

Universitäts- und Landesbibliothek Tirol

Grundriß des österreichischen Sozialrechtes

Lederer, Max

Wien, 1932

V. Teil. Sozialversicherung

V. Teil.

Sozialversicherung.

Erstes Kapitel.

Allgemeines.

§ 76. Wesen und Ziele der Sozialversicherung.

Unter Sozialversicherung versteht man jene auf gesetzlichem Zwang¹⁾ beruhende Einrichtung, welche dazu bestimmt ist, die den Arbeitnehmern in ihrer wirtschaftlichen Laufbahn erwachsenden Schäden zu decken oder zu mildern. Dies erfolgt durch eine auf organisierte Selbsthilfe gegründete öffentlich-rechtliche Versicherung, welche die Einbußen, die der einzelne an Gesundheit, Körperkraft oder Arbeitseinkommen erleidet, auf die Gesamtheit der Versicherten übernimmt und somit die von gleichen oder ähnlichen Gefahren Bedrohten zu einer großen Riskengemeinschaft vereinigt. Die hier in Frage kommenden Versicherungsfälle²⁾ entstehen entweder durch Beeinträchtigung oder durch das gänzliche Aufhören der Arbeitsfähigkeit; sie lassen sich auf verschiedene Ursachen, namentlich auf Krankheit, Unfall, Alter, Invalidität oder Erwerbslosigkeit zurückführen. Beim Eintritt solcher Notstände sucht nun die Sozialversicherung mittels ihrer Geld- und Sachleistungen³⁾ dem Versicherten die jeweils erforderliche Hilfe zu bringen. Hiedurch soll verhindert werden, daß diese im Leben der meisten Arbeitnehmer unvermeidlichen Schädigungen zur Quelle ihrer wirtschaftlichen Vernichtung werden.

1) Erst dieser staatliche Zwang verleiht der Sozialversicherung ihre Eigenart und unterscheidet sie von sonstigen, auf Gegenseitigkeit beruhenden Versicherungseinrichtungen, wie z. B. der durch private Gesellschaften betriebenen Volksversicherung oder den auf freiwilliger Grundlage entstandenen Versicherungsvereinen. Vgl. hierüber auch die Ausführungen von Manes in dessen Werk: »Sozialversicherung«, 6. Auflage, Berlin, 1928, S. 5 ff.

2) Unter »Versicherungsfall« versteht man den Tatbestand, der für das Entstehen eines konkreten Entschädigungsanspruches erforderlich ist. Vor Eintritt des Versicherungsfalles kann somit nur von »Anwartschaften« gesprochen werden, die gewissermaßen den Vorläufer zu dem erst später existent werdenden Anspruch bilden.

3) Die schematisch aufgebauten Geldleistungen der Sozialversicherung zielen darauf ab, dem Versicherten den durch das schädigende Ereignis eintretenden Ausfall an Arbeitseinkommen zu ersetzen, wie z. B. durch Gewährung von Krankengeld, Unfalls- oder Invalidenrente. Die Sachleistungen hingegen dienen der Wiederherstellung geminderter Gesundheit oder Körperkraft, indem sie durch Beistellung von ärztlicher Hilfe, Heilmitteln, Anstaltspflege, Körperersatzstücken u. dgl. den Bedürfnissen des einzelnen Notstandes gerecht zu werden suchen.

Die Rechtsidee, welche der Sozialversicherung zugrunde liegt, entfaltet sich nach drei verschiedenen Richtungen hin. Einmal will die Sozialversicherung die allerhand Wechselfällen ausgesetzte und daher unsichere Existenz des Arbeiters oder Angestellten durch die von ihr erbrachten Leistungen wirtschaftlich festigen. Ferner soll sie mittels der ihr innewohnenden fürsorglichen Tendenzen die Arbeitskraft der Nation vor frühzeitiger Erschöpfung bewahren und somit auf diese Weise auch volkshygienischen und bevölkerungspolitischen Zwecken dienen.¹⁾ Endlich aber erfüllt die Sozialversicherung dadurch, daß sie Arbeitgeber und Arbeitnehmer zwingt, von den bezahlten und empfangenen Lohnsummen einen Teil für spätere Bedarfsfälle bei Seite zu legen, auch eine lohnverteilende Funktion. Sie schafft aus diesen ersparten Lohnquoten eine ausreichende Rücklage für die Tage der Krankheit, des Alters und der Erwerbslosigkeit und wirkt damit ergänzend im Sinne einer richtigen Lohnverteilung,²⁾ die ja nicht bloß auf die augenblicklichen Bedürfnisse des Arbeitnehmers zur Zeit seiner Arbeitsfähigkeit Rücksicht zu nehmen, sondern darüber hinaus auch für seine spätere Zukunft zu sorgen hat. So bedeutet denn die Sozialversicherung eine wichtige Maßnahme zur Sicherung eines gerechten Arbeitslohnes und damit zugleich einen Faktor, der das Arbeitsverhältnis auf das engste berührt.

Tatsächlich lassen sich auch Sozialversicherung und Arbeitsverhältnis voneinander nicht loslösen. Nicht nur, daß jeder Abschluß eines Arbeitsvertrages zugleich den zwangsläufigen Eintritt des Arbeitnehmers in die Versicherung bedeutet, so überschneiden sich beide Rechtskreise auch sonst in mehrfacher Richtung. Befreit doch die Sozialversicherung in mancher Hinsicht den Arbeitgeber von der ihn treffenden Fürsorge- und Haftpflicht,³⁾ deren Auswirkungen auf die Träger der Versicherung übergehen. Es ist daher nur folgerichtig,

1) Diese sozialhygienischen und bevölkerungspolitischen Aufgaben vermag die Sozialversicherung auf zweierlei Weise zu erfüllen, einmal direkt durch ihre an die einzelnen Versicherten zu gewährenden Sachleistungen, dann aber indirekt durch gewisse, dem Schutze des gesamten Versichertenstocks dienende Vorbeugungsmaßnahmen. Bei diesen letzteren kann es sich um die verschiedensten Betätigungsformen handeln. So gehören hieher: die Förderung der Unfallverhütung, die Bekämpfung der Volkskrankheiten (Tuberkulose, Alkoholismus usw.), die körperliche Ertüchtigung der Arbeiterjugend, welche sich durch gesteigerte Widerstandsfähigkeit der nächsten Versicherten-generatiön zu lohnen pflegt, endlich auch allgemeine Leistungen auf den Gebieten des Heilstättenwesens, der Wohnungsfürsorge und der Wohlfahrtspflege. Alle diese Bestrebungen der Sozialversicherungsträger dienen Zwecken der Schadensverhütung, die somit der primären Aufgabe der Sozialversicherung, der Schadensvergütung, ergänzend zur Seite tritt.

2) Diesen Charakter der Sozialversicherung als eines Mittels zur Ergänzung des Lohnes hat bereits Schmoller nachdrücklichst betont. Auch Hitze, der Organisator der christlichen Arbeiterbewegung Deutschlands, bezeichnet in seinen Schriften die Sozialversicherung als Maßnahme zur Sicherung eines gerechten Arbeitslohnes, weil durch sie aus den in den Tagen der Arbeitsfähigkeit verdienten Lohnsummen die zur Bedarfsdeckung in inaktiven Zeiten erforderlichen Beträge beschafft und reserviert werden. Siehe hierüber auch die Ausführungen von Heyde, a. a. O., S. 111.

3) Vgl. hierüber die Darlegungen auf S. 173 ff. und 185 ff.

daß auch die Mittel der Sozialversicherung der Hauptsache nach von beiden Parteien des Arbeitsvertrages aufgebracht werden.¹⁾ Diese durch Beiträge angesammelten Fonds sind gleichsam erstarrter Lohn, der sich aus dem Lohnzuschuß des Arbeitgebers und dem ersparten Lohnanteil des Arbeitnehmers zusammensetzt. Hierzu kommen bei der Alters-, Invaliditäts- und Hinterbliebenenversicherung der Arbeiter noch Zuschüsse aus öffentlichen Mitteln,²⁾ die einen verstärkten Anreiz zu der in der Sozialversicherung gelegenen Sparwirtschaft bieten. So greifen denn hier drei Komponenten ineinander, die sich bis zu einem gewissen Grade auf historisch überkommene Rechtsformen, namentlich auf die deutsch-rechtliche Unterhaltspflicht des Arbeitgebers, die genossenschaftliche Selbsthilfe des Arbeitnehmers und die Fürsorgepflicht der öffentlich-rechtlichen Verbände zurückführen lassen.

Die Anteilnahme der letzteren an den Aufgaben der Sozialversicherung rechtfertigt sich noch durch eine andere Erwägung. Steht diese Art der Versicherung ja doch zur Wohlfahrtspflege in engen Wechselbeziehungen, indem sie durch ihre sozialpolitische Tätigkeit erheblich zur Entlastung der Armenfürsorge beiträgt. Andererseits bedarf die Sozialversicherung auch in ihrem eigenen Bereich mitunter des ergänzenden Eingreifens der Wohlfahrtspflege, weil ihre Leistungen zumeist nur auf den Regelfall abgestellt sind und daher keine so individualisierende Fürsorge bewirken können, als dies manchmal nottut. So spinnen sich denn zwischen beiden wesensverwandten Gebieten mancherlei Fäden, die jedoch darüber nicht hinwegtäuschen dürfen, daß die Sozialversicherung mit ihren feste und klagbare Leistungsansprüche bietenden Normen ausschließlich dem Bereiche des Sozialrechtes und nicht jenem des Fürsorgerechtes³⁾ angehört.

