese Entscheidungen für die davon betroffenen Parteien von großer Bedeutung sind, soll in Hinkunft auch gegen Beschlüsse, durch welche der Antrag auf Bewilligung des Armenrechtes abgewiesen, das Armenrecht für erloschen erklärt oder entzogen wurde, ein Rekurs zulässig sein.

Zu Z.27/§ 406: Die Änderungen im § 406 entspringen ähnlichen Erwägungen, wie sie zur gleichartigen Änderung im § 359 dargestellt wurden.

Zu Z.28/§ 408: Die Ergänzung im § 408 beseitigt eine sachlich nicht gerechtfertigte Einschränkung des Kreises der zur Fortsetzung des Verfahrens berechtigten Kinder.

Zu Z.29/§ 409: Die Bestimmung des § 409 ASVG. in der derzeitigen Fassung ist insofern unvollständig, als sie wohl die Zuständigkeit der Träger der Krankenversicherung hinsichtlich der in der Unfall- und Pensionsversicherung Teilversicherten vorsieht,

jedoch keine Regelung hinsichtlich der Zuständigkeit für die in der Kranken- und Unfallversicherung Teilversicherten trifft. In die Neufassung des § 409 wurde diese fehlende Zuständigkeitsregelung aufgenommen. Die Bestimmung wurde außerdem durch die Aufnahme der für die neu eingeführte Selbstversicherung nach § 19a erforderlichen Zuständigkeitsregelung ergänzt.

Zu Z.30/§ 412: Im Interesse der Rechtssicherheit wird für die Einbringung des Antrages auf aufschiebende Wirkung für den Einspruch an den Landeshauptmann eine Frist eingeführt. Ein derartiger Antrag ist innerhalb der für die Einbringung des Einspruches vorgesehenen einmonatigen Frist beim Versicherungsträger zu stellen. Der Antrag auf aufschiebende Wirkung wird sohin in der Regel zweckmäßigerweise zugleich mit der Einbringung des Einspruches gestellt werden.

Zu Z.31/§ 420: Von Versicherungsvertretern aus dem Kreise der unselbständig Erwerbstätigen wird oft Klage geführt, daß sie bei ihren Dienstgebern Schwierigkeiten hätten, die für die Ausübung des Amtes als Versicherungsvertreter erforderliche Freizeit zu erhalten. Um allen Beteiligten den Charakter des Amtes eines Versicherungsvertreters als eine öffentliche Verpflichtung - gleichwie etwa das Amt eines Schöffen - deutlich vor Augen zu führen, wird im § 420 Abs.5 ein entsprechender Hinweis in das Gesetz aufgenommen.

Zu Z.32/§ 423: Bei der Anwendung der Bestimmungen des § 423 Abs.5 erster Satz ASVG. ergaben sich Zweifel, ob die Zuständigkeit zur Durchführung der Enthebung aus dem Grunde der Neuwahl in die entsendende Interessenvertretung der Aufsichtsbehörde oder dem Obmann des Versicherungsträgers zukomme. Die Bestimmung des § 423 Abs.5 stellt einen Spezialfall des Abs.3 dar, der sich von der Regelung des Abs.3 dadurch unterscheidet, daß die Enthebung im Falle des Abs.5 vorgenommen werden muß, während sie in den Fällen des Abs.3 in das Ermessen der entsendenden Stelle, d.i. der Aufsichtsbehörde gestellt ist. Im Hin-

blick auf diese zwischen Abs.3 und Abs.5 bestehenden Zusammenhänge ergibt sich, daß auch im Falle des Abs.5 die Aufsichtsbehörde die zur Vornahme der Enthebung zuständige Stelle sein muß. Um dies auch im Gesetzestext in zweifelsfreier Weise zum Ausdruck zu bringen, wurde der erste Satz des Abs.5 entsprechend abgeändert.

Zu Z.33/§ 433: Durch die Änderungen im § 433 wird die bisher der Satzung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger überlassene Festsetzung der Zahl der Mitglieder der Hauptversammlung des Hauptverbandes im Gesetz selbst vorgenommen; darüber hinaus werden noch weitere Regelungen hinsichtlich der Verwaltungskörper des Hauptverbandes getroffen, die sich im Interesse eines reibungslosen Funktionierens der Selbstverwaltung als notwendig und zweckmäßig erwiesen haben.

Zu Z.34/§ 438: Zur Hintanhaltung allfälliger Zweifel wurde die Bestimmung des § 438 Abs.1 Z.2 neu gefaßt. Bemerkt wird, daß es sich bei den in der Neufassung genannten Instandsetzungsarbeiten begrifflich nur um Instandsetzungsarbeiten an schon bestehenden Einrichtungen handeln kann.

Schon nach der derzeitigen Rechtslage ist das Recht des Präsidenten des Hauptverbandes, bei Nichtzustandekommen eines gültigen Beschlusses des erweiterten Vorstandes eine Entscheidung des Bundesministeriums für soziale Verwaltung herbeizuführen, gesetzlich verankert, da im § 434 Abs.1 letzter Satz ASVG. festgelegt ist, daß die im ASVG. für die Obmänner vorgesehenen Bestimmungen auch für den Präsidenten und die Vizepräsidenten des Hauptverbandes gelten. Um jeden Zweifel auszuschließen, wurde eine ausdrückliche diesbezügliche Ergänzung im neuen Abs.5 des § 438 vorgenommen.

Zu Z.35/§ 444: § 444 Abs.4 ASVG. in der bisherigen Fassung bestimmte, daß die Gebietskrankenkassen, die Landwirtschaftskrankenkassen und die Betriebskrankenkassen die Erfolgsrechnung und die statistischen Nachweisungen getrennt nach Versicherten, die der Pensionsversicherung der Arbeiter zugehören, und Versicherten, die der Pensionsversicherung der Angestellten zugehören, zu erstellen haben. Gemeinsame Einnahmen und Ausgaben sollten auf die genannten Versichertengruppen auf Grund eines Vorschlages des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger,

der der Zustimmung des Bundesministeriums für soziale Verwaltung bedarf, aufgeteilt werden. Bei diesen Bestimmungen ergaben sich rechtliche Schwierigkeiten insofern als der Gesetzgeber geber die Frage offen gelassen hat, ob sich die Trennung der Erfolgsrechnung und der statistischen Nachweisungen lediglich auf die Versichertengruppen der (in Beschäftigung stehenden) Arbeiter und der (in Beschäftigung stehenden) Angestellten erstrecken soll oder ob und in welcher Weise auch die übrigen bei den Krankenkassen geführten Versichertengruppen auf die beiden oben genannten Versichertengruppen aufzuteilen sind. Darüber hinaus bedarf es zur Durchführung des § 444 Abs.4 u.a. auch der Mitwirkung der Vertragspartner der Krankenversicherungsträger, insbesondere der Ärzte und Apotheker. Diese Mitarbeit kann, weil die Beziehungen zwischen den Trägern der Sozialversicherung und den freiberuflich tätigen Ärzten, Dentisten, Apothekern usw. nach § 338 Abs.1 ASVG. durch privatrechtliche Verträge geregelt werden, nur vertraglich vereinbart, aber nicht erzwungen werden. Es ist den Krankenversicherungsträgern trotz intensiver Bemühungen bisher nicht gelungen, entsprechende Vereinbarungen mit den Vertragspartnern herbeizuführen. Zur Beseitigung der aufgezeigten

rechtlichen Schwierigkeiten hinsichtlich der Aufteilung bestimmter Versichertengruppen sollen die Bestimmungen des § 444 Abs.4 nunmehr neu gefaßt werden. Um den durch die sonstigen Änderungen der vorliegenden Novelle verwaltungsmäßig stark belasteten Krankenversicherungsträgern Zeit zur Vorbereitung der auf Grund der Neufassung des § 444 Abs.4 erforderlichen Maßnahmen zu geben, soll diese Regelung erst am 1.Jänner 1963 in Kraft treten.

Zu Z.36 bis 38/
§§ 453 bis 455: Gemäß § 453 Abs.2 ASVG. in der derzeit geltenden Fassung ist die Satzung binnen drei Monaten nach Beschlußfassung im "Amtsblatt zur Wiener Zeitung" bzw. in der amtlichen Landeszeitung zu verlautbaren. Die Einhaltung dieser Frist begegnete in der Praxis aus technischen Gründen oftmals größten Schwierigkeiten, da das Genehmigungsverfahren bei umfangreicheren Satzungen oder Satzungsänderungen beträchtliche Zeit in Anspruch nimmt. In Anlehnung an die Regelung im § 185 Abs.3 GSPVG. und im § 167 Abs.3 LZVG. soll die Frist für die Verlautbarung der Satzung daher nunmehr mit der Genehmigung der Satzung zu laufen beginnen. Aus systematischen Gründen wurde die entsprechende Regelung nicht wie bisher im § 453 Abs.2, son-

dern in der Neufassung des § 455 Abs.1 ASVG. vorgesehen.

Zu Z.39/§ 456: Da die Krankenordnung nicht nur das Verhalten der Versicherten sondern auch das Verhalten der als Angehörige geltenden Personen regeln soll und da ferner die Leistungen der Krankenversicherung nicht nur für Erkrankungsfälle sondern auch für den Versicherungsfall der Mutterschaft gebühren, der keine Erkrankung darstellt, war die bisherige Fassung des § 456 Abs.1 ASVG. über den Inhalt der Krankenordnung zu eng. Die Neufassung sieht eine entsprechende Erweiterung vor.

Zu Z.40 bis 44/
§§ 462 bis 470: Die Änderungen im Abschnitt I des Neunten Teiles des ASVG., betreffend die Versicherung der unständig beschäftigten Arbeiter in der Land- und Forstwirtschaft, sind einerseits durch Anpassungen an die durch die vorliegende Novelle geänderten Bestimmungen im Ersten und Zweiten Teil des ASVG. bedingt; andererseits finden Anregungen auf Änderungen Berücksichtigung, die sich im Zuge der Anwendung dieser Bestimmungen in der Praxis als zweckmäßig erwiesen haben.

Zu Z.45/§ 472: Nach der Bestimmung des drittletzten Satzes des § 472 Abs.1 ASVG. in der derzeitigen Fassung sind die Bediensteten der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen bei dieser Anstalt nach den Bestimmungen der Krankenversicherung der Bundesangestellten krankenversichert, sofern sie im Erkrankungsfall Anspruch auf Fortbezug ihrer Dienstbezüge durch mindestens sechs Monate haben. Da in der Krankenversicherung der Bundesangestellten kein Krankengeld gewährt wird, bedeutet diese Regelung eine Unbilligkeit gegenüber den Bediensteten anderer Versicherungsträger, die in der nach dem Zweiten Teil des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes geregelten Krankenversicherung versichert sind. Denn diejenigen Bediensteten, die auf Grund der bestehenden Dienstordnungen im Erkrankungsfall Anspruch auf Fortzahlung des Entgeltes durch mehr als sechs, aber weniger als zwölf Monate haben, hätten, wenn sie der nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz geregelten Krankenversicherung angehörten, Anspruch auf Krankengeld bis

zur Dauer von 52 Wochen, während sie aus der Krankenversicherung der Bundesangestellten für diese Zeit keine laufende Geldleistung erhalten können. Durch die vorgesehene Neuregelung sollen daher nur jene Bedienstete der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen der von der Anstalt durchgeführten Krankenversicherung der Bundesangestellten angehören, die Anspruch auf Fortzahlung des Entgeltes durch mindestens zwölf Monate haben, während die übrigen Bediensteten der von der gleichen Anstalt durchgeführten, nach den Bestimmungen des Zweiten Teiles des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes geregelten Krankenversicherung zugehören sollen.