Wie schon ihr Name besagt, stellt die Sozialversicherung eine Einrichtung dar, bei der es sich um die versicherungsmäßige Übernahme ungewisser Zukunftsschäden handelt. Sie muß sich daher der durch das Versicherungsprinzip bedingten Methoden⁴⁾ bedienen und die von ihr eingehobenen Beiträge in ein bestimmtes Verhältnis zu den ihrerseits zu übernehmenden Risiken bringen. Hiebei wird aller-

1) Der Schlüssel, nach dem sich die Beitragslasten zur Sozialversicherung zwischen Arbeitgebern und Versicherten aufteilen, war früher in Österreich bei den einzelnen Versicherungszweigen verschieden. So steuerten die Arbeitnehmer in der Krankenversicherung zwei Drittel, die Arbeitgeber nur ein Drittel bei. In der Unfallversicherung hingegen traf die ganze Beitragslast den Arbeitgeber. In den neuen Sozialversicherungsgesetzen gilt jedoch fast in allen Versicherungszweigen der Grundsatz der Parität, so daß die Beiträge in der Regel gleichteilig von Arbeitgebern und Versicherten aufzubringen sind.

2) Siehe hierüber auch die Ausführungen auf S. 603 ff.

3) Vgl. hinsichtlich der Abgrenzung zwischen Sozialrecht und Fürsorgerecht die Fußnote 1) auf S. 5.

4) Die Sozialversicherung operiert daher vielfach mit dem Begriff der »Wartezeiten«, das sind Zeitspannen, durch welche die regelmäßige Abstattung von Beiträgen erfolgen muß, um rechtliche Anwartschaften des Versicherten, namentlich solche auf Rentenbezug, begründen zu können.

dings nicht so weit gegangen, als dies bei Anwendung rein privatwirtschaftlicher Gesichtspunkte¹⁾ der Fall wäre. Die Sozialversicherung wird vielmehr von der Maxime beherrscht, daß die schwächeren Schultern entlastet und gute mit schlechten Risiken ausgeglichen werden sollen. Sie begnügt sich daher im allgemeinen mit der schematischen Einreihung der Versicherten in Lohnklassen, die sowohl für die Höhe der Beiträge als für die Bemessung der Leistungen bestimmende Bedeutung haben.²⁾ So wirkt der Lohn oder Gehalt, den sich der Einzelne durch seinen Fleiß erwirbt, maßgeblich auf das ihm gebührende Krankengeld, die Alters- oder Unfallrente sowie auch auf die Arbeitslosenunterstützung ein. Die der Sozialversicherung innewohnenden fürsorgerischen Tendenzen lassen jedoch dies Anpassungsprinzip nicht in voller Reinheit zur Geltung gelangen. Dasselbe vermengt sich vielmehr mit einem gewissen genossenschaftlichen Solidarismus, der gerade in der letzten Errungenschaft der modernen Sozialversicherung, der Familienfürsorge,³⁾ zu deutlichem Ausdruck kommt. Hier muß eben einer für alle und alle für einen eintreten, wenn der beabsichtigte Zweck erreicht werden soll.

1) Derartige Gesichtspunkte walten beim Privatversicherungsvertrag ob, wo Prämie und Entschädigung in einem Verhältnis gegenseitiger Bedingtheit zu einander stehen. Die Prämie wird eben nur um der künftigen Entschädigung willen entrichtet. Es handelt sich somit um Leistung und Gegenleistung, die von einander weder wirtschaftlich noch rechtlich getrennt werden können. Daher müssen auch ungünstigere Risiken stets durch höhere Prämien ausgeglichen werden. Bei der Sozialversicherung hingegen sind sowohl ihr rechtlicher Bestand als auch ihre Leistungen von der Zahlung der Beiträge unabhängig. Leistungs- und Beitragspflicht bilden vielmehr zwei von einander getrennte Rechtskreise, von denen der eine die Fürsorge, der andere die Aufbringung der erforderlichen Mittel zum Gegenstande hat. (Vgl. hierüber auch die scharf herausgearbeiteten Begriffsunterschiede bei Kaskel-Sitzler: »Grundriß des sozialen Versicherungsrechts«, Berlin, 1912, S. 33.) Deshalb darf in der Regel die Gewährung der Versicherungsleistung wegen rückständiger Beitragszahlung nicht versagt werden. Aber auch hinsichtlich der Erstellung der Beitragstarife kommen bei der Sozialversicherung eigenartige Gesichtspunkte zur Anwendung. Es werden hier die Beiträge lediglich nach Maßgabe der Arbeitsverdienste festgesetzt, ohne daß das Risiko des Einzelfalles hiebei in Betracht gezogen würde. Nur in der Unfallversicherung kommt es noch vor, daß Betriebe mit besonderer Unfallgefahr mit einem zu Lasten des Betriebsunternehmers gehenden Gefahrenklassenzuschlag belegt werden.

2) Das die Arbeiterversicherung beherrschende Lohnklassensystem kommt jedoch nicht in voller Reinheit zum Durchbruch, da die für die Beitrags- und Bemessungsgrundlagen anrechenbaren Arbeitsverdienste nach oben hin gesetzlich begrenzt sind, so z. B. in der Arbeiterversicherung mit 8·4 S täglich und in der Landarbeiterversicherung mit 6 S täglich. Die über diese Beträge hinausgehenden Arbeitsverdienste bleiben daher bei Ermittlung der Beiträge und bei Bemessung der Versicherungsleistungen außer Betracht. Individueller gestalten sich die Beitrags- und Bemessungsgrundlagen in der Angestelltenversicherung, wo der Monatsgehalt des Dienstnehmers innerhalb der Grenzen von 80 bis 400 S das entscheidende Kriterium bildet.

3) Der durch die neuen Sozialversicherungsgesetze obligatorisch eingeführten Familienversicherung kommt vom volkshygienischen Standpunkt aus größte Bedeutung zu. Sie bewirkt in der Krankenversicherung eine außerordentliche Ausweitung des Versichertenkreises, indem sie den »unmittelbar versicherten« Arbeitnehmern deren nahe Familienangehörige als »mittelbar Versicherte« hinzugesellt.

Die Sozialversicherung, so wie sie sich, von Deutschland ausgehend, nach Österreich und fast allen übrigen europäischen Staaten verbreitete, beruht auf dem Gedanken des Versicherungszwanges, der allein das absolute Durchgreifen dieser der Wohlfahrt weiter Bevölkerungsschichten dienenden Maßnahmen zu sichern vermag. Der Zwang, den der Staat hier zur Anwendung bringt, wirkt sich nach verschiedenen Richtungen aus. Er bestimmt nicht nur den Kreis der in die Versicherung einzubeziehenden Personen,¹⁾ sondern auch die einzelnen Versicherungszweige, ferner die innerhalb derselben zu vollziehenden Versicherungsleistungen, die Versicherungsbeiträge und endlich die Organe, die als Träger der Versicherung zu funktionieren haben. Zu diesen zwangsläufigen Anordnungen gesellen sich mitunter noch fakultative Vorschriften, sei es, daß die Gesetzgebung einem weiteren als dem zunächst erfaßten Personenkreis den freiwilligen Anschluß an die Sozialversicherung gestattet, sei es, daß sie deren Trägern erlaubt, durch statutarische Festsetzungen in einem oder anderem Belange über die gesetzlichen Leistungen hinauszugehen. Hiedurch erhält die ganze Einrichtung eine größere Beweglichkeit, so wie auch auf diese Weise das Prinzip der genossenschaftlichen Autonomie deutlich betont erscheint. Diese letztere spielt überhaupt in der Sozialversicherung eine entscheidende Rolle. Baut sich ja doch diese soziale Institution vorwiegend auf dem Gedanken staatlich organisierter Selbsthilfe²⁾ auf, was zur Folge hat, daß die Verwaltung aller ihrer Einrichtungen freigewählten Vertretern der Arbeitgeber und der Versicherten anvertraut ist.

Dieser in der Sozialversicherung tief eingewurzelte Gedanke der Selbstverwaltung verleiht derselben ein eigenes Gepräge. Er bietet zunächst eine Reihe praktischer Vorteile, indem er durch Heranziehung ehrenamtlich tätiger Kräfte die Administration verbilligt und zugleich die Kontrolle allfälliger Mißbräuche (Simulationen u. dgl.) erleichtert. Weiters ist die Selbstverwaltung auch moralisch von hohem Wert. Das hier den Versicherten in weitgehendem Maße zugestandene Mitbestimmungsrecht³⁾ bringt die ganze Einrichtung ihrem inneren Empfinden näher, da sie wissen, daß es sich dabei um ihre eigene

1) Dieser zwangsläufig erfaßte Versichertenkreis erstreckt sich in der Regel nur auf solche Gruppen arbeitstätiger Menschen, die in wirtschaftlicher und sozialer Abhängigkeit leben und daher des in der Sozialversicherung gelegenen Rückhaltes bedürfen.