Der Entfall des letzten Satzes im § 472 Abs.1 bewirkt, daß in der von der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen nach den Vorschriften über die Krankenversicherung der Bundesangestellten durchgeführten Krankenversicherung an die Stelle der bisher geltenden Höchstbeitragsgrundlage von 3000 S die in der Kranken-

versicherung der Bundesangestellten gemäß § 488 Abs.2 ASVG. allgemein geltende Höchstbeitragsgrundlage von 3600 S tritt. Diese Erhöhung der Höchstbeitragsgrundlage soll zusammen mit der durch die Änderung im § 472 Abs.4 ASVG. vorgenommenen Erhöhung des höchstzulässigen Beitragssatzes von 4.8 v.H. auf 5.1 v.H. der Bemessungsgrundlage dazu dienen, die finanzielle Gebarung der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen hinsichtlich der nach den Vorschriften über die Krankenversicherung der Bundesangestellten durchgeführten Krankenversicherung, die in den letzten Jahren eine bedrohliche Entwicklung genommen hat, zu sanieren.

Der Entfall der Zitierung des § 24b der Besoldungsordnung für die Beamten der Österreichischen Bundesbahnen im § 472 Abs.4 ergibt sich aus der durch die Rechtsprechung des Verfassungsgerichtshofes bedingten Änderung im § 488 Abs.2 letzter Satz.

Zu Z.46/§ 474: Nach der Bestimmung des § 474 Abs.1 letzter Satz ASVG. wird die Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen ermächtigt, in der Satzung für Personen, die der Pensionsversicherung der Angestellten angehören, soweit sie im Erkrankungsfall Anspruch auf Weiterzahlung ihrer Bezüge durch mindestens sechs Wochen haben, einen ermäßigten Beitragssatz in der Krankenversicherung festzusetzen. Unter den bei der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen krankenversicherten Eisenbahnbediensteten gibt es jedoch auch solche Bedienstete von Privatbahnen, die zwar der Pensionsversicherung der Arbeiter angehören, aber dennoch im Erkrankungsfall Anspruch auf Fortzahlung ihrer Bezüge durch länger als sechs Wochen haben. Für diese Personen kann nach der derzeitigen Rechtslage bei gleichen Leistungsansprüchen ein ermäßigter Beitragssatz, wie er für die der Pensionsversicherung der Angestellten zugehörigen Personen festgesetzt werden kann, nicht eingeführt werden. Um diese Unbilligkeit zu beseitigen, wurde die Einschränkung der Ausnahmeregelung des § 474 Abs.1 letzter Satz

auf die der Pensionsversicherung der Angestellten zugehörigen Personen fallengelassen.

Zu Z.47/§ 479: Das ASVG. enthält im § 479 ASVG. die gesetzliche Grundlage für die Durchführung der zusätzlichen Pensionsversicherung der Bediensteten von Privatbahnunternehmungen. Bis zum Erscheinen eines besonderen Bundesgesetzes zur Regelung der zusätzlichen Pensionsversicherung ist diese Versicherung durch die Satzung der in Betracht kommenden Versicherungsträger zu regeln. § 479 in der bisherigen Fassung enthält darüber hinaus lediglich Bestimmungen über die Rechtstellung der Pensionsinstitute und über die Aufsicht. Die Anwendbarkeit der Bestimmungen des Siebenten Teiles des ASVG. über das Verfahren ergibt sich aus der ausdrücklichen Anordnung im § 352 ASVG. Alle übrigen Bestimmungen des ASVG. finden nach der gegenwärtigen Rechtslage auf die zusätzliche Pensionsversicherung keine Anwendung, die Regelung ist diesbezüglich ausschließlich der Satzung der Institute überlassen. Durch die Satzung der Pensions-

institute können aber nicht Angelegenheiten geregelt werden, die über den unmittelbaren Rechtsbereich der Pensionsinstitute hinaus in den Rechtsbereich anderer öffentlich-rechtlicher Körperschaften eingreifen. Bezüglich solcher Angelegenheiten bedarf es einer entsprechenden gesetzlichen Regelung. In dem neu angefügten Abs.2 des § 479 werden daher bezüglich solcher über den Rechtsbereich der Pensionsinstitute hinausgehender Angelegenheiten die entsprechenden Bestimmungen des ASVG. für anwendbar erklärt.

Bezüglich der Änderung der Bezeichnung des Pensionsinstitutes der Linzer Elektrizitäts-und Straßenbahn-Aktiengesellschaft gelten die entsprechenden Ausführungen in der Begründung zur Änderung des § 250 ASVG.

Zu Z.46/§ 480: Die Aufzählung der Bestimmungen des Ersten bis Achten Teiles des ASVG., die auch in den Sonderversicherungen der Krankenversicherung der Bundesangestellten, der Meisterkrankenversicherung und der Notarversicherung entsprechend anwendbar sein

sollen, wurde durch die Aufnahme einiger weiterer Bestimmungen ergänzt, deren Anwendung im Bereich der Sonderversicherungen sich als angezeigt erwiesen hat. Die Vorschrift des § 480 Abs.2 erwies sich deshalb als ergänzungsbedürftig, weil ihre Anwendung bei der Ermittlung der Ersatzansprüche im Verhältnis zu den Trägern der Meisterkrankenversicherung im Hinblick auf das anders geartete Leistungssystem dieser Sonderversicherung Schwierigkeiten bereitete. Für die Ermittlung der Ersatzansprüche im Verhältnis zu den Trägern der Meisterkrankenversicherung wurden daher entsprechende Sondervorschriften aufgenommen.

Zu Z.49/§ 480a: Aus dem Umstand, daß in der nach dem Zweiten Teil des ASVG. geregelten Krankenversicherung der Versicherungsfall der Mutterschaft mit dem Beginn der 6. Woche vor der voraussichtlichen Entbindung eintritt (§ 120 Z.3), in der nach dem BKVG. 1937 geregelten Krankenversicherung aber mit dem Entbindungstag selbst, kann der Fall eintreten, daß eine Versicherte, die innerhalb der letzten sechs Wochen vor der Entbindung mit ihrer Versicherungszuständigkeit vom Träger der Bundesangestellten-Krankenversicherung zu einem Krankenversicherungsträger nach dem ASVG. überwechselt, in keiner der beiden Versicherungen anspruchsberechtigt wäre, obwohl sie durchlaufend versichert war. Im umgekehrten Fall könnte eine Versicherte, die innerhalb der letzten sechs Wochen vor der Entbindung vom ASVG.-Krankenversicherungsträger zum BKVG.-Krankenversicherungsträger wechselt, allenfalls einen doppelten Leistungsanspruch geltend machen. Zur Vermeidung dieser unerwünschten Auswirkungen wird durch die neu eingefügte Bestimmung des § 480a festgelegt, daß in solchen Fällen der Versicherungsträger zur Erbringung der Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft zuständig ist, bei

dem die Versicherung im Zeitpunkt der Entbindung besteht.

Zu Z.50/§ 481: Nach der gegenwärtigen Rechtslage fehlt eine Bestimmung, daß die Regelung der §§ 453 und 455 Abs.1 ASVG. bezüglich der Satzungen und der Genehmigung der Satzungen auch für den Verband der Meisterkrankenkassen Anwendung findet. Eine entsprechende Ergänzung der §§ 481 und 493 ist daher erforderlich.

Zu Z.51/§ 483: Es wurde der Wunsch herangetragen, die Mitglieder der Landtage, die nicht bereits auf Grund anderer gesetzlicher Bestimmung in der Krankenversicherung pflichtversichert sind, in die Krankenversicherung der Bundesangestellten einzubeziehen. Da die im § 1a Bundesangestellten-Krankenversicherungsgesetz 1937, BGBl.Nr.94, in der Fassung des § 487 ASVG. vorgesehene Ermächtigung, im Verordnungsweg bestimmte Gruppen von Personen in diese Versicherung einzubeziehen, keine ausreichende Rechtsgrundlage bietet, um den genannten Personenkreis durch Verordnung in die Krankenversicherung der Bundesangestellten einzubeziehen, wird diese Einbeziehung in Anlehnung an die Bestimmungen über die Ver-

sicherungspflicht der Mitglieder des Nationalrates und des Bundesrates in der Krankenversicherung der Bundesangestellten (§ 8 des Bundesgesetzes vom 29. Februar 1956, BGBl.Nr.57) von Gesetzes wegen vorgenommen.

Zu Z.52/§ 485: Aus den zu Art.II Z.13 (§ 133 Abs.4) angeführten Erwägungen mußte auch in der Krankenversicherung der Bundesangestellten, in der ebenfalls der Angehörigenbegriff des § 123 ASVG. gilt (§ 485 Abs.1), eine entsprechende Ergänzung vorgenommen werden.

Zu Z.53/§ 485a: Diese neu eingefügte Bestimmung entspricht hinsichtlich ihres Abs.1 dem ebenfalls neu eingefügten Abs.4 im § 144. Die zur Ergänzung des § 144 aufgenommenen Ausführungen gelten auch für den Inhalt des § 485a Abs.1. Die Regelung des Abs.2 trägt dem Umstand Rechnung, daß für die nach dem BKVG. Versicherten keine Unfallversicherung besteht und daß weiters in der Krankenversicherung nach dem BKVG. die Leistungspflicht hinsichtlich der Gewährung von Anstaltspflege zeitlich begrenzt ist. Erkrankt daher z.B. ein nach dem BKVG. Versicherter an einer Krankheit, die beim Bestehen einer Unfallversicherungspflicht als Be-

rufskrankheit gelten würde, so besteht nach der gegenwärtigen Rechtslage keine Möglichkeit, ihm über die Höchstanspruchsdauer des BKVG. hinaus die noch notwendige Anstaltspflege zu gewähren, während er, wäre er unfallversichert, diese im Rahmen der Unfallheilbehandlung für die Dauer der Notwendigkeit erhalten könnte. Für diese an sich seltenen Fälle wird durch die Regelung des § 485a Abs.2 eine Verlängerung der Anspruchsdauer für Anstaltspflege für die Dauer der Notwendigkeit ermöglicht.

Zu Z.54/§ 488: Gemäß der Kundmachung des Bundeskanzleramtes vom 29. Juli 1958, BGBl.Nr.179, wurde § 53 Abs.1 des Gehalts-Überleitungsgesetzes vom Verfassungsgerichtshof mit Erkenntnis vom 28. Juni 1958, G 20, als verfassungswidrig aufgehoben. Auf diese Aufhebung mußte in der Vorschrift des § 488 Abs.2 letzter Satz entsprechend Bedacht genommen werden.

Zu Z.55/§ 491: Außer § 480 ASVG. regelt auch § 481 letzter Satz dieses Gesetzes die Anwendbarkeit von Bestimmungen des Achten Teiles in der Meisterkrankenversicherung. Die Zitierung in der Einleitung des § 491 ist daher entsprechend zu ergänzen. Außerdem wurde die Aufzählung der in

der Meisterkrankenversicherung anzuwendenden Bestimmungen des Ersten, Zweiten, Fünften und Achten Teiles des ASVG. noch durch die Anführung einiger weiterer Bestimmungen ergänzt, deren Anwendung in der Meisterkrankenversicherung sich als angezeigt erwiesen hat. Der § 491 wurde unter Berücksichtigung aller dieser Ergänzungen neu gefaßt.

Zu Z.56/§ 492: § 492 ASVG. in der bisherigen Fassung enthält eine Regelung für den Fall, daß zu einer bestehenden Pflichtversicherung in der nach dem ASVG. geregelten Krankenversicherung eine Pflichtversicherung in der Meisterkrankenversicherung hinzutritt. In solchen Fällen ist auf Antrag des Pflichtversicherten eine Befreiung von der Meisterkrankenversicherung möglich. Eine ähnliche Regelung für die im Zeitpunkt des Inkrafttretens des ASVG. bereits bestehenden Fälle der Ausübung von zwei Erwerbstätigkeiten, die sowohl die Pflichtversicherung nach dem ASVG. als auch die Pflichtversicherung in der Meisterkrankenversicherung begründeten, enthält die Übergangsbestimmung des § 510 ASVG. in der derzeitigen Fassung. Durch die in der Neufassung des § 492 vorgenommene Erweiterung des Anwendungsberei-

ches dieser Bestimmung auf bereits bestehende Fälle einer derartigen Doppelversicherung, wird die Übergangsbestimmung des § 510 völlig entbehrlich. Sie wird daher zugleich mit dem Inkrafttreten der Neufassung des § 492 Abs.1 aufgehoben. Der in der Fassung des Stammgesetzes des ASVG. vorhanden gewesene Abs.2 des § 510 wurde bereits durch Art.II Z.12 der 3. Novelle zum ASVG., BGBl.Nr.294/1957, mit Wirksamkeit ab 1. Juli 1958 aufgehoben.

Anläßlich der Neufassung des § 492 wurde an Stelle der bisherigen Befreiung von der Meisterkrankenversicherung ein Ruhen dieser Versicherung vorgesehen; darüber hinaus wurde auch Vorsorge getroffen, daß kurzfristige Unterbrechungen der das Ruhen begründenden Pflichtversicherung bzw. des Leistungsbezuges keine Auswirkung auf das Ruhen der Meisterkrankenversicherung haben.

Zu Z.57/§ 493: Zu der hier vorgesehenen Zitierungsänderung im § 493 Abs.2 wird auf die Ausführungen in der Begründung zur Änderung des § 481 ASVG. verwiesen.

Zu Z.58/§ 501: Nach der gegenwärtigen Regelung des § 501 Abs.2 sind Renten, auf die der Anspruch gemäß

der Begünstigungsbestimmung des § 501 Abs.1 wieder auflebt, für die Zeit ab 10. April 1945 nachzuzahlen; für die Zeit vor dem 10. April 1945 fand nach den bisherigen Bestimmungen keine Nachzahlung statt. Für diese Regelung, die aus § 113 Abs.2 Sozialversicherungs-Überleitungsgesetz 1953, BGBl.Nr.99, übernommen worden war, ist, wie aus den Erläuternden Bemerkungen zur Regierungsvorlage des SV-ÜG. zu entnehmen ist, die Erwägung maßgebend gewesen, daß Wiedergutmachungsansprüche für vor dem 10. April 1945 gelegene Zeiträume gegen das Deutsche Reich und nicht gegen die Republik Österreich oder die österreichischen Versicherungsträger zu richten sind, die in diesen Zeiträumen infolge der Besetzung Österreichs an der Ausübung jeglicher Verwaltungstätigkeit verhindert waren und auch nicht als Rechtsnachfolger des Deutschen Reiches bzw. der reichsdeutschen Versicherungsträger zur Übernahme solcher Wiedergutmachungsleistungen für Zeiten vor dem 10. April 1945 herangezogen werden können. In der letzten Zeit wurden auf anderen Verwaltungsgebieten, nämlich im Bereich der Opferfürsorge und im Bereich der Beamtenentschädigung im Zusammenhang mit den österreichisch-deutschen Vermögensverhandlungen ge-

setzliche Regelungen geschaffen, die von der Zeit ihres noch in der Zukunft liegenden Inkrafttretens an gewisse Entschädigungen auch für vor dem 10. April 1945 liegende Zeiträume vorsehen. Es erschien unbillig, den noch lebenden Rentenberechtigten aus der Sozialversicherung eine ähnliche Behandlung auf die Dauer zu versagen. Nach der Neufassung des § 501 Abs.2 sollen daher unter der Voraussetzung, daß der Rentenberechtigte am 1. Dezember 1961 seinen Wohnsitz in Österreich hatte, die wiederaufgelebten Renten auch für die Zeit vor dem 10. April 1945 nachgezahlt werden, und zwar in der seinerzeit bestandenen Höhe. Darüber hinaus wird eine Ermächtigung für den Unterstützungsfonds des Versicherungsträgers vorgesehen, zu diesen nachgezahlten Renten einen Zuschlag bis zu 500 v.H. dieser Rente zu gewähren. Dieses Höchstausmaß des Zuschlages entspricht dem Höchstausmaß, welches auch im § 4 Abs.3 des Beamten-Entschädigungsgesetzes, BGBl.Nr.181/1952, in der Fassung der Novelle BGBl.Nr.117/1961, für einen derartigen Zuschlag vorgesehen ist. Die Nachzahlung für die Zeit vor dem 10. April 1945 wurde deshalb auf Personen beschränkt, die ihren Wohnsitz am 1. Dezember 1961 in Österreich hatten, weil die Wiedergutmachung für die im Ausland lebenden politisch Verfolgten

Aufgabe des Hilfsfonds sein wird, für den seitens der Republik Österreich auf Grund des Bundesgesetzes vom 22. März 1961, BGBl.Nr.100, Mittel zur Verfügung gestellt werden.

Zu Z.59 lit.a/§ 502 Abs.1 erster Satz: Nach § 502 Abs.1 erster Satz in der geltenden Fassung ist die Berücksichtigung der Zeiten einer Untersuchungshaft, Verbüßung einer Freiheitsstrafe, Anhaltung oder Arbeitslosigkeit sowie der Ausbürgerung als Pflichtbeitragszeiten für Personen vorgesehen, die "vorher versichert waren". Da die Formulierung dieser Voraussetzung zu verschiedenen Zweifeln Anlaß gegeben hat, soll sie in der Neufassung des ersten Satzes des Abs.1 genauer umschrieben werden.

Zu Z.59 lit.b, 60 bis 62 und 74/ §§ 502 Abs.1 letzter Satz, 503 bis 506 und 542:

Die in Rede stehenden Änderungen werden - zum Teil schon seit längerer Zeit - von den Vertretern der begünstigten Personen als notwendig angestrebt. Die Antragsteller sind der Meinung, daß diesen Wünschen nunmehr im Rahmen dieser großen Änderung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes Rechnung getragen werden sollte.

Zu Z.63/§ 509:

Lernschwestern (Krankenpflegeschülerinnen) sind gemäß § 4 Abs.1 Z.4 seit dem Inkrafttreten des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes vollversichert. Die nach den früheren Vorschriften (§ 363a RVO.) für diese Personen vorgesehene Übernahme der Krankenpflege durch die Gebietskrankenkassen ist damit seit 1.Jänner 1956 weggefallen. Damit hatte aber auch der letzte Satz des § 509 von Anfang an keinen normativen Inhalt. Seine Streichung bewirkt keine Änderung der geltenden Rechtslage.

Wie schon in der Begründung zu § 125 ausgeführt wurde, besteht das Bestreben, die derzeit noch aus verschiedenen Zeitabschnitten stammenden Vorschriften für die im Sinne des § 509 einbezogenen Personen und für die nach § 9 einbezogenen

Personen, insbesondere hinsichtlich des Umfanges der Leistungsansprüche, zu vereinheitlichen. Für diese im Verordnungsweg zu treffenden Maßnahmen ist zunächst erforderlich, daß die Wirksamkeit der für die Krankenversicherung der nach § 9 einbezogenen Personen geltenden Vorschriften auch auf die im § 509 genannten Personen ausgedehnt wird. Dies soll durch die Neufassung des zweiten Satzes des § 509 bewirkt werden.

Zu Z.64/§ 510: Auf die Ausführungen in der Begründung zu § 492 (Z.56) wird hingewiesen.

Zu Z.65/§ 513: § 513 Abs.1 sah bisher vor, daß nach den vor dem 1.Juni 1956 in Geltung gestandenen Bestimmungen bestehende Zusatzversicherungen von Rentnern in der Krankenversicherung aufrecht bleiben, soweit sie Leistungen zum Gegenstand haben, die über das im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz für Rentner vorgesehene Ausmaß hinausgehen. Soweit es sich hiebei um Zusatzversicherungen auf Sterbegeld handelt, bleiben solche nach dem Wortlaut dieser Bestimmung mit dem Anteil aufrecht, um den die Zusatzversicherungen das nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz gebührende Sterbegeld übersteigen. Auf Grund einer - allerdings vereinzelt gebliebenen - im Verwaltungsverfahren ergangenen Entscheidung eines Landeshauptmannes

haben die Versicherungsträger ihre Praxis im Sinne einer Empfehlung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger dahin geändert, daß bestehende Zusatzversicherungen auf Sterbegeld mit ihrer vollen seinerzeit eingegangenen Höhe aufrecht bleiben und die derzeit vorgesehene Anrechnung der nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz gebührenden Sterbegeldleistung unterbleibt. Die Rechtsprechung der übrigen damit befaßten Stellen hat sich dieser Praxis im Hinblick auf den klaren Gesetzeswortlaut nicht angeschlossen. Die betroffenen Personen, die eine Zusatzversicherung nach dem früheren Recht eingegangen sind, haben es als große Härte empfunden, daß durch die Regelung, wie sie im § 513 vorgesehen war, die von ihnen seinerzeit geleisteten Beiträge zur Zusatzversicherung keine zusätzliche Mehrleistung beim Sterbegeld bewirkten, wenn die Pflichtleistung erweitert worden ist. Um diese Personen beschwerdefrei stellen zu können und um andererseits die dadurch bewirkte Rechtsunsicherheit zu beseitigen sowie für die bestehende Praxis der Versicherungsträger die gesetzliche Deckung zu verschaffen, erfährt der erste Satz des § 513 Abs.1 die vorgesehene Neufassung.