2) Es fließen somit hier zwei Ideengänge zusammen, einmal der Gedanke des staatlichen Zwanges, dem die Einrichtung der Sozialversicherung ihr Dasein und ihre Bedeutung verdankt, dann aber die Idee der Selbstverwaltung, welche den Versicherungsträgern im Rahmen ihrer Statuten die Möglichkeit selbständiger Normengebung sowie praktischer Betätigung genossenschaftlichen Solidaritätsempfindens eröffnet.

3) Das Ausmaß dieses Mitbestimmungsrechtes richtet sich in den neuen Sozialversicherungsgesetzen nicht nach der Quote, in der die Beiträge aufgebracht werden. Das Pendel schlägt vielmehr zugunsten der Versicherten aus, denen namentlich in den Verwaltungskörpern der Krankenkassen der entscheidende Einfluß eingeräumt ist.

Sache, um einen ihnen zugehörigen, wertvollen sozialen Besitz handelt. Aber auch die werktätige Anteilnahme der Arbeitgeber an der Verwaltung der Sozialversicherung ist von nicht zu unterschätzender Bedeutung. Bilden sie mitunter auch ein etwas retardierendes Element, das allzu rasch vorwärtsdrängenden Bestrebungen der Versicherten Schranken setzt, so gewährt ihre Mitwirkung doch verstärkte Sicherheiten für eine zweckdienliche Geschäftsführung der Versicherungsträger, namentlich auch für eine vorsichtige Finanzgebarung und für die gute Anlage der Vermögensbestände. Endlich befördert das gemeinsame Zusammenwirken von Vertretern beider sonst so gegensätzlicher Gruppen auf einem neutralen Gebiet das persönliche Kennen- und Verstehenlernen von Arbeitgebern und Arbeitnehmern, die sich hier nicht als Gegner, sondern auf der Basis berufsgenossenschaftlicher Bestrebungen zusammenfinden. So stellt sich denn das Prinzip der Selbstverwaltung, das in einer entsprechend ausgestalteten Staatsaufsicht sein natürliches Korrelat findet, als ein Palladium der modernen Sozialversicherung dar, das sich in fast allen Staaten erfolgreich behaupten und sich in der ganzen Einrichtung immer fester verankern konnte.

§ 77. Die geschichtliche Entwicklung der Sozialversicherung.

I. Die Vorläufer der Sozialversicherung. Die Erkenntnis der Gefahren, welche die Existenz des Arbeiters und seiner Familie bedrohen, führte schon frühzeitig zur Schaffung von Fürsorgeeinrichtungen, die in Krankheits- und Sterbefällen die erforderliche Hilfe bringen sollten. Namentlich in den Zünften, die vom genossenschaftlichen Gedanken durchdrungen waren, schlossen sich Meister und Gesellen häufig zu derartigen Vereinigungen zusammen, die bei Bedarf Kranken- und Begräbnisgelder flüssig machten, wobei die hierfür erforderlichen Mittel entweder durch Pflichtbeiträge oder freiwillige Spenden aufgebracht wurden. So entstanden die von den gewerblichen Arbeitnehmern gegründeten »Gesellenladen«, die am Schlusse des Mittelalters einen beachtenswerten Aufschwung nahmen, später jedoch wiederum verfielen.¹⁾ Weit dauerhafteren Gebilden, die sich bis auf unsere Tage erhalten haben, begegnen wir im Bergbau, dessen Arbeitnehmer sich in ihren »Bruderladen« oder »Knappschaftskassen« Einrichtungen schufen, die ihnen und ihren Angehörigen nicht bloß bei Krankheit, sondern auch bei Unfällen, Tod und Invalidität entsprechenden Beistand gewährten. So weisen denn die Bruderladen, deren rechtliche Anerkennung schon

¹⁾ Siehe Näheres über die Krankenfürsorge dieser Gesellenverbände in der geschichtlichen Einleitung zu dem als Heft 233 der Handausgabe österr. Gesetze und Verordnungen erschienenen Buche von Kerber: »Die österreichische Kranken- und Unfallversicherung«, Wien, 1927, S. 2, ferner in dem Artikel von Stöger: »Arbeiterkrankenversicherung« im Österr. Staatswörterbuch, herausgegeben von Mischler-Ulbrich, 2. Auflage, Bd. I, S. 226 ff.

in der im Jahre 1300 erlassenen Kuttener Bergordnung ausgesprochen wurde,¹⁾ mancherlei Verwandtschaft mit der modernen Sozialversicherung auf.²⁾

Die Entwicklung dieser letzteren geht jedoch erst auf die neuere Zeit zurück. Vorbereitet wurde sie durch die in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts beginnende Ausbreitung des Hilfskassenwesens,³⁾ das, obgleich sozialem Gemeinsamkeitsgefühl entspringend, seine Grundlagen der kaufmännisch betriebenen Privatversicherung entlehnte. Diese Organisationen der Selbsthilfe⁴⁾ konnten jedoch auf die Dauer

1) Vgl. diesbezüglich auch die Ausführungen von Kerber, a. a. O., S. 2, sowie den von Röpke verfaßten Artikel »Knappschaftskassen« im H. d. St. W., 4. Auflage, Bd. V, S. 724 ff.

2) Die Tatsache, daß der Bergbau bereits Jahrhunderte vor Schaffung der modernen Sozialversicherung zu so geregelten Fürsorgeeinrichtungen für seine Arbeiter gelangen konnte, ist nicht nur auf die hervorragende wirtschaftliche Bedeutung dieses Erwerbszweiges im Mittelalter, sondern auch auf die im Bergbaubetrieb häufige Unfallgefahr zurückzuführen.

3) Unter »Hilfskassen« verstand man ursprünglich alle zur gegenseitigen Unterstützung ihrer Mitglieder gebildeten Vereinigungen, gleichviel ob sie auf freiwilliger Grundlage oder auf gesetzlicher Anordnung beruhten. Es gehörten demnach sowohl die Versicherungsvereine der Arbeitnehmer als auch die fabriks- und gewerbegenossenschaftlichen Krankenkassen hieher. Nach Einführung des staatlichen Versicherungszwanges beschränkte sich der Begriff »Hilfskassen« nur mehr auf die freien Versicherungsvereine, deren rechtlichen Verhältnisse im Deutschen Reiche durch das Gesetz vom 7. April 1876 und die später hiezu erlassene Novelle vom 1. Juni 1884 geregelt wurden. In Österreich war die Rechtsstellung der Hilfskassen lange Zeit hindurch umstritten, da sie die behördliche Praxis bald als Wirtschaftsvereine nach dem kais. Pat. vom 26. November 1852, R. 253, bald als Wohltätigkeitsvereine nach dem Vereinsgesetz vom 15. November 1867, R. 134, behandelte. Erst das Gesetz vom 16. Juli 1892, R. 202, brachte eine Regelung des Hilfskassenwesens, welche dieses auf gesicherte Basis stellte. Die soziale Bedeutung der der Registrierung unterworfenen Hilfskassen war lange Zeit hindurch eine ansehnliche und erwarben sie sich durch ihre Pionierarbeit um die Ausbreitung des Versicherungsgedankens große Verdienste. Unter dem Einfluß der in der Krankenversicherung herrschenden Konzentrationsbestrebungen trat jedoch im letzten Jahrzehnt ein Rückbildungsprozeß ein. In Deutschland war bereits durch das Gesetz vom 20. Dezember 1911 das Hilfskassenwesen beseitigt worden. Auch das österreichische Hilfskassengesetz wurde am 26. April 1924 aufgehoben. Doch konnten die bestehenden Hilfskassen als Vereinskrankenkassen ihre Tätigkeit fortsetzen. Soweit sie Funktionen der öffentlich-rechtlichen Krankenversicherung ausübten, unterliegen sie der Aufsicht des BM. für soziale Verwaltung, dessen diesbezügliche Befugnisse durch das Krankenkassenorganisationsgesetz vom 28. Dezember 1926, B. 17 ex 1927, entsprechend verstärkt wurden. Im Auslande, namentlich dort, wo die Sozialversicherungsgesetze den Fortbestand freier Organisationen begünstigen, spielen die Hilfskassen auch heute noch eine große Rolle. Das klassische Land derselben ist England. Nähere Information über die Entwicklung des Hilfskassenwesens bietet der Artikel von Manes: »Hilfskassen« im H. d. St. W., 4. Auflage, Bd. V, S. 257 ff.