Zu Z.66/§ 522: Im Sinne des schon in der 8. Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz zu Tage getretenen Bestrebens, die Rentenberechtigten, deren Rentenansprüche noch aus der Zeit vor dem Wirksamkeitsbeginn des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes stammen (sogenannte Altrentner), zu Rentenberechtigten nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz zu machen, werden durch die Änderungen im § 522 weitere Unterschiede in der Behandlung der Alt- und Neurentner beseitigt. Darüber hinaus werden durch die Änderung des § 522 Abs.4 Einschränkungen wegfallen, die bisher eine vollständige Anwendung verschiedener Bestimmungen des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes auf Altrentenfälle ausschlossen. So wird auch in den Fällen, in denen die Wiederverheiratung vor dem 1. Jänner 1956 erfolgte, die Witwenrente aus der Unfall- und Pensionsversicherung bei Auflösung der zweiten Ehe nach Maßgabe der Bestimmungen

der §§ 215 Abs.5 und 265 Abs.2 ASVG. frühestens ab 1. Jänner 1962 wieder aufleben können. Hingegen kommt die Anwendung der §§ 215 Abs.4 bzw. 265 Abs.1 ASVG., die im Falle der Wiederverheiratung der Witwe die Abfertigung der Witwenrente mit dem fünffachen Jahresbetrag vorsehen, nur für die Fälle in Betracht, in denen die Wiederverheiratung nach dem 31. Dezember 1955 erfolgte, da die Gewährung einer Abfertigung in dieser Höhe erst durch das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz ab 1.Jänner 1956 eingeführt wurde. Die Anwendbarkeit von Bestimmungen des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes kann aber nur soweit gehen, daß Witwenrentenansprüche, die noch aus der Zeit vor dem Inkrafttreten des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes stammen, hinsichtlich ihres weiteren rechtlichen Schicksals den Bestimmungen des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes unterworfen werden, es besteht aber kein Grund, einmalige Leistungen, die in einem vor dem Inkrafttreten des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes liegenden Zeitpunkt ausgezahlt wurden, nachträglich auf das Ausmaß zu ergänzen, das gebühren würde, wenn die Leistung erst unter der Geltung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes gewährt worden wäre. Durch die Änderung des § 522 Abs.4 wird ferner bei den Waisenrenten die Einschränkung wegfallen, daß eine Weitergewährung über das 18. Lebensjahr hinaus nur dann in Betracht kommen kann, wenn das Kind das 18. Lebensjahr nach dem 31. Dezember 1952 vollendet hat. In Hinkunft wird eine Weitergewährung über das 18. Lebensjahr hinaus

ab 1.Jänner 1962 auch dann möglich sein, wenn das Kind das 18.Lebensjahr bereits vor dem 1.Jänner 1953 vollendet hat.

Zu Z.67/§ 522f: Die Einfügung im § 522f Abs.8 dient der Richtigstellung eines bei der Redaktion der 8.Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz unterlaufenen Versehens.

Zu Z.68/§ 524: Die Übergangsbestimmung des § 524 ist durch Zeitablauf gegenstandslos geworden. Sie wird daher im Zuge der Bereinigung und Entlastung des Gesetzestextes aufgehoben.

Zu Z.69/§ 529: Das Bundesgesetz vom 8.Juli 1948, BGBl.Nr.177, regelte die sozialversicherungsrechtlichen Verhältnisse aus Anlaß der Aufnahme in ein öffentlich-rechtliches Dienstverhältnis beziehungsweise aus Anlaß des Ausscheidens aus einem solchen. In diesem Bundesgesetz wurde unter anderem bestimmt, daß in den Fällen, in denen der Dienstgeber einem Beamten Versicherungszeiten für den Ruhe(Versorgungs)genuß anrechnet, bei Eintritt des Versicherungsfalles der Teil der Rente, der dem Ausmaß der angerechneten Zeiten entspricht, dem Dienstgeber überwiesen wird. Mit Inkrafttreten des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes wurde diese Konstruktion der "Renten-

überweisung" durch die Konstruktion des "Überweisungsbetrages" (§ 308) abgelöst. Bei Eintritt des Versicherungsfalles wird nun nicht mehr die Rente festgestellt und der den angerechneten Zeiten entsprechende Teil dem Dienstgeber überwiesen, sondern der Dienstgeber erhält anläßlich der Pragmatisierung unter der Voraussetzung, daß er bestimmte Zeiten für den Ruhe(Versorgungs)genuß angerechnet hat, für die angerechneten Zeiten einen Überweidungsbetrag. Die Beiträge für die nicht angerechneten Zeiten werden dem Dienstnehmer erstattet, so daß praktisch alle erworbenen Zeiten entweder durch den Überweisungsbetrag oder durch die Beitragserstattung honoriert werden und daher keinerlei Ansprüche oder Anwartschaften aus der Pensionsversicherung bestehen bleiben. Die Bestimmungen über die Leistung des Überweisungsbetrages traten rückwirkend mit 1.April 1952 in Kraft. Für alle Beamten, die vor dem 1.April 1952 pragmatisiert worden waren, und für alle jene Beamten, die zwar nach dem 31.März 1952 pragmatisiert worden sind, aber bereits vor der Kundmachung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (30.September 1955) eine Leistung aus der Pensions(Renten)versicherung erhalten haben, blieben die Vorschriften des Bundesgesetzes

BGBl.Nr.177/1948 mit einigen Modifizierungen weiter in Kraft.

Bald nach dem Inkrafttreten des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes und insbesondere nach den Aufwertungen der sogenannten Altrenten zeigte sich, daß die Weiteranwendung der Bestimmungen des Bundesgesetzes BGBl.Nr.177/1948 zu immer größer werdenden administrativen Schwierigkeiten führte. Da nicht einmal die Erkenntnisse beziehungsweise Gutachten des Oberlandesgerichtes Wien in dieser Hinsicht eine Erleichterung bringen konnten, wurde von den Versicherungsträgern, von den Interessenvertretungen der Dienstnehmer und auch von den Dienstgebern angeregt, die noch geltenden Vorschriften des Bundesgesetzes BGBl.Nr.177/1948 durch neue dem § 308 (Überweisungsbetrag) analoge Vorschriften abzulösen.

Der von den Bestimmungen des Bundesgesetzes BGBl. Nr.177/1948 erfaßte Personenkreis kann grundsätzlich in folgende vier Gruppen unterteilt werden:

1) Personen, die weder einen Anspruch auf Ruhegenuß, noch einen Anspruch auf eine Leistung aus der Pensions(Renten)versicherung haben,
2) Personen, die wohl einen Anspruch auf einen Ruhegenuß, nicht aber einen Anspruch auf eine Leistung aus der Pensions(Renten)versicherung haben,
3) Personen, die zwar keinen Anspruch auf einen Ruhegenuß, wohl aber einen Anspruch auf eine Leistung aus der Pensions(Renten)versicherung haben, und
4) Personen, die sowohl einen Anspruch auf Ruhegenuß, als auch einen Anspruch auf eine Leistung aus der Pensions(Renten)versicherung haben.

Für die unter 1) bis 3) genannten Personen ist die Leistung eines Überweisungsbetrages an den Dienstgeber für die vom Dienstgeber angerechneten Versicherungszeiten und eine Beitragserstattung an den Dienstnehmer für die nicht angerechneten Versicherungszeiten vorgesehen. Für die unter 4) genannten Personen sollen die bisher gewährten Leistungen nach dem Bundesgesetz BGBl.Nr.177/1948 erhöht weitergewährt werden.

Den Anregungen, den unter 2) und 3) genannten Personen auch in Hinkunft Leistungen in Verbindung mit dem Bundesgesetz BGBl.Nr.177/1948 zuzuerkennen, konnte

nicht Rechnung getragen werden, da dies eine Perpetuierung der Bestimmungen des Bundesgesetzes BGBl.Nr.177/1948 bedeuten würde und gerade dies durch die angestrebte Neufassung des § 529 vermieden werden sollte. Der Hinweis, daß durch die Leistung des Überweisungsbetrages in diesen Fällen für die Dienstnehmer eine soziale Härte entstünde, geht ins Leere,

weil den unter 2) genannten Personen deswegen kein Nachteil erwächst, da die Leistung aus der Pensions(Renten)versicherung für vom Dienstgeber angerechnete Versicherungszeiten der Dienstgeber erhalten würde und zur Wahrung der Anwartschaft für die nicht angerechneten Zeiten in den meisten Fällen eine Fortsetzung der Pensionsversicherung notwendig wäre, und

weil den unter 3) genannten Personen bei Eintritt des Versorgungsfalles durch die in Aussicht genommene Änderung des Ruhegenußvordienstzeitengesetzes, BGBl.Nr.193/1949, ohnehin eine weitere Anrechnung von Vordienstzeiten bis zur Erreichung des vollen Ausmaßes des Ruhegenusses gewährleistet wird und eine Leistung aus der Pensions(Renten)versicherung nur eine zusätzliche Versorgung und damit eine Besserstellung gegenüber den nach dem 31.März 1952 pragmatisierten Beamten bedeuten würde.

Die Forderungen, die laufenden Leistungen nach § 6 beziehungsweise § 7 des Bundesgesetzes BGBl. Nr.177/1948 abzufertigen, wurden unberücksichtigt gelassen. Es schien nämlich vor allem nicht vertretbar, eine dem Dienstnehmer bereits zuerkannte Leistung abzufertigen, wenn die dieser Leistung zugrunde liegenden Versicherungszeiten vom Dienstgeber in der laufenden Versorgungsleistung nicht mehr berücksichtigt werden können. Um die Gleichbehandlung der Dienstnehmer und Dienstgeber zu gewährleisten, wurde auch von einer Abfertigung der dem Dienstgeber zustehenden Leistung Abstand genommen.

In einem Punkte mußte der Grundsatz, das Bundesgesetz BGBl.Nr.177/1948 mit 1.Jänner 1961 endgültig außer Kraft zu setzen, durchbrochen werden. In dem Bestreben, das rückwirkende Inkrafttreten einschneidender Änderungen zu vermeiden, wurde für die Zeit vom 1.Jänner 1961 bis zum 1.Jänner 1962 ein Weiterwirken des Bundesgesetzes BGBl.Nr.177/1948 in Kauf genommen:

Für Personen, die bis zum 1.Jänner 1962 aus dem pensionsversicherungsfreien Dienstverhältnis mit Anspruch auf Ruhe(Versorgungs)genuß ausscheiden und für die der sozialversicherungsrechtliche Stichtag spätestens am 1.Jänner 1962 liegt, soll die laufende Leistung so festgestellt werden, als ob

die Bestimmungen der §§ 6 und 7 des Bundesgesetzes BGBl.Nr.177/1948 noch gelten würden. Natürlich sollen diese Leistungen genau so aufgewertet werden, wie die bisher laufenden Leistungen nach dem Bundesgesetz BGBl.Nr.177/1948.

Dem Einwand, den Überweisungsbetrag für die unter 1) genannten Personen nicht erst anläßlich der Ruhestandsversetzung beziehungsweise nach dem Tode des Beamten festzustellen, konnte vor allem aus finanziellen Erwägungen nicht Rechnung getragen werden. Der gesetzliche Auftrag an die Versicherungsträger, die anfallenden Überweisungsbeträge innerhalb einer kurzen Frist an die Dienstgeber zu leisten, hätte dazu geführt, daß einerseits die Versicherungsträger, denen ein Bundeszuschuß zusteht, mit diesem nicht das Auslangen gefunden hätten und andererseits noch aktiv gebarende Versicherungsträger allenfalls einen Bundeszuschuß in Anspruch nehmen müßten. Um den Dienstgeber aber nicht durch die spätere Zahlung finanziell zu benachteiligen, wird die Bemessungsgrundlage für den Überweisungsbetrag entsprechend der Anlage 5 aufgewertet. Für die Ablehnung der Forderung, den Überweisungsbetrag nicht erst anläßlich des Versorgungsfalles festzustellen, war auch die Überlegung maßgebend, daß der Dienstgeber erst im Zeitpunkt des Eintrittes des Versorgungsfalles beziehungsweise kurze Zeit vor der Ruhestandsversetzung

von Gesetzes wegen die Möglichkeit hat, mit absoluter Sicherheit feststellen zu können, welche Versicherungszeiten zur Erreichung der vollen Höhe des Ruhe(Versorgungs)genusses noch angerechnet werden müßten.

Zu den Bestimmungen des neugefaßten § 529 ist im einzelnen zu bemerken:

Zu Abs.1: Die Leistungszuständigkeit des Versicherungsträgers richtet sich nach § 246. Auf die Anrechenbarkeit im Sinne des § 233 wurde hier verzichtet, weil für den Dienstgeber das Bundesgesetz BGBl.Nr.177/1948 die Anwartschaftswahrung vorgesehen hatte. Dieser Vorteil soll dem Dienstgeber gewahrt bleiben und nunmehr auch dem Dienstnehmer zugutekommen. Der zweite Halbsatz der lit.a bezieht sich auf jene Fälle, für die wegen der nach dem 31.März 1952 erfolgten Pragmatisierung eigentlich durch das rückwirkende Inkrafttreten des § 308 mit 1.April 1952 ein Überweisungsbetrag zu leisten gewesen wäre, wenn nicht eine Leistung aus der Pensions(Renten)versicherung vor der Kundmachung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes angefallen wäre. Für diese Gruppe soll nun ebenfalls der Überweisungsbetrag an den Dienstgeber geleistet und die Beiträge dem Dienstnehmer erstattet werden. Eine Anrechnung der erbrachten Leistungen auf den Überwei-

sungsbetrag oder die zu erstattenden Beiträge findet nicht statt. Die Leistungen erlöschen aber nach § 100 in Verbindung mit § 310 (s.Abs.11).

Zu Abs.2: Das Bundesgesetz BGBl.Nr.177/1948 sprach von öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnissen. Dieser Begriff muß beibehalten werden, um den gleichen Personenkreis zu erfassen, auf den sich die Vorschriften des Bundesgesetzes BGBl.Nr.177/1948 bezogen haben. Die einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis gleichgestellten Dienstverhältnisse sind den beiden Verordnungen vom 4. August 1949, BGBl.Nr.214, beziehungsweise vom 13.Mai 1955, BGBl.Nr.113, entnommen worden. Die Angestellten des Dorotheums wurden neu einbezogen. Die Liste der gleichgestellten Dienstverhältnisse wird in eine eigene Anlage zum Gesetz (Anlage 11) aufgenommen.

Zu Abs.3: Das Ausmaß des Überweisungsbetrages entspricht der Regelung des § 308. Als Bemessungsgrundlage wurde ein Durchschnitt angenommen, der sich aus den valorisierten Beitragsgrundlagen der Zeiten vor dem 1.April 1952 ergibt. Nach der vorgesehenen Regelung soll der Dienstgeber für die zur Gänze angerechneten Versicherungsmonate den vollen Überweisungsbetrag erhalten. Für die Versicherungsmonate, die nur zum Teil angerechnet

werden (1/3, 1/2), soll der Dienstgeber nur den entsprechenden Teil des Überweisungsbetrages erhalten (1/3, 1/2).

Wenn auch die Ruhegenußvordienstzeitenverordnung BGBl.Nr.231/1949 keine "bedingte" Anrechnung kennt, wird trotzdem die Möglichkeit für eine solche Anrechnung offen gelassen, weil sie unter Umständen von Gebietskörperschaften seinerzeit praktiziert worden ist.

Unter dem Begriff "Versorgungsfall", der neu eingeführt wird, ist das Ausscheiden aus dem aktiven Dienstverhältnis durch Pensionierung (Ruhestandsversetzung, Übertritt in den Ruhestand von Gesetzes wegen) oder Tod des Beamten mit Anspruch auf einen laufenden Ruhe(Versorgungs)genuß zu verstehen. In lit.a kann es sich bei dem Versorgungsfall nur um einen solchen handeln, der nicht gleichzeitig mit dem Versicherungsfall eintritt. Würde dies nämlich geschehen, würde dieser Fall nach Abs.9 zu behandeln und daher nach Abs.1 lit.d von der Leistung eines Überweisungsbetrages ausgeschlossen sein.

Zu Abs.4: Wenn eine Leistung aus der Pensionsversicherung in Verbindung mit § 6/§ 7 des BGBl.Nr. 177/1948 wegen geminderter Arbeitsfähigkeit gewährt und in einiger Zeit wegen Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit entzogen wird, soll in Hinkunft bei Eintritt eines neuen Versicherungsfalles eine laufende Rente nicht wieder enfallen; vielmehr soll der Überweisungsbetrag geleistet und im Sinne des Abs.5 die in der Versorgungsleistung nicht berücksichtigte Versicherungszeit erstattet werden. Im übrigen kann auf die allgemeinen Ausführungen verwiesen werden. Für den zweiten Halbsatz gelten die Ausführungen in den letzten zwei Sätzen zu Abs.3.

Zu Abs.5: Für die Beitragsmonate, die der Dienstgeber nicht anrechnet und für die der Dienstgeber daher keinen Überweisungsbetrag erhält, werden dem Dienstnehmer 7 v.H. einer Bemessungsgrundlage von 1.000 S erstattet. Wurden Beitragsmonate nur zum Teil angerechnet (1/3, 1/2), so wird dem Dienstnehmer der restliche Teil erstattet. Z.B.: Wird ein Beitragsmonat zu einem Drittel angerechnet, erhält der Dienstgeber ein Drittel von 70 S als Überweisungsbetrag; dem Dienstnehmer verbleiben zwei Drittel von 70 S. Beiträge zur Weiterversicherung, die nach der Aufnahme in das

Dienstverhältnis entrichtet wurden (mit Ausnahme solcher nach einer pensions(renten)versicherungspflichtigen Nebenbeschäftigung) oder vor der Aufnahme entrichtet wurden, wobei die durch ihre Entrichtung erworbenen Beitragszeiten nicht vom Dienstgeber angerechnet worden sind, sowie Beiträge zur Höherversicherung werden dem Dienstnehmer erstattet. Wenn die Beiträge zur Weiterversicherung der Dienstgeber gezahlt hat, wird die Erstattung dieser Beiträge an ihn nur auf Grund einer Abtretungserklärung des Dienstnehmers möglich sein.

Die Erstattung der Beiträge hat gleichzeitig mit der Leistung des Überweisungsbetrages zu erfolgen. Eines eigenen Antrages bedarf es hiezu nicht.

Die Anregung eines Dienstgebers, die von ihm für seine Dienstnehmer nach der Pragmatisierung gezahlten Beiträge zur freiwilligen Versicherung nicht erst mit der Leistung des Überweisungsbetrages sondern sofort zu erstatten, wurde eingehend geprüft. Es ist richtig, daß dieser Dienstgeber die Beiträge in der Erwartung einer höheren Versicherungsleistung entrichtet hat und an Stelle der höheren Versicherungsleistung nunmehr ein einmaliger Überweisungsbetrag geleistet und die Beiträge zur freiwilligen Versicherung erstattet werden. Weiters ist auch das Argument richtig, daß die Zeiten, während denen die freiwillige Versicherung bestand, Zeiten des pensions(renten)versicherungsfreien Dienst-

verhältnisses waren. Diese Zeiten werden jedenfalls für den Anspruch auf den Ruhe(Versorgungs)genuß angerechnet, sodaß sie die Feststellung, welche Zeiten bei der Bemessung des Überweisungsbetrages zu berücksichtigen sind, nicht beeinflussen können. Trotz dieser Argumente konnte die vorgebrachte Anregung nicht berücksichtigt werden. Die Aufgabe des Grundsatzes, in den Fällen des Überweisungsbetrages erst anläßlich des Eintrittes des Versorgungsfalles zu liquidieren, hätte mit Recht wieder alle Verfechter jener Idee auf den Plan gerufen, die Liquidierung des ganzen Komplexes des BGBl. Nr.177/1948 sofort durchzuführen. Die Gründe, die gegen ein solches Vorgehen sprechen, wurden bereits an anderer Stelle eingehend erörtert.

Zu Abs.7: Die Nach § 6 beziehungsweise nach § 6 und § 7 des Bundesgesetzes BGBl.Nr.177/1948 gebührenden Leistungen sind auf das 1.3 fache des im Monat Dezember 1960 gebührenden Betrages zu erhöhen. Von einer Neubemessung nach den Bestimmungen der 8. Novelle wurde abgesehen. Die dem Dienstgeber gebührende Leistung war nämlich nach den vor dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz geltenden Vorschriften festzustellen gewesen, während die dem Dienstnehmer gebührende Leistung nach dem Leistungsrecht festzustellen war, das im Zeitpunkt des Rentenanfalles (Stichtages) in Geltung gestanden ist. Bei Anwendung der Vorschriften der 8.Novelle wäre es daher notwendig gewesen, jeweils zwei Berechnungen

durchzuführen. Da die auf Grund der 8. Novelle erfolgte Erhöhung im Durchschnitt 30 v.H. beträgt, wurde aus verwaltungstechnischen Gründen dieser fixe Prozentsatz für die Aufwertung gewählt. Bei der dem Dienstgeber gebührenden Leistung wird der für Dezember 1960 ausgezahlte Betrag um 30 v.H. erhöht, während bei der dem Dienstnehmer gebührenden Leistung die im Dezember 1960 angewendeten Ruhensbestimmungen bei der Erhöhung außer Betracht zu lassen sind. Diese scheinbar unterschiedliche Behandlung gründet sich darauf, daß bei der dem Dienstgeber gebührenden Rente kein Ruhen nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz eintreten konnte, bei der dem Dienstnehmer gebührenden Rente jedoch die Ruhensvorschriften des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes anzuwenden waren. Die Begünstigung der früheren Auszahlung des vollen Mehrbetrages für die Geburtsjahrgänge 1876 und früher beziehungsweise für den Geburtsjahrgang 1877 gilt auch für den Dienstgeber.