4) In Österreich begegnen wir derartigen Organisationen der Arbeitnehmer erstmalig in den Sechzigerjahren des vorigen Jahrhunderts, wo sich im Wiener Arbeiterbildungsverein eine auf Selbsthilfe beruhende Abteilung für Krankenunterstützung abspaltete. Aus dieser ging dann die allgemeine Arbeiterkrankenunterstützungskasse hervor, die bis zum Jahre 1889 als alleiniger Träger der Krankenversicherung fungierte und nach mehr als 50jährigem Wirken erst vor kurzem in der Wiener Arbeiterversicherungskasse aufgegangen ist.

dem vorhandenen Bedürfnis nicht genügen, weil sie die große Masse der ungelernten und zumeist auch unorganisierten Arbeiter nicht erfaßten. Hiezu gesellte sich später noch ein anderer Mangel. Die Haftpflichtgesetzgebung, mittels welcher einzelne sozialpolitisch vorgeschrittene Staaten — darunter namentlich Deutschland¹⁾ — die Vergütung der aus Arbeitsunfällen erlittenen Schäden auf die Schultern der Unternehmer legen wollten, konnte praktisch nicht durchgreifen, weil die Beweisführung für das den Arbeitgeber daran treffende Verschulden dem Arbeitnehmer oblag und von diesem nicht immer erbracht werden konnte. Es kam daher zu zahlreichen Entschädigungsprozessen,²⁾ welche die Gegensätze nur verschärften. So wurde es denn in den sozial fühlenden Kreisen Deutschlands wie ein befreiender Gedanke begrüßt, als Wilhelm I., dem Rate Bismarcks folgend, den Plan faßte, der Unsicherheit der Arbeiterexistenz mittels der auf staatlichem Zwang beruhenden öffentlich-rechtlichen Sozialversicherung ein Ende zu bereiten. Wenngleich dieser Initiative des ersten deutschen Kaisers vorwiegend Erwägungen konservativer Staatsfürsorge zugrunde lagen,³⁾ so bedeutete sie doch eine sozialpolitische Großtat und bildete den Ausgangspunkt einer Entwicklung, die späterhin in ganz Europa zu einem mächtigen Ausgreifen der Sozialgesetzgebung führen sollte.

II. Die Schaffung der deutschen Sozialversicherung. Die Ziele dieser von Fürst Bismarck in wahrhaft staatsmännischem Sinne eingeleiteten Aktion waren in einer Botschaft niedergelegt, die Wilhelm I. am 17. November 1881 an den Reichstag richtete. In ihr führte der Kaiser aus, daß die Heilung der sozialen Schäden nicht ausschließlich im Wege der Repression sozialdemokratischer Ausschreitungen,⁴⁾ sondern gleichmäßig auch auf dem der positiven Förderung des Wohles der Arbeiter zu suchen sei. »Er werde deshalb seine Regierungszeit am schönsten gekrönt wissen, wenn er dereinst das Bewußtsein mitnehmen könne, dem Vaterland neue und dauernde Bürgschaften seines inneren Friedens und den Hilfsbedürftigen größere Sicherheit und Ergiebigkeit des Bestandes, auf den sie

1) In Deutschland hatte das Reichshaftpflichtgesetz vom 7. Juni 1871 die ursprünglich nur auf bestimmte Fälle und bestimmten Personen gegenüber festgesetzte Haftpflicht der Arbeitgeber verallgemeinert.

2) Derartige Entschädigungsprozesse wurden häufig auch durch jene privaten Versicherungsgesellschaften hervorgerufen, bei welchen die haftpflichtigen Unternehmer rückversichert waren. Diese Gesellschaften pflegten nämlich nur dann Zahlung zu leisten, wenn der fragliche Entschädigungsanspruch durch richterliche Entscheidung anerkannt war.

3) Wilhelm I. wollte durch das große Versicherungswerk nicht nur der Arbeiterschaft wirtschaftlich aufhelfen, sondern auch Bürgschaften für den inneren Frieden gewinnen.

4) Diese Repressionsbestrebungen hatten kurz vorher in dem 1878 erlassenen Sozialistengesetz ihren Ausdruck gefunden. Vgl. über den Inhalt dieses Gesetzes die Fußnote 1) auf S. 24.

Anspruch haben, zu hinterlassen«. Die Botschaft kündigte nun die Einbringung eines Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes an und ging dann noch des Näheren auf den Anspruch der durch Alter und Invalidität erwerbsunfähig Gewordenen auf staatliche Fürsorge ein. Am Schlusse wurde betont, daß das geplante Versicherungswerk die Zusammenfassung der realen Kräfte des Volkslebens in Form korporativer Genossenschaften unter staatlichem Schutz, anderseits aber auch erhebliche Mittel erfordern werde. Die moralische Bedeutung dieser kaiserlichen Botschaft war eine außerordentliche. Beinhaltete sie doch, wie Heyde zutreffend bemerkt,¹⁾ das Einsetzen der ganzen monarchischen Regierungsautorität für den neuen Gedanken der Arbeiterversicherung, der dazu berufen war, die Welt zu befruchten.

Die so ausgestreuten Ideen konnten sich beim deutschen Volke allerdings nur allmählich durchsetzen. Die organisierte Arbeiterschaft, durch die unter dem Druck des Sozialistengesetzes erlittenen Verfolgungen mißtrauisch gemacht, stand zunächst teilnahmslos beiseite²⁾ und vermochte erst lange Zeit später das große Werk der Sozialversicherung entsprechend zu würdigen. Im Reichstag wiederum, der damals einer systematischen Sozialpolitik nur wenig geneigt war, übte man Verschleppungstaktik, so daß die Ausschußberatungen nur langsam vorwärtsschritten. Erst als der Kaiser über Bismarcks Anraten neuerlich durch eine Botschaft vom 14. April 1883 an die patriotische Bereitwilligkeit des Reichstages appelliert hatte, konnten die Verhandlungen über den mittlerweile mehrmals umgearbeiteten Entwurf eines Unfallversicherungsgesetzes sowie über das etwas später eingebrachte Krankenversicherungsgesetz in Fluß geraten. Letzteres bot weniger Schwierigkeiten und wurde am 15. Juni 1883 verabschiedet. Hingegen gelangte das Unfallversicherungsgesetz erst nach bewegten Reichstagsdebatten,³⁾ in deren Verlauf Bismarck und Staatsminister Bötticher die Vorlage gegen die vom liberalen Abgeordneten Bamberger geübte herbe Kritik — er bezeichnete das Ganze als »eine sozialistische Schrulle« — geschickt verteidigten, am 6. Juli 1884 zur Annahme. Hiemit war der Grundstein für den stolzen Bau der deutschen Sozialversicherung gelegt. Es folgten dann 1886 und 1887 noch einige kleinere Sondergesetze, welche die Kranken- und Unfallversicherung auf die Land- und Forstwirtschaft, das Baugewerbe und die Seeschifffahrt erstreckten. Die Krönung der Aktion bildete jedoch das

1) Siehe Heyde, a. a. O., S. 32.

2) Anfänglich war die Stellungnahme der deutschen Sozialdemokratie den Sozialversicherungsvorlagen gegenüber direkt ablehnend. So wies der Sprecher der Partei, Abg. Vollmar, in der am 13. März 1884 im Reichstag abgeführten Generaldebatte über den Entwurf des Unfallversicherungsgesetzes darauf hin, daß die geplante Reform nicht von der Absicht ausgehe, die Lage des arbeitenden Volkes wirklich zu verbessern, sondern an die Lösung der sozialen Frage lediglich zu Machtzwecken herantrete, um die vorhandene Arbeiterbewegung zu zerstören oder auf Abwege zu leiten.

3) Siehe Näheres hierüber bei Kerber, a. a. O., S. 9—26.

Gesetz vom 22. Juni 1889, betreffend die Alters- und Invaliditätsversicherung der Arbeiter, durch das Deutschland sein sozialkonservativer Staatsfürsorge entspringendes Reformwerk zu einem vorläufigen Abschluß brachte.¹⁾

III. Die Entwicklung der österreichischen Sozialversicherung.

a) Die grundlegenden Kranken- und Unfallversicherungsgesetze. In Österreich nahmen die Dinge einen ähnlichen Verlauf wie im Deutschen Reiche. Auch hier mußte in den achtziger Jahren des vorigen Jahrhunderts mit dem Aufbau der Sozialversicherung von Grund auf begonnen werden, weil die von früher her für die Arbeitnehmer bestehenden Krankenfürsorgeeinrichtungen weder ausreichend