Zu Abs.9: Wie bereits in den allgemeinen Ausführungen betont, sollen sich die Vorschriften des Bundesgesetzes BGBl.Nr.177/1948 noch bis 1. Jänner 1962 auswirken. Treten die Voraussetzungen noch vor diesem Zeitpunkt ein, sind Leistungen so festzustellen, als ob die §§ 6 und 7 des Bundesgesetzes BGBl.Nr.177/1948 noch gelten würden. Die so ermittelten Leistungen sind wie die nach §§ 6 und 7 des Bundesgesetzes BGBl.Nr.177/1948 laufenden Leistungen um 30 v.H. zu erhöhen. Diese Leistungen werden mit dem vollen Mehrbetrag ausgezahlt, genau so wie die Leistungen aus der Pensions(Renten)versicherung, für die der Stichtag nach dem 31. Dezember 1960 liegt.

Zu Abs.10: Mit Absicht wurde der Ausdruck "Rente" vermieden, weil nur die dem Rentner (seinen Hinterbliebenen) zustehende "Dienstnehmerrente" vom Ruhen erfaßt werden soll. Bei der vorgesehenen Konstruktion ist es auch ohne Belang, ob die "Dienstnehmerrente" überhaupt einen "Grundbetrag" enthält; ihr halber Wert gilt jedenfalls bei Anwendung der §§ 94 und 95 als ruhensfähiger Grundbetrag. In den Jahren 1961 und 1962 wird in den Fällen, in denen nicht bereits der volle Mehrbetrag gebührt, der Grundbetrag nicht von der

fiktiv neu bemessenen Leistung, sondern von der Leistung zu errechnen sein, auf die der Rentner beziehungsweise seine Hinterbliebenen tatsächlich Anspruch haben.

Zu Abs.11: Die Anwendung des § 310 bedeutet nicht nur, daß in den normalen Fällen, in denen der Versorgungsfall gleichzeitig mit dem Versicherungsfall eintritt, mit der Zahlung des Überweisungsbetrages und der Erstattung der Beiträge alle Ansprüche und Berechtigungen aus der Pensionsversicherung erlöschen. Über § 310 ist nämlich auch § 100 anzuwenden: Nach § 100 Abs.1 lit.c zweiter Halbsatz gebühren die Rente und allfällige Zuschüsse noch für den Monat, der dem Einlangen des Antrages gemäß § 308 Abs.1 (hier natürlich: § 529 Abs.4) folgt. Wenn in den Fällen des § 308 auch zu erwarten ist, daß der Antrag auf Leistung des Überweisungsbetrages erst einige Zeit nach der Aufnahme in das pensionsversicherungsfreie Dienstverhältnis gestellt wird und damit eine Rente über die Pragmatisierung hinaus weiter zu gewähren ist, so braucht dies in den Fällen des § 529 kaum befürchtet zu werden. Bezieht ein Beamter eine Alters- oder Berufsunfähigkeits(Invaliditäts)-rente ohne bereits in den Ruhestand getreten zu sein, so ist wohl anzunehmen, daß der Dienstge-

ber unverzüglich anläßlich des Eintrittes des Versorgungsfalles die Anrechnung der Vordienstzeiten für den Ruhe(Versorgungs)genuß vornimmt und den Antrag auf Leistung des Überweisungsbetrages stellt, um möglichst bald in die Lage versetzt zu werden, den Ruhe(Versorgungs)genuß im gebührenden Ausmaß auszahlen zu können. Aus diesen Überlegungen heraus erschien es nicht erforderlich, für den Überweisungsbetrag nach § 529 die Bestimmungen des § 100 in dem Sinne zu modifizieren, daß eine Rente und allfällige Zuschüsse bereits mit Eintritt des Versorgungsfalles erlöschen.

Zu Abs.12: Durch die Aufnahme des Abs.12 soll erreicht werden, daß der Überweisungsbetrag auch für jene Dienstnehmer geleistet wird, die am 12. März 1938 Angehörige des Dienststandes waren, aber nach dem 9. April 1945 nicht auf einen Dienstposten des Dienststandes übernommen, sondern in den Ruhestand versetzt worden sind. Das gleiche gilt für solche Personen, die nach dem 9. April 1945 vor ihrer Übernahme in den Dienststand oder ihrer Versetzung in den Ruhestand verstorben sind.

Zu Z.70/§ 529a: Bei der Stadtgemeinde Graz bestand in der Zeit vom 1. September 1938 bis zum 31. Dezem-

ber 1943 ein besonderes Zweckvermögen der Stadtgemeinde ohne eigene Rechtspersönlichkeit unter der Bezeichnung "Arbeiter-Kranken- und Renteninstitut der Stadtgemeinde Graz", dessen Aufgabe die Erbringung von Leistungen der Krankenfürsorge, Unfallfürsorge, Invaliditäts-, Alters- und Hinterbliebenenfürsorge an bestimmte Gruppen von Dienstnehmern der Stadtgemeinde Graz war. Diese Dienstnehmer waren für die Dauer ihrer Mitgliedschaft bei dem genannten Institut von der gesetzlichen Invalidenversicherung gemäß § 1234 RVO. befreit. Durch Verfügung des Oberbürgermeisters der Stadt Graz vom 2. November 1943 wurde das Institut mit dem 31. Dezember 1943 aufgelöst, wodurch die Befreiung der Dienstnehmer von der gesetzlichen Invalidenversicherung erloschen war. Mit Erlaß vom 20. November 1943, Zl.II-2611/43-667, hat das ehemalige Reichsversicherungsamt auf Grund der Ermächtigung des Reichsarbeitsministers gemäß § 48 der Einführungsverordnung "Überleitungsbestimmungen vom "Arbeiter-Kranken- und Renteninstitut der Stadtgemeinde Graz" in die Rentenversicherung nach der Reichsversicherungsordnung" erlassen.

Diese gemäß § 1 Abs.1 SV-ÜG. 1953 als vorläufiges österreichisches Recht in Geltung ge-

standenen Vorschriften sind mit dem Wirksamkeitsbeginn des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes außer Kraft getreten (§ 543 Abs.2). Es erweist sich daher als notwendig, für die nach dem Wirksamwerden des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes eintretenden Versicherungsfälle eine Regelung zu treffen, in welcher Weise die Zeiten der Mitgliedschaft zu dem genannten Institut, die in der gesetzlichen Invalidenversicherung versicherungsfrei waren, zu berücksichtigen sind. In Anlehnung an die Regelung der früheren Rechte, durch die diese Zeiten eine den Beitragszeiten zur gesetzlichen Invalidenversicherung ähnliche Behandlung erfuhren, werden diese Zeiten den Beitragszeiten aus der Zeit vor dem Wirksamwerden des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes gleichgestellt. Da diese Zeiten der Mitgliedschaft zu dem genannten Institut somit zu anrechenbaren Versicherungszeiten werden, wird für sie im Falle der Leistung eines Überweisungsbetrages gemäß § 308 ASVG. dieser mit dem für Beitragsmonate geltenden Hundertsatz (7 v.H. der Bemessungsgrundlage) zu berechnen sein. Da der Kreis der Personen, die durch die neu aufgenommene Bestimmung berührt werden, keinen Zuwachs, sondern eine stetige Verminderung erfährt, wurde die getroffene Re-

gelung nicht in das Dauerrecht des Vierten Teiles des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (§ 226), sondern als Übergangsbestimmung in den Zehnten Teil des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes aufgenommen.

Zu Z.71 bis 73/§§ 530, 535 und 536: Diese Bestimmungen sind teilweise durch das Außerkrafttreten der in ihnen bezogenen Vorschriften, teils durch Zeitablauf gegenstandslos geworden. Sie werden daher aus den zu § 524 dargelegten Erwägungen aufgehoben.

Zu Z.75/Anlage 1: Die hier vorgesehene Änderung der Anlage I zum ASVG. - Liste der Berufskrankheiten (§ 177 ASVG.) - in der lfd. Nr. 1 und 3 erfolgt auf Grund einer Empfehlung des Sachverständigenausschusses des Internationalen Arbeitsamtes. Eine Änderung der Praxis der Träger der Unfallversicherung tritt hiedurch nicht ein , weil sie bei der Anwendung dieser Bestimmungen im Sinne des Abkommens Nr. 42 über die Entschädigung bei Berufskrankheiten zwischen Legierungen und Verbindungen schon bisher keinen Unterschied gemacht haben.

Durch den bisherigen Wortlaut der lfd. Nr. 16 der Anlage 1 zum ASVG. ist jener Personenkreis unter Versicherungsschutz gestellt, welcher der Einwirkung von Röntgenstrahlen bzw. Strahlen radioaktiver Stoffe ausgesetzt ist. Mit dieser Formulierung konnte bisher das Auslangen gefunden werden. Im Hinblick auf die fortschreitende Entwicklung auf dem Gebiete der Atomphysik können in naher Zukunft Versicherte auch der Einwirkung anderer

ionisierender Strahlen, wie Neutronen, Protonen oder schwerer Rückstoßkerne, die im Reaktorbetrieb bei Teilchenbeschleunigern und Kernreaktionen auftreten, ausgesetzt sein. Erkrankungen durch Strahlen der genannten Art haben aber bisher in der Liste der Berufskrankheiten keine Berücksichtigung gefunden. Es ist daher notwendig, den Wortlaut der lfd. Nr. 16 entsprechend abzuändern.

Die Änderung der lfd. Nr. 17 geht auf eine Feststellung des Sachverständigenausschusses des Internationalen Arbeitsamtes bei seiner 28. Tagung in Genf im März 1958 über die Anwendung der Übereinkommen und Empfehlungen zurück. Er vertrat dabei die Ansicht, daß der Ausdruck "ähnliche Stoffe" nicht hinreichend weit ausgelegt werden könnte, um auch Mineralöle und Erdpech, wie sie das Übereinkommen Nr. 42 über die Entschädigung bei Berufskrankheiten ausdrücklich aufzählt, zu umfassen.