¹⁾ Die weitere Entwicklung der deutschen Sozialversicherung, auf die hier nur in Kürze verwiesen werden kann, ist zunächst durch die Revisionsgesetzgebung der Jahre 1892—1901 gekennzeichnet, die gewisse, in den grundlegenden Gesetzen unterlaufene Fehler zu beseitigen oder einzelne Versicherungsleistungen zu erweitern suchte. Dann trat in der Legislative eine Pause ein, die der Rechtsprechung und dem Schrifttum Gelegenheit zur Klärung strittiger Fragen bot. Die nächste Etappe gipfelte in dem Zustandekommen der Reichsversicherungsordnung vom 19. Juli 1911, welche die bisherigen drei Arbeiterversicherungsgesetze zu einem großen, aus 1805 Paragraphen und 106 Artikeln bestehenden Gesetzgebungswerk vereinigte. Die Reichsversicherungsordnung ist in sechs Bücher eingeteilt, von denen das erste gemeinsame Vorschriften enthält, während das zweite Buch die Krankenversicherung, das dritte die Unfallversicherung, das vierte die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung, das fünfte die Beziehungen der Versicherungsträger zu einander und das sechste Buch das Verfahren behandelt. Die Bedeutung der Reichsversicherungsordnung ist nicht nur in der von ihr gebotenen zusammenfassenden Kodifikation des sozialen Versicherungsrechtes, sondern auch in wichtigen meritorischen Neuerungen zu suchen. So fügte sie den bestehenden drei Versicherungszweigen als vierten die Hinterbliebenenversicherung an, erstreckte die Pflicht zur Krankenversicherung auf die land- und forstwirtschaftlichen Arbeiter und bewirkte auch sonst mancherlei Änderungen und Vereinfachungen in der Organisation der Versicherungsträger sowie im Verfahren. Zur Reichsversicherungsordnung, die späterhin durch die Gesetze vom 15. Dezember 1924, vom 9. Jänner 1926, vom 20. Dezember 1928 und vom 18. Mai 1929 neu gefaßt wurde, traten dann in weiterer Folge noch zwei andere Sozialversicherungsgesetze, das Angestelltenversicherungsgesetz vom 20. Dezember 1911 und das Reichsknappschaftsgesetz vom 23. Juni 1923 hinzu. Ersteres brachte nach dem Vorbild des österreichischen Pensionsversicherungsgesetzes eine berufsständische Sonderversicherung für die Privatangestellten, während letzteres den speziellen Verhältnissen im Bergbau Rechnung zu tragen bemüht war. Auch diese beiden Gesetze erfuhren in der Nachkriegszeit mancherlei Novellierungen. So wurde das Angestelltenversicherungsgesetz durch die Gesetze vom 10. November 1922 und vom 13. Juli 1923 in mehrfacher Hinsicht abgeändert und dann mit der Bekanntmachung vom 28. Mai 1924 neu verlaublich. Seitherige weitere Ergänzungen desselben wurden durch die Gesetze vom 23. März 1925, vom 28. Juli 1925, vom 8. April 1927, vom 29. Mai 1928 und vom 7. März 1929 herbeigeführt. Das Reichsknappschaftsgesetz endlich hat durch die Bekanntmachung vom 1. Juli 1926 seine jetzige Fassung erhalten. Nähere Einblicke in die Entwicklung und den gegenwärtigen Stand der deutschen Sozialversicherung bietet der Übersichtsartikel von Schmittmann: »Sozialversicherung« im H. d. St. W., 4. Auflage, Bd. VII, S. 622—650, woselbst auch zahlreiche Literaturangaben zu finden sind; ferner das großangelegte systematische Werk von Brucker, Muthesius, Süß und Richter: »Die Sozialversicherung nach dem neuesten Stande der Gesetzgebung«, 5 Bde., Berlin, 1928/29, sowie die vom Reichsarbeitsministerium herausgegebene Erinnerungsschrift »Deutsche Sozialpolitik 1918—1928«, Berlin, 1929, S. 175—203.

noch für ihren Zweck geeignet waren. Beschränkten sie sich doch im wesentlichen auf die durch das BergG. von 1854 geregelten Bruderladen¹⁾ und die durch die GewO. von 1859 eingeführten genossenschaftlichen Krankenkassen, zu deren Errichtung es jedoch nur selten kam. Für die große Masse der Fabriksarbeiter, die den genossenschaftlichen Verbänden nicht angehörten, war in Krankheitsfällen so gut wie gar nicht vorgesorgt. Lediglich für die in öffentlicher Spitalpflege befindlichen Arbeitnehmer hatten die Fabrikanten nach dem Hofkanzleidekret vom 18. Februar 1837 durch vier Wochen hindurch die Verpflegskosten zu bezahlen. Eine Besserung dieser Verhältnisse wurde erst durch die Gewerbenovellen von 1883 und 1885 herbeigeführt. Die erstere stellte die Gewerbe-genossenschaften und damit auch die für deren Gehilfen zu errichtenden Krankenkassen auf eine festere Basis. Die zweite Novelle verpflichtete die Fabrikanten zur Schaffung von Betriebskrankenkassen, wobei allerdings wichtige Fragen, wie die Beitragspflicht des Unternehmers, der Umfang des Unterstützungsanspruches sowie die Organisation und Verwaltung dieser Kassen, ungeklärt blieben. Diesen unvollkommenen Vorschriften konnte kein durchgreifender Erfolg beschieden sein, obgleich sich die damals neu ernannten Gewerbeinspektoren²⁾ bemühten, der Krankenversicherung innerhalb der Industrie Eingang zu verschaffen. Hiedurch gewann diese Idee auch in Österreich steigende Verbreitung, um so mehr als die Arbeiterschaft ebenfalls Vereinskrankenkassen gründete, die sich seitens der verheirateten Arbeitnehmer guten Zuspruchs erfreuten.³⁾ So war denn

1) Die von altersher im Bergbau bestandenen Bruderladen wurden durch das allg. BergG. vom 23. Mai 1854, R. 146, zu einer Pflichteinrichtung erhoben. Dieses Gesetz traf in seinen §§ 210—214 eine Reihe von allgemeinen Bestimmungen, welche Zweck, Aufgaben und Organisation der Bruderladen regelten, alle Einzelheiten jedoch der statutarischen Festsetzung überließen. Die bei den Bruderladen vorhandene Kumulierung der verschiedenen Versicherungszweige, ihr zumeist geringer Versichertenstock sowie das unrichtige Verhältnis zwischen Beiträgen und Leistungen führte zu Mißständen, die eine Reform nötig machten. Diese erfolgte durch das Bruderladengesetz vom 28. Juli 1889, R. 127, das die Krankenversicherung von der Pensionsversicherung rechnungsmäßig trennte und auch die Bergwerksbesitzer zur Beitragsleistung mit heranzog. In dieser erneuerten Form wurden die Bruderladen in das System der gesetzlichen Arbeiterversicherung eingegliedert. Der nächste Eingriff der Legislative erfolgte dann mit der kaiserl. Vdg. vom 7. April 1914, R. 80, bzw. mit dem sie ablösenden Gesetz vom 30. Dezember 1917, R. 523, wodurch den Bruderladen die Unfallversicherung abgenommen und deren Aufgaben einer für das ganze Reich errichteten Unfallversicherungsanstalt der Bergarbeiter übertragen wurde. Dieser Institution war jedoch nur kurze Dauer beschieden, da nach dem Zerfall des Reiches die Unfallversicherung der Bergarbeiter, deren Zahl in der Republik Österreich auf etwa 16.000 gesunken war, durch Gesetz vom 10. Dezember 1919, St. 579, auf die territorialen Unfallversicherungsanstalten übergang. Hinsichtlich der Einwirkung der späteren Nachkriegsgesetzgebung auf die Bruderladen vgl. die Fußnote 1), auf S. 504.

2) Die Errichtung von Gewerbeinspektoren war durch das Gesetz vom 17. Juni 1883, R. 117, verfügt worden.

3) Siehe hierüber auch die die Errichtung der Hilfskassen schildernde Fußnote 2) auf S. 492.

trotz der systemlosen und lückenhaften Organisation aller dieser Vorkehrungen der Boden für ein zwangsläufiges Eingreifen der Gesetzgebung vorbereitet.

Dieses ließ auch nicht lange auf sich warten. Nachdem schon die Thronrede vom 26. September 1885 soziale Reformen angekündigt hatte, brachte die Regierung Taaffe am 4. Februar 1886 im Abgeordnetenhaus des Reichsrates den Entwurf eines Krankenversicherungsgesetzes ein, das auf dem Grundsatz der obligatorischen Einbeziehung aller industriellen, gewerblichen und Verkehrsarbeiter aufgebaut war. Nur die im Schiffahrtsbetrieb und der Seefischerei Beschäftigten sollten aus staatsrechtlichen Gründen ausgenommen bleiben. Hinsichtlich der Land- und Forstarbeiter wurde im Entwurf keine endgültige Lösung vorgeschlagen; die Regierung sollte vielmehr ermächtigt sein, diese Personen in einzelnen Ländern mittels Vdg. dem Versicherungszwang zu unterwerfen. Die in der Vorlage beantragten geldlichen Versicherungsleistungen basierten zumeist auf dem ortsüblichen Tagelohn und bewegten sich somit in niedrigen Grenzen.

Das parlamentarische Schicksal des Gesetzentwurfes gestaltete sich wechselvoll.¹⁾ Schon im Gewerbeausschuß des Abgeordnetenhauses traten tiefgehende Meinungsverschiedenheiten zutage. Besonders verfassungsrechtliche Kompetenzfragen — es handelte sich um die Zuständigkeit der Reichs- oder Landesgesetzgebung für die Krankenversicherung der Land- und Forstarbeiter — brachten die Gemüter in Wallung. Desgleichen wurden einzelne Versicherungsleistungen, so z. B. die Wöchnerinnenunterstützung, lebhaft umstritten. Endlich gelang es jedoch, Mehrheitsbeschlüsse zu erzielen, so daß der Ausschuß am 25. Mai 1886 an das Plenum berichten konnte. Dieses trat mit einiger Verzögerung am 8. Februar 1887 in die Beratung hierüber ein. Auch in diese Debatten spielte die Landarbeiterfrage mit hinein, wobei sich die Mehrheit ungeachtet der Abmahnungen Dr. Baernreithers²⁾ für eine Lösung im föderalistischen Sinne aussprach. Im übrigen wurde der Gesetzentwurf am 29. März 1887 in zweiter und dritter Lesung angenommen. Die Vorlage ging nun an das Herrenhaus, das einige Änderungen vornahm, wodurch insbesondere die fakultative Unterstellung der Land- und Forstarbeiter unter das Gesetz ermöglicht werden sollte. Auch ein die kleineren Betriebskrankenkassen fördernder Antrag wurde in die Vorlage eingearbeitet. Nach Zurückleitung der letzteren an das Abgeordnetenhaus beharrte dieses im allgemeinen auf seinem Standpunkte und bekundete lediglich hinsichtlich der Land- und Forst-

¹⁾ Vgl. hierüber die ins einzelne gehende Darstellung bei Kerber, a. a. O., S. 41—48.