Die Änderung der lfd.Nr. 33 geht auf eine von der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt veranstaltete Enquete über

berufliche Lärmschwerhörigkeit zurück. Dabei konnte festgestellt werden, daß berufliche Lärmschwerhörigkeit auch in Betrieben auftritt, die nicht unter der lfd. Nr. 33 in der Spalte 3 aufgezählt sind. Darüber hinaus führt die derzeitige Formulierung der lfd. Nr. 33 dazu, daß eine berufliche Lärmschwerhörigkeit erst dann anerkannt werden kann, wenn sie bereits zu einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von etwa 40 - 50 % geführt hat. Durch die im Entwurf bei der lfd. Nr. 33 vorgesehenen Änderungen sowohl hinsichtlich der Umschreibung der Berufskrankheit als auch hinsichtlich der Abgrenzung der Unternehmen soll diesen Erkenntnissen Rechnung getragen werden.

Zu Z.76/Anlage 9 bis 11:

Die Verrichtung von wesentlich bergmännischen Arbeiten (wobei es sich nach der bisherigen Fassung des § 236 Abs.3 ASVG. um Arbeiten handelt, die infolge der Natur des Bergbaues mit besonderen Gefahren für die Gesundheit verknüpft sind oder eine vorzeitige Abnutzung der Arbeitskraft zur Folge haben), war schon vor dem Wirksamkeitsbeginn des ASVG.

leistungsrechtlich von Belang. Die in der Anlage 9 zum ASVG. aufgestellte Liste hat jedoch - zum Unterschied von der nachfolgenden Anlage 10 zu § 281 dieses Gesetzes keinen Vorläufer, der mit Gesetzeskraft ausgestattet gewesen wäre. Allerdings waren von einem früheren Träger der knappschaftlichen Rentenversicherung in einem sogenannten Rahmenkatalog an die 200 konkret benannte Tätigkeiten verzeichnet worden, die aus vieljähriger Verwaltungsausübung und Spruchpraxis als wesentlich bergmännische Arbeiten anerkannt waren. Diese große Zahl war hauptsächlich durch die revierweise unterschiedlichen Gewinnungs-und Bringungsmethoden, aber auch durch die oft unterschiedliche Bezeichnungsweise für an sich gleichartige Tätigkeiten bedingt. Ohne Schmälerung des bisher bestandenen Umfanges sind in der neuen Anlage 9 die nach Betriebspunkten artverwandten Tätigkeiten in 5 Gruppen (Z.1 bis Z.5) zusammengefaßt und damit in wesentlich einfacherer Art als bisher wiedergegeben worden. Zu der schon bisher einer wesentlich bergmännischen Arbeit gleichgestellten Tätigkeit des Anschlägers

im Hauptförderungsschacht übertage (Z.6) tritt nun neu die Tätigkeit der Hauer im engeren Sinne im Braunkohlentagbau als weitere Gruppe der gleichgestellten Arbeiten hinzu (Z.7).

Als authentischer Vorläufer der Liste in Anlage 10 zum ASVG., und zwar zu § 281 dieses Gesetzes können die vor dem Wirksamkeitsbeginn des ASVG. geltenden Durchführungsbestimmungen zum knappschaftlichen Leistungszuschlag angesehen werden, jedoch nur hinsichtlich der Abschnitte, die sich mit der Aufzählung der eigentlichen Hauerarbeiten (der Hauerarbeiten im engeren Sinne) befassen. Diese Abschnitte sind nun textlich in die Hauptgruppe A (Grubenbetriebe) und B (Tagbaubetriebe in Gebirgslagen) zusammengefaßt und in der weiteren Unterteilung auf die im österreichischen Bergbau praktisch vorkommenden einschlägigen Tätigkeiten abgestellt worden. Dabei ist bewußt an die Stelle der bisherigen Bezeichnung "hochalpiner Bergbau übertage" der Begriff "Tagbaubetrieb in Gebirgslagen" gewählt worden, weil die seit jeher und vor allem in Betracht kommenden Erz-und

Magnesitbergbaue sich in einer Seehöhe von 1500 bis 2000 m befinden, die noch nicht als "hochalpin" bezeichnet werden kann.

Hinsichtlich der neu angefügten Anlage 11 wird auf die Begründung zu § 529 Abs.2 verwiesen.

Zu Artikel VI.

Die Übergangsbestimmungen der Abs.1 bis 5 tragen dem Umstand Rechnung, daß die Bestimmungen des Art.I gewisse Änderungen im Kreis der Versicherungspflichtigen und Versicherungsberechtigten herbeiführen werden. Personen, die bisher der Versicherungspflicht nicht unterlagen, werden versicherungspflichtig werden. Umgekehrt werden aber auch Personen, die bisher der Pflichtversicherung unterlegen sind, in Hinkunft nicht mehr pflichtversichert sein. In beiden Fällen sind Übergangsbestimmungen notwendig, um Härten beim Übergang zum neuen Recht nach Möglichkeit zu vermeiden. Die neuen Bestimmungen über die Weiterversicherung in der Kranken- und Pensionsversicherung sollen auch Personen zugute kommen, die die derzeit geltenden Voraussetzungen für eine Weiterversicherung nicht erfüllen, wohl aber nach der beantragten Fassung der einschlägigen Bestimmungen eine einmal bestandene Pflichtversicherung oder Weiterversicherung fortsetzen können. Sie werden die Möglichkeit haben, das Recht auf Weiterversicherung in der Krankenversicherung bis Ende Februar 1962 beziehungsweise das Recht auf Weiterversicherung in der Pensionsversicherung bis Ende Juni 1962 geltend zu machen. Die Weiterversicherung soll auf alle Fälle ab 1.Jänner 1962 beginnen.

Eine Übergangsbestimmung war auch im Hinblick auf die Änderung der Endigungsgründe einer Weiterversicherung in der Pensionsversicherung notwendig. Während die Weiterversicherung nach geltendem Recht unter anderem endet, wenn die Beiträge für mehr als 24 aufeinanderfolgende Monate rückständig sind, wird nach § 17 Abs.7 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes in der Fassung des Antrages die Weiterversicherung unter anderem enden, wenn die Beiträge für mehr als sechs aufeinanderfolgende Monate nicht entrichtet sind. Personen, die am 31.Dezember 1961, obwohl sie bis zu 24 Monaten Beiträge schuldig sind, noch als weiterversichert gelten, sollen wegen der Änderung der Rechtslage nicht aus der Versicherung ausscheiden müssen. Sie werden auch im Jänner 1962 als weiterversichert gelten, wenn sie bis spätestens Ende Juni 1962 den Jänner-Beitrag entrichten. Ob die für die Zeit vor dem 1.Jänner 1962 fällig gewordenen Beiträge - es kann sich hiebei höchstens um die Beiträge für die 24 Kalendermonate der Jahre 1960 und 1961 handeln - entrichtet werden, bleibt dem Versicherten überlassen.

Die Übergangsbestimmung zu § 66 (Art.VI Abs.6) trägt der Änderung im Charakter des Rechtsmittels gegen den Sicherstellungsauftrag Rechnung. Dadurch, daß die am 1.Jänner 1962 anhängigen Berufungen von diesem Zeitpunkt an als Einsprüche gelten, werden sie kraft Gesetzes ihre aufschiebende Wirkung verlieren.

Die Mindestbeitragsgrundlage für die Weiterversicherung in der Kranken- und Pensionsversicherung beträgt bereits seit 1.Jänner 1961 10 Schilling. Art.IV Abs.1 der 8.Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz, BGBl.Nr.294/1960, hat jedoch bestimmt, daß die Mindestbeitragsgrundlage in dieser Höhe nur anzuwenden ist, wenn der Beginn der Weiterversicherung nach dem 31.Dezember 1960 liegt. Diese Übergangsbestimmung wurde im Abs.7 neuerlich aufgenommen, um auszuschließen, daß auf Grund der Neufassung des § 76 Abs.2 durch Art.I Z.36 lit.b des Antrages die Meinung entstehen könnte, die vorzitierte Übergangsbestimmung der 8.Novelle sei obsolet geworden.

Die Übergangsbestimmung im Abs.8 läuft faktisch auf eine gewisse Rückwirkung dieser Änderung hinaus, die im Hinblick auf den berechtigten Personenkreis sozialpolitisch notwendig scheint.

Die Neufassung des § 139 Abs.5 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes bewirkt, daß auch in jenen Fällen, in denen die Arbeitsunfähigkeit die Folge eines Arbeitsunfalles oder einer Berufskrankheit ist, das Krankengeld bis zur satzungsmäßigen Höchstdauer von 52 Wochen gewährt wird. Das gleiche gilt auch für die Anstaltspflege auf Rechnung eines Krankenversicherungsträgers. Diese sozialpolitische sehr bedeutsame Änderung soll auch für alle Fälle gelten, in denen der Kranken-

geldanspruch am Tage vor Inkrafttreten dieses Bundesgesetzes noch nicht erschöpft war beziehungsweise in denen an diesem Tage Anstaltspflege gewährt wurde.

Die Absätze 10 bis 13 sind Übergangsbestimmungen zum Art.II dieses Gesetzes, der die Änderungen des Zweiten Teiles des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes über die Leistungen der Krankenversicherung beinhaltet. Sie laufen darauf hinaus, einzelne Änderungen, die ohne besondere Anordnung nur dann gelten würden, wenn der Versicherungsfall nach dem 31.Dezember 1961 eintritt, auch für die laufenden Fälle anwendbar zu erklären. Dies soll insbesondere für die Verbesserungen im Bereiche der Mutterschaftsleistungen gelten.

Eine ähnliche Rückwirkung wie für einzelne Bestimmungen der Krankenversicherung soll durch die Absätze 14 und 15 auch für einzelne Bestimmungen der Unfallversicherung bewirkt werden.

Die "Besondere Bemessungsgrundlage für Personen unter 30 Jahren", die Änderungen im § 181 über die "Bemessungsgrundlage nach festen Beträgen" und die Bestimmungen des neu eingefügten § 181a sollen nach Abs.14 des Art.VI dieses Bundesgesetzes ab 1.Jänner 1962 auch für alle schon laufenden Leistungen gelten, wenn sich daraus eine Erhöhung der Leistung ergibt und ein bezüglicher Antrag bis Ende 1962 eingebracht wird. Die im Abs.15 der Übergangsbestimmungen angeführten Bestimmungen des Art.III sollen gleichfalls für alle laufenden Fälle ab 1.Jänner 1962 gelten.

Sehr eingehend haben sich die Antragsteller mit der Frage auseinandergesetzt, ob die Änderungen im Bereiche der Pensionsversicherung nur für Versicherungsfälle gelten sollen, in denen der Stichtag nach dem 31.Dezember 1961 liegt oder ob die geänderten Vorschriften auch auf alle alten Versicherungsfälle angewendet werden sollen. Letzteres würde bedeuten, daß etwa auch die neuen Vorschriften der §§ 238 und 244 über die Bemessungsgrundlage auf alte Fälle angewendet werden müßten. Die Versicherungsträger hätten dann neuerlich die schon auf Grund

der 8. Novelle individuell umgerechneten Fälle neuerlich umzurechnen, ohne daß daraus im Ganzen gesehen wesentliche Verschiebungen im Rentenaufwand resultieren würden. Die administrative Belastung der Versicherungsträger aus einer solchen neuerlichen Aufrollung aller alten Fälle stünde in keinem Verhältnis zum Ergebnis, das man aus einer solchen Maßnahme im allgemeinen erwarten könnte. Die Durcharbeitung der alten Fälle würde mindestens ein Jahr in Anspruch nehmen, zumal den Versicherungsträgern auch aus den sonstigen Änderungen, insbesondere aus den Änderungen im Bereiche des Ausgleichszulagenrechtes, große administrative Mehrarbeit erwachsen wird. Unter einer solchen Mehrbelastung würde aber auch die Bearbeitung der neuen Anträge empfindlich leiden. Die Antragsteller sind daher zu der Meinung gekommen, daß die geänderten leistungsrechtlichen Bestimmungen nicht generell auch auf die alten Fälle angewendet werden sollen. Nur jene Änderungen, die im Einzelfall tatsächlich zu einer merklichen Besserstellung führen können, sollen auch für Versicherungsfälle gelten, die vor dem 1.Jänner 1962 eingetreten sind. Hiebei war zu unterscheiden zwischen Änderungen, die zu einer Erhöhung schon laufender Ansprüche führen können und solchen Änderungen, durch die erst Ansprüche neu begründet werden. Praktisch ist eine Rückwirkung in Aussicht genommen für die Bestimmungen des § 235 Abs.3

lit.b, § 237 Abs.2, § 252 Abs.2 Z.2, § 258 Abs.2 Z.1, § 261 Abs.4, § 284 Abs.4, § 285 Abs.4, § 269 Abs.1 Z.2 und § 529a. Mit Ausnahme der Leistungsverbesserungen, die aus der Änderung der §§ 261 Abs.4, 284 Abs.4 und 285 Abs.4 (Art.IV Z.29, 37 lit.b und 38 lit.a) resultieren, werden alle die genannten Änderungen ab 1.Jänner 1962 wirksam werden, wenn dies bis Ende 1962 beantragt wird. Wird der Antrag erst später eingebracht, wird die erhöhte Leistung ab dem der Antragstellung folgenden Monatsersten gebühren. Die vorgenannten drei Bestimmungen - es handelt sich hier darum, daß der Grundbetragszuschlag bis zu 10 v.H. beziehungsweise bis zu 5 v.H. zu allen Direktrenten, also auch zu Altersrenten, gebührt - werden aus administrativen Gründen von Amts wegen ab 1.Jänner 1962 auf alle in Betracht kommenden Leistungsansprüche angewendet werden. Es bedarf also in diesen Fällen keiner besonderen Antragstellung der Rentenberechtigten.

Durch Abs.18 sollen nachträgliche Beitragsentrichtungen, die während der bisherigen Geltungsdauer des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes für Vor-ASVG.-Zeiten geleistet wurden, rechtlich untermauert werden.

Die Übergangsvorschrift des Abs.19 steht mit der Änderung der Bestimmungen über den Anspruch auf Familiengeld in der Pensionsversicherung im Zusammenhang. Es wird dadurch erreicht, daß Familiengeld unter den sich nach § 302 in der Fassung des Antrages ergebenden

Voraussetzungen und in der sich aus der erwähnten Bestimmung ergebenden Höhe auch in schon laufenden Fällen ab 1.Jänner 1962 gewährt werden kann. Die Schutzbestimmung des Abs.19 zweiter Satz war deshalb notwendig, weil in einigen Fällen, in denen bisher Familiengeld gebührt hat, dieses Familiengeld nach § 302 beziehungsweise § 152 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes ab 1.Jänner 1962 nicht mehr gebühren wird. Es sind dies im wesentlichen jene Fälle, in denen der (die) Angehörige eine selbständige Erwerbstätigkeit ausübt, aus der ein Einkommen von mehr als 680 S erzielt wird.

Abs.20 entspricht der Übergangsbestimmung des § 524 des Stammgesetzes und war im Hinblick auf die Änderung des Begriffes der Invalidität notwendig.

Die Absätze 21 und 22 beinhalten Übergangsbestimmungen, die im Hinblick auf die Erweiterung des Berufungsrechtes, die Möglichkeit auch gegen die Ablehnung des Antrages auf Bewilligung des Armenrechtes einen Rekurs einzubringen und die Einführung einer Frist für die Einbringung des Antrages auf Zuerkennung der aufschiebenden Wirkung notwendig geworden sind.

Die Bestimmung des § 485a, die im Bereiche der Bundesangestelltenkrankenversicherung einen gewissen Ersatz für die fehlende Unfallversicherung schaffen soll, muß um den ihr zukommenden sozialpolitischen Zweck zu erfüllen, auch für alle alten Fälle anwendbar erklärt werden.

Das gleiche gilt für § 502 Abs.1 in der Fassung des Antrages und für die Änderungen des § 522. Hier wird allerdings eine Erhöhung des Leistungsanspruches beziehungsweise der Leistungsanspruch selbst ab 1.Jänner 1952 nur gebühren, wenn der Antrag bis Ende 1962 eingebracht wird.

Die Übergangsvorschrift des Abs.27 stellt sicher, daß die Änderungen in der Anlage 1 (Liste der Berufskrankheiten) mit einer gewissen Rückwirkung ausgestattet werden. Das neue Leistungsrecht über Berufskrankheiten wird auch auf alte Versicherungsfälle, soferne sie nach dem 31.Dezember 1955 eingetreten sind, angewendet werden können, wenn der Antrag bis zum Ende des Jahres 1962 gestellt wird.

Zu Artikel VII.

Mit Inkrafttreten des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes erhielt die Allgemeine Invalidenversicherungsanstalt die Bezeichnung Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter und die Angestelltenversicherungsanstalt die Bezeichnung Pensionsversicherungsanstalt der Angestellten. Seither ist aus dem Kreise der Rentner immer wieder der Wunsch laut geworden, daß entsprechend der Änderung der

Bezeichnung der Versicherungsträger auch die laufenden Leistungen aus der Pensionsversicherung nicht mehr als Renten, sondern als Pensionen bezeichnet werden sollten. Diesem Wunsch tragen die Antragsteller im Abs.1 Rechnung, wobei sie die Meinung vertreten, daß dem Wunsche umso größere Berechtigung zukommt, als die Leistungen aus der Pensionsversicherung, insbesondere seit Durchführung der 8.Novelle, in ihrem Ausmaß tatsächlich weitgehend dem entsprechen, was herkömmlicherweise als Pension bezeichnet wird. Die Bezieher der laufenden Leistungen aus der Pensionsversicherung sollen in Hinkunft als Pensionisten bezeichnet werden.

Die Durchführung der entsprechenden Gesetzesänderungen - der Ausdruck "Rente" beziehungsweise "Rentner" kommt an sehr vielen Stellen des Gesetzes vor - wird auf Grund der in Rede stehenden Bestimmung anläßlich der Wiederverlautbarung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes vorgenommen werden können.

Durch die Aufhebung des Art.V Abs.3 der 8.Novelle, BGBl.Nr.294/1960, wird bewirkt, daß der nach § 73 Abs.5 von jeder zur Auszahlung gelangenden Rente und Rentensonderzahlung - mit Ausnahme der Waisenrenten - einzubehebende Betrag ab 1.Jänner 1962 mindestens 6,80 S beträgt. Dieser Mindestbetrag hat bisher schon für alle jene Fälle gegolten, in denen der Stichtag nach dem 31.Dezember 1960 gelegen ist. Die Vereinheitlichung des Mindesteinbehaltes wird vor allem aus administrativen Überlegungen beantragt.

Die finanzielle Mehrbelastung kann dem einzelnen Rentner wohl zugemutet werden, zumal gerade bei den kleinsten Rentnern die an sich geringfügige Erhöhung des Mindesteinbehaltes mit einer Richtsatzerhöhung zusammentrifft.

Die Schutzbestimmung des Abs.3 steht damit im Zusammenhang, daß bei der Neufeststellung von Renten, die nach den Bestimmungen der 8.Novelle neu berechnet wurden, bisher nicht auf das Gesamteinkommen anzurechnende Beträge -es handelt sich hier vor allem um die im § 292 Abs.2 lit.i und des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes genannten Beträge - untergegangen sind. Daraus resultiert, daß es trotz einer faktischen Minderung des Gesamteinkommens auch noch zu einer Minderung der Ausgleichszulage kommen kann. Solche Auswirkungen sind unverständlich und sollen durch die gegenständliche Schutzbestimmung vermieden werden. Da derartige Fälle schon auf Grund der Umrechnung von Renten auf Grund der 8.Novelle vorgekommen sind, muß die Schutzbestimmung rückwirkend mit 1.Jänner 1961 in Wirksamkeit gesetzt werden (Art.VIII Abs.2 lit.c).

Im Abs.4 wird angeordnet, daß die auf Grund des Art.IV Z.41 und 42 dieses Bundesgesetzes gebührende Ausgleichszulage von Amts wegen festzustellen ist. In diesem Zusammenhang muß jedoch betont werden, daß die sich aus Art.IV Z.41 ergebende Erhöhung der Ausgleichszulage nicht als Neufeststellung im Sinne des § 296 der Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes gilt.

Der vorliegende Antrag beinhaltet zwei Sanierungsmaßnahmen für die Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen, soweit sie die Krankenversicherung nach den Bestimmungen des Bundesangestelltenkrankenversicherungsgesetzes 1937 durchführt. Die Höchstbemessungsgrundlage für den Krankenversicherungsbeitrag wird von 3.000 auf 3.600 S erhöht. Der Hauptversammlung der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen wird die Möglichkeit gegeben, den Beitragssatz, der derzeit höchstens 4,8 v.H. betragen darf, bis auf maximal 5,1 v.H. zu erhöhen. Die Interessenvertretung der Versicherten und der Dienstgeber haben einer Erhöhung des Beitragssatzes, der derzeit mit 4,8 v.H. festgesetzt ist, auf 5,1 v.H. bereits zugestimmt. Um die Sanierungsmaßnahme zum frühestmöglichen Zeitpunkt wirksam werden zu lassen, wird die Erhöhung des Beitragssatzes von 4,8 v.H. auf 5,1 v.H. von Gesetzes wegen verfügt.

Die Schlußbestimmungen in den Abs.7 und 8 tragen den besonderen Verhältnissen im Bereiche der Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues Rechnung und stellen gewisse Korrekturen der 8.Novelle für den Bereich dieser Versicherung dar.

Durch Abs.9 wird schließlich die Amtsdauer der Verwaltungskörper der Landwirtschaftskrankenkasse für das Burgenland, die bereits Ende 1962 ablaufen würde, um ein Jahr verlängert. Damit wird eine Neubestellung der Verwaltungskörper bei diesem Versicherungsträger erst dann erfolgen müssen, wenn auch bei allen anderen nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz eingerichteten Versicherungsträgern die Neubestellung wegen Ablaufes der Amtsdauer vorzunehmen sein wird.