²⁾ Abg. Baernreither hatte sich entschieden für die Reichskompetenz eingesetzt und die Regelung der Landarbeiterkrankensversicherung durch ein eigenes Gesetz beantragt. Sein Widerpart, Abg. Kaizl, drang jedoch mit dem Gegenantrage durch, diese Materie der Regelung durch besondere Landesgesetze zu überlassen.

arbeiter dem Herrenhaus gegenüber einiges Entgegenkommen. Hiedurch wurde zwar der Gegensatz fürs erste überbrückt, ohne daß es jedoch zu einer klaren Lösung dieser Streitfrage gekommen wäre, ein Umstand, der sich später noch verhängnisvoll auswirken sollte.¹⁾ Da nunmehr die Übereinstimmung beider Häuser erzielt war, konnte das Krankenversicherungsgesetz am 30. März 1888 sanktioniert und am 6. Juli 1888 in Wirksamkeit gesetzt werden. Der tatsächliche Beginn der Versicherung schob sich allerdings im Hinblick auf die Organisation der neu aufzustellenden Bezirkskrankenkassen bis 1. August 1889 hinaus.

Bald darauf, am 1. November 1889, trat auch die Arbeiterunfallversicherung ins Leben, deren Grundlagen durch das Gesetz vom 28. Dezember 1887, R. 1 ex 1888, geschaffen worden waren. Auf diesem Gebiete war, ähnlich wie in Deutschland, die Reformbedürftigkeit der Haftpflichtgesetzgebung — soweit man in Österreich überhaupt von einer solchen sprechen konnte — immer mehr zutage getreten. Hatte ja doch das ABGB. eine Haftbarkeit des Arbeitgebers für Betriebsunfälle nur dann anerkannt, wenn ihm ein Verschulden hieran oder doch wenigstens eine »culpa in eligendo« bei der Auswahl seiner Beauftragten nachgewiesen werden konnte. Selbst das fortschrittliche Eisenbahnhaftpflichtgesetz vom 5. März 1869, R. 27, das bei den durch Ereignungen im Verkehr herbeigeführten Unfällen eine dem Entschädigungswerber günstige Rechtsvermutung aufstellte, konnte nicht befriedigen, weil es in Fällen höherer Gewalt oder bei Selbstverschulden dem Beschädigten jedweden Anspruch versagte. Ein im Jahre 1880 unternommener Versuch, eine Verbesserung dieses die Industriearbeiter hart treffenden Rechtszustandes durch Abänderung der GewO. herbeizuführen, schlug fehl. Auch ermunterten die in Deutschland mit der Fortbildung der Haftpflichtgesetzgebung gemachten ungünstigen Erfahrungen nicht zur Nachahmung dieses Beispiels. Die Regierung entschloß sich daher am 7. Dezember 1883 zur Einbringung eines Gesetzentwurfes, der eine Zwangsversicherung der bei Großbetrieben beschäftigten oder sonst besonderen Unfallsgefahren ausgesetzten Arbeitnehmer vorsah und deren Durchführung territorial gegliederten Unfallversicherungsanstalten überantwortet wissen wollte. Bei der Beratung dieser Vorlage im Gewerbeausschuß tauchten, ähnlich wie beim KrVG., Prinzipienfragen auf, die den Fortgang der Verhandlungen hemmten. Namentlich bildete die Unfallversicherung der Landarbeiter, ferner die Beitragsaufteilung zwischen Unternehmern und

1) Die in dieser Kompetenzfrage herrschende Unklarheit führte insbesondere in der Nachkriegszeit zu Schwierigkeiten, da der Verfassungsgerichtshof die in der VII. Krankenversicherungsnovelle vom 21. Oktober 1921, B. 581, bundesgesetzlich angeordnete Ausdehnung der Versicherungspflicht auf die Land- und Forstarbeiter mit Erkenntnis vom 27. Juni 1924 als eine in die Zuständigkeit der Landesgesetzgebung fallende Angelegenheit erklärte und daher als verfassungswidrig aufhob. Siehe hierüber auch die Ausführungen auf S. 41.

Arbeitern,¹⁾ endlich auch die Organisationsfrage den Gegenstand ernster Meinungsverschiedenheiten. So währte es denn bis zum 24. Februar 1885, bis der Gewerbeausschuß seinen Bericht an das Haus erstatten konnte. Dieses ging infolge Sessionsschlusses in eine nähere Beratung des Entwurfes nicht mehr ein. Letzterer wurde sodann am 28. Jänner 1886 neuerlich eingebracht und fand diesmal ein günstigeres Schicksal, zumal man bei seiner Abfassung bereits den Wünschen des Gewerbeausschusses weitgehend Rechnung getragen hatte. Der Ausschuß konnte daher schon am 29. März 1886 an das Abgeordnetenhaus berichten, das bald darauf seine Beratungen über den Entwurf aufnahm und am 5. Juni 1886 beendigte. Nachdem sodann das Herrenhaus mehrere Abänderungen²⁾ an der Gesetzesvorlage vorgenommen hatte, mußte sich das Abgeordnetenhaus abermals mit ihr beschäftigen. Von der Erwägung ausgehend, »daß die baldige Sanktion und das Inkrafttreten des Gesetzes außerordentlich wünschenswert sei und es sich somit empfehle, die Anschauungen beider Häuser des Reichsrates möglich zu vereinigen«, empfahl der Gewerbeausschuß in seinem neuerlichen Bericht, den Abänderungen des Herrenhauses mit einer einzigen Ausnahme beizutreten. Im Plenum drang jedoch der Ausschußantrag nicht durch; das Abgeordnetenhaus hielt vielmehr in dem wichtigsten Belange — es handelte sich um den allfälligen Schadenersatzanspruch des Versicherten gegen den Betriebsunternehmer bei vorsätzlicher Herbeiführung des Unfalles — an seinen früheren Beschlüssen fest. Dem Herrenhaus blieb daher, wenn es die Gesetzwerdung der Vorlage nicht abermals verzögern wollte, nichts übrig, als sich zu akkommodieren. Dies geschah denn auch, indem es am 31. Oktober 1887 das Unfallversicherungsgesetz in der Fassung des Abgeordnetenhauses annahm. Am 28. Dezember 1887 erfolgte dann die Sanktion des Gesetzes, das hinsichtlich seiner vorbereitenden Bestimmungen am 1. April 1888 in Wirksamkeit trat. Die Unfallversicherung selbst begann mit 1. November 1889.

So waren denn die beiden Grundgesetze über die Kranken- und Unfallversicherung der Arbeiter nach langen Bemühungen glücklich unter Dach gebracht. Sie fanden dann noch durch das bereits an früherer Stelle³⁾ erörterte Bruderladengesetz vom 28. Juli 1889, R. 127, ihre Ergänzung. Das folgende Jahrzehnt war im wesentlichen dem organisatorischen Ausbau der neuen Einrichtungen gewidmet. Die

¹⁾ Die Regierungsvorlage hatte eine 25prozentige Heranziehung der Arbeitnehmer zur Beitragslast nur bei Arbeitsverdiensten von mehr als einem Gulden täglich vorgesehen. Während nun ein Minderheitsantrag dahin ging, die Versicherten überhaupt von jeder Beitragsleistung freizulassen, trat die Mehrheit des Ausschusses für einen in allen Fällen, also auch bei geringeren Arbeitsverdiensten anzuwendenden Aufteilungsschlüssel im Verhältnis von 90 zu 10 ein. Diese Beitragsquoten wurden dann auch im UnfVG. festgelegt.

²⁾ Siehe Näheres hierüber bei Kerber, a. a. O., S. 31 ff.

³⁾ Vgl. hiezu die Fußnote 1) auf S. 496.

Gesetzgebung als solche trat nur in geringem Umfange in Funktion. Sie beschränkte sich auf dem Gebiete der Unfallversicherung auf das »Ausdehnungsgesetz« vom 20. Juli 1894, R. 168, das den Geltungsbereich derselben durch Einbeziehung der Eisenbahnen sowie einiger anderer, mit besonderer Unfallsgefahr verbundener Transport- und Baugewerbe erweiterte. In der Krankenversicherung wiederum hatte die Novelle vom 4. April 1889, R. 39, eine bedingte Befreiung¹⁾ der Lehrlinge von der Versicherungspflicht sowie die Beseitigung der unter den Kassen vorgesehenen Überweisung von Reserveanteilen herbeigeführt. Ansonsten ruhte jedoch die Sozialversicherungsgesetzgebung, um erst im Jahre 1906 wieder einem neuen Fortschritt Raum zu geben.

b) Die Pensionsversicherung der Privatangestellten. Diese gründet sich auf das Pensionsversicherungsgesetz vom 16. Dezember 1906, R. 1 ex 1907, das erst nach mühevollen Vorarbeiten und schweren Kämpfen²⁾ zustande kam. In dieser Fürsorge für die Privatangestellten, die sich zu einem bedeutungsvollen Berufsstand entwickelt hatten, ging Österreich bahnbrechend voran. Sogar die Gesetzgebung des Deutschen Reiches, die doch in der sonstigen Sozialversicherung beispielgebend war, folgte mit ihrem Angestelltenversicherungsgesetz erst fünf Jahre später nach. Es war also Neuland, das hier betreten wurde. Die Bestrebungen, für die Privatbeamenschaft eine Alters-, Invaliditäts- und Hinterbliebenenversicherung zu erreichen, hatten schon 1888 in einer Petition des »Ersten Allgemeinen Beamtenvereines« in Wien ihren Ausdruck gefunden. Nachdem die Bemühungen dieser Standesvertretung im Jahre 1893 erneuert worden waren, beschloß das Abgeordnetenhaus, diese Petition der Regierung zur Prüfung abzutreten und sie zur Vorlage eines entsprechenden Gesetzentwurfes aufzufordern. Es verging jedoch einige Zeit, bevor die Regierung dieser Frage nähertrat. Erst im Jahre 1896 kam es zur Einleitung von Erhebungen, die ein verlässliches Bild über die Besoldungs- und Familienstandsverhältnisse der Privatbeamenschaft liefern sollten. Deren im Jahre 1898 veröffentlichtes Ergebnis bildete dann die Grundlage weiterer Vorarbeiten, die im Ministerium des Innern mit Eifer betrieben wurden und endlich auch zum Erfolg führten. Im Mai 1901 brachte die Regierung den Entwurf eines Pensionsversicherungsgesetzes im Abgeordnetenhaus ein, dessen sozialpolitischer Ausschuß sich dann durch Jahre mit der Vorlage befaßte, ohne zu einem abschließenden Ergebnis zu gelangen. Namentlich war es die im Entwurf enthaltene zentralistische Lösung der Organisationsfrage, um die der Kampf wogte. Erst nach langen

1) Diese Befreiung der Lehrlinge sollte nur dann eintreten, wenn die Genossenschaft in deren Erkrankungsfälle für Verpflegung und ärztliche Behandlung entsprechend sorgt.

2) Siehe Näheres über die Entstehung des Pensionsversicherungsgesetzes in der Einleitung zu dem als Heft 239/I der Handausgabe österreichischer Gesetze und Verordnungen erschienenen Buche von Kerber: »Das Angestelltenversicherungsgesetz«, Wien 1928, Bd. I, S. 1 bis 13.

Bemühungen konnten im Unterausschuß die Gegensätze überbrückt werden, so daß die Vorlage im Dezember 1905 für das Plenum des Abgeordnetenhauses verhandlungsreif gemacht war. Letzteres nahm den Gesetzentwurf am 8. Februar 1906 an, worauf das gewohnte Katz- und Maus-Spiel mit dem Herrenhaus einsetzte. So ergab sich eine neuerliche Verzögerung, bis es nach Überwindung aller parlamentarischen Schwierigkeiten am 16. Dezember 1906 zur Sanktion des neuen Gesetzes kam.

Dieses war jedoch wenig glücklich konstruiert und konnte bei den Angestellten keine Zufriedenheit erwecken. Einmal fehlte es an der klaren Abgrenzung des Versichertenkreises, so daß sich schon im vorhinein viele Streitfälle¹⁾ ergaben. Dann aber waren auch die vom Gesetz in Aussicht gestellten Leistungen unzureichend. Die Bestrebungen nach Novellierung des Pensionsversicherungsgesetzes ließen sich daher nicht zurückdrängen. Der erste hierauf abzielende Antrag wurde schon am 22. Mai 1908 von Dr. Licht im Abgeordnetenhaus eingebracht. Den hierüber gepflogenen Beratungen machte bald darauf der Sessions-schluß ein Ende. Über den neuerlich gestellten Novellierungsantrag kam es dann in den Jahren 1910 bis 1912 zur Abhaltung mehrerer Enqueten, die reiches Material über die Reformbedürftigkeit des Pensionsversicherungsgesetzes zutage förderten.²⁾ Auf dieses gestützt, konnten die Ende 1912 wieder einsetzenden parlamentarischen Beratungen einen befriedigenden Fortgang nehmen. In der vom Ausschuß gewählten Fassung des novellierten Gesetzes gelangte man nicht bloß zu einer präziseren Umschreibung des Versichertenkreises, sondern auch zu sonstigen Verbesserungen und Erleichterungen, die hauptsächlich durch den Übergang vom 3·5prozentigen zum 4prozentigen Rechnungszinsfuß möglich geworden waren. Auch andere Mängel des Gesetzes, die sich in der Praxis herausgestellt hatten, wurden behoben und mancherlei Organisationsfragen außer Streit gestellt. Das Abgeordnetenhaus erledigte die Novelle am 22. Jänner 1914, doch fand das Herrenhaus im Hinblick auf die bald darauf folgende Vertagung des Reichsrates nicht mehr Gelegenheit, diesem Beschlusse beizutreten. Die Regierung beschritt daher den Weg der Notgesetzgebung, indem sie diese I. Novelle zum Pensionsversicherungsgesetz mittels der kais. Vdg. vom 25. Juni 1914, R. 225, in Kraft setzte.

c) Weitere Ausgestaltungsbestrebungen. So war denn den Privatangestellten eine, wenn auch nicht völlig ausreichende Alters-

1) Die vom Gesetze bei der Abgrenzung des Versichertenkreises gewählte vieldeutige Formel ließ insbesondere die Frage im Unklaren, ob und in welchem Umfange das kaufmännische Hilfspersonal (Verkäufer, Lageristen) sowie die Kanzleibeamten der Pensionsversicherungspflicht unterliegen.

2) Diese Enqueten wurden zunächst seitens der allgemeinen Pensionsanstalt in den Jahren 1909 bis 1910 schriftlich durchgeführt; am 5. und 6. Juni 1912 fanden dann im Parlament die vom Unterausschuß veranlaßten mündlichen Enqueteverhandlungen statt, die wertvolle Einblicke in die Lage der kaufmännischen Gehilfenschaft boten.

Invaliditäts- und Hinterbliebenenversicherung zuteil geworden. Hingegen konnte der in gleicher Richtung gehende Wunsch der Arbeiterschaft damals noch nicht erfüllt werden. Wohl hatte schon das 1904 vom Ministerpräsidenten Körber vorgelegte Reformprogramm die Angliederung dieses dritten Versicherungszweiges an die bestehende Kranken- und Unfallversicherung beantragt, ein Vorschlag, welcher der vollen Unterstützung des Arbeitsbeirates¹⁾ begegnete und auch im Jahre 1908 zur parlamentarischen Einbringung einer vom Ministerium Beck ausgearbeiteten Regierungsvorlage über den Ausbau der Sozialversicherung führte. Die Beratungen hierüber verdichteten sich jedoch zu keinem positiven Ergebnis. Auch dem in der darauf folgenden Session (1911) vom Ministerium Gautsch erneuerten Gesetzentwurf war kein günstigeres Los beschieden.²⁾ Es brach der Weltkrieg aus, ohne daß es gelungen wäre, der Arbeiterschaft die ersehnte Alters- und Invaliditätsversicherung zu bescheren.

d) Fortschritte der Sozialversicherung in den Kriegs- und Umsturzjahren. In den nun folgenden Kriegsjahren änderte sich am Bau der österreichischen Sozialversicherung nur wenig. Es kam damals lediglich zu zwei Gesetzen, die gewisse Verbesserungen in der Unfall- und Krankenversicherung mit sich brachten. In ersterer Hinsicht war es das Gesetz vom 21. August 1917, R. 363, das auch Unfälle auf dem Wege von und zur Arbeit als entschädigungspflichtig erklärte sowie das Höchstausmaß der Renten von 60 Prozent auf $66\frac{2}{3}$ Prozent des anrechenbaren Jahresarbeitsverdienstes steigerte. Die durch das Gesetz vom 20. November 1917, R. 457, erlassene II. Novelle zum Krankenversicherungsgesetz wiederum erweiterte die Kassenleistungen³⁾ und ermöglichte durch den Übergang zum Lohnklassensystem richtigere Beitrags- und Bemessungsgrundlagen. Auch wurde den durch den Krieg finanziell geschwächten Kassen der Zusammenschluß zu leistungsfähigen Verbänden gestattet. Die soziale Welle, die dann nach dem Umsturz über Österreich hinflutete, brachte auch der Sozialversicherung weitere Fortschritte. Zunächst wurde die III. Krankenversicherungsnovelle, das »Krankenkassenkonzentrationsgesetz« vom 6. Februar 1919, St. 86, erledigt, das die Auflösung zahlreicher Zwergkassen und ihre Vereinigung zu größeren Versicherungsträgern herbeiführte. Bald darauf nötigte die einsetzende Inflationsperiode zu neuen gesetzlichen Eingriffen, wenn man die Versicherungsleistungen auch nur halbwegs mit dem sinkenden Geldwert in Einklang bringen wollte. In rascher Aufeinanderfolge erflossen zahlreiche Novellen zum Kranken- und Unfallversicherungs-

¹⁾ Der Arbeitsbeirat beschäftigte sich in den Jahren 1905 bis 1907 eingehend mit dem Körberschen Reformprogramm, dessen Vorschläge er in seinem Gutachten nach mancherlei Richtungen ausgestaltete.

²⁾ Siehe hierüber auch die Ausführungen auf S. 30.

³⁾ Die II. Novelle zum Krankenversicherungsgesetz verlängerte insbesondere das Mindestausmaß der Unterstützungsdauer auf 26 Wochen und führte die Wöchnerinnenunterstützung sowie die Stillprämien ein.

gesetz,¹⁾ die neben der erwähnten Anpassung auch eine organische Fortbildung der Sozialversicherung bewirkten. So brachte die VII. Krankenversicherungsnovelle eine beträchtliche Erweiterung der Versicherungspflicht, die auf alle in einem Arbeits-, Dienst- oder Lehrverhältnis stehenden Personen, also auch auf andere als gewerbliche oder gewerbmäßig betriebene Unternehmungen ausgedehnt wurde. Es fielen also nunmehr auch die Land- und Forstarbeiter, die Heimarbeiter und die Hausgehilfen in die Versicherungspflicht. Die XVII. Novelle wiederum ermöglichte die Krankenversicherung der Arbeitslosen, während für jene der öffentlichen Angestellten durch ein eigenes Gesetz vom 13. Juli 1920²⁾ vorgesorgt worden war. Auch auf dem Gebiete der Unfallversicherung war es neben der wiederholten Erhöhung des für die Rentenbemessung anrechenbaren Arbeitsverdienstes zu mehrfachen sachlichen Reformen gekommen. So wurde durch die XIV. Novelle vom 11. April 1924, B. 146, das bei der Holzfällung sowie im Jagdbetrieb beschäftigte Personal in die Unfallversicherung einbezogen. Weiters wurde das bisherige Kapitaldeckungsverfahren aufgelassen, nachdem die früheren Vermögensbestände der Unfallversicherungsanstalten durch die Währungskatastrophe nahezu gänzlich aufgezehrt worden waren. Man mußte zu Staatsvorschüssen und Vorauszahlungen der Dienstgeber Zuflucht nehmen, um die Solvenz der Anstalten aufrechtzuhalten. In ähnlicher Weise mußte auch den Bruderladen beigesprungen werden, die eine Aufwertung der Provisionen, bzw. die Leistung der zu letzteren

¹⁾ So wurden in den Jahren 1919 bis 1922 nicht weniger als 14. Novellen zum KrVG. beschlossen, die in Anlehnung an die beiden ersten, in den Jahren 1889 und 1917 entstandenen Novellen als III. bis XVI. Novelle bezeichnet wurden. Da infolge dieser unausgesetzten Flickarbeit der Wortlaut des KrVG. unübersichtlich geworden war, erfolgte mit der Vdg. vom 20. November 1922 eine Neuverlautbarung des Gesetzestextes, so wie sich derselbe damals als in Geltung stehend ergab. Seither sind in den Jahren 1923 bis 1929 noch weitere 8 Novellen — die letzte erließ am 29. Jänner 1929 — hinzugekommen, so daß der Wortlaut des Gesetzes mit der Textverordnung vom 22. März 1929, B. 117, neuerlich verlaubar werden mußte. In der Unfallversicherung war die Novellierungstätigkeit fast ebenso lebhaft. Es kam insgesamt zu 17 Novellen zum UnfVG., von denen 14 auf das letzte Jahrzehnt entfallen. Auch der dermalen geltende Text dieses Gesetzes wurde mittels der Vdg. vom 9. März 1929, B. 150, neu gefaßt und kundgemacht.

²⁾ Es war dies das Gesetz vom 13. Juli 1920, St. 311, betreffend die Krankenversicherung der Staatsbediensteten, das sowohl den Bundesangestellten des Dienst- und Ruhestandes als auch anderen verwandten Gruppen öffentlich-rechtlicher Arbeitnehmer die Wohltaten einer modernen, ihren speziellen beruflichen Verhältnissen angepaßten Krankenversicherung erschloß. Kennzeichen derselben ist insbesondere die Zurückdrängung gewisser, »infolge dienstrechtlicher Vorsorgen entbehrllicher Geldleistungen« — so konnte insbesondere auf Gewährung von Krankengeld verzichtet werden — zugunsten entsprechend verbesserter Krankenpflege, innerhalb welcher das hier erstmalig von Gesetzes wegen angewandte System der freien Ärzewahl besondere Hervorhebung verdient. Auch in organisatorischem Belange brachte das Gesetz, das in der Folgezeit mehrfach novelliert wurde, mancherlei beachtenswerte Neuerungen. Der dermalen geltende Text dieses nunmehr als »Bundesangestellten-Krankenversicherungsgesetz (BKVG.) 1928« bezeichneten Gesetzes wurde mit Vdg. vom 2. November 1928, B. 292, wieder-verlaubar.

gesetzlich bewilligten Zuschüsse,¹⁾ aus ihrem zusammengeschmolzenen Vermögen nicht bestreiten konnten. In der Pensionsversicherung endlich hatte schon die II. Novelle vom 23. Juli 1920, St. 370, die Renten verbessert und durch Einschränkung der vielen Ersatzeinrichtungen²⁾ der Zersplitterung entgegenzuwirken gesucht. Weitere Novellen (es waren dies die in den Jahren 1921 bis 1923 beschlossenen Novellen III bis VII) bewerkstelligten dann auch in der Pensionsversicherung den Übergang vom Anwartschaftsdeckungssystem zum Aufwanddeckungsverfahren sowie die periodisch notwendig werdenden Rentenerhöhungen, welche letztere jedoch dem Währungsverfall meist nachhinkten und dessen Folgen daher nur unvollkommen linderten. Bedeutungsvoller waren die in die Jahre 1923 und 1924 fallenden vier Pensionversicherungsüberleitungsgesetze, die bereits zur Angestelltenversicherung hinüberführen. Wichtig an ihnen war insbesondere, daß sie die Stammrente mit den jeweils gewährten Rentenerhöhungen zusammenzogen, eine modern gehaltene Formel für die Berechnung der Invaliditätsrente aufstellten und durch entsprechende Hinaufsetzung der Beiträge die so gestiegene Rentenlast tragbar zu machen suchten.

e) Das Angestelltenversicherungsgesetz. Bald nach Kriegsende hatten unter den Angestellten jene Bestrebungen immer mehr an Boden gewonnen, welche sämtliche, für die geistigen und sonst höher qualifizierten Arbeitnehmer in Betracht kommenden Versicherungszweige in einem einheitlichen Gesetz kodifiziert wissen wollten. Hierdurch sollten nicht nur die Leistungen der Pensionsversicherung erhöht, sondern auch die bisher auf dem Gebiete der Kranken- und Unfallversicherung bestandene Risikogemeinschaft von Kopf- und Handarbeitern samt ihrer mißlichen Unterversicherung³⁾ beseitigt werden. Die organische Verschmelzung aller drei Versicherungszweige in einem einheitlichen Angestelltenversicherungsgesetz verhiess überdies eine beträchtliche Herabdrückung der Verwaltungskosten, die gerade in der

1) Solche Zuschüsse zu den Provisionen der Bergwerksbruderladen waren den anspruchsberechtigten Provisionisten bereits durch Gesetz vom 16. April 1920, St. 198, zuerkannt worden. Die Höhe dieser Zuschüsse wurde dann mit der zunehmenden Geldentwertung in Einklang gebracht. Der hieraus erwachsende Aufwand sollte zunächst den Bergbauunternehmungen aufgebürdet werden. Da diese jedoch die hohe Belastung auf die Dauer allein nicht ertragen konnten, wurde mit Gesetz vom 3. Dezember 1925, B. 432, ein »Bergbaufürsorgefonds« errichtet, dessen Mittel zur teilweisen Bestreitung der erwähnten außerordentlichen Fürsorgeleistungen dienen. Die Beschaffung der Fondsmittel erfolgt durch Beiträge, welche bei Gewinnung, Wegbringung oder Einführung von Bergbauprodukten zu entrichten sind.

2) Diese durch die frühere Gesetzgebung zugelassenen Ersatzeinrichtungen hatten sich in so reicher Fülle entwickelt, daß sie das organisatorische Gefüge der Pensionsversicherung zu sprengen drohten. Auch bewirkten sie eine allzu große Steigerung der Verwaltungskosten.

3) Diese Unterversicherung traf die Angestellten um so härter, als das in der Krankenversicherung geltende Lohnklassenschema, ebenso wie die in der Unfallversicherung anrechenbaren Jahresverdienste sogar hinter den üblichen Arbeiterlöhnen weit zurückblieben, somit an das tatsächliche Gehaltsniveau der Angestellten auch nicht entfernt heranreichten.

Pensionsversicherung stark angeschwollen waren. Diesen überzeugenden Gründen konnte sich auch die Regierung nicht verschließen. Am 20. November 1923 legte Bundesminister Schmitz dem Nationalrat die Regierungsvorlage, betreffend die Kranken-, Stellenlosen- und Pensionsversicherung der Angestellten, vor, die im wesentlichen auf dem geschilderten Vereinheitlichungsgedanken beruhte. Sie wich nur insofern davon ab, als sie die Unfallversicherung, die für viele Angestellte von geringerer Bedeutung schien, einstweilen beiseite ließ, dafür aber die Stellenlosenversicherung in das Gesetz einbaute. Auf diese Weise sollte für die Privatangestelltenschaft eine berufliche Standesversicherung geschaffen werden, die sie von ihrem Eintritt in das Erwerbsleben bis zum Tode begleitet und sie, ihrem gehobenen Dienstrecht entsprechend, allen Gefahren gegenüber entsprechend sichert. Dieses Ziel konnte dem Wesen nach auch tatsächlich erreicht werden, obgleich sich der Entwurf des AngVG. in den langen Kämpfen, die sich hierüber entspannen,¹⁾ noch mancherlei Änderungen gefallen lassen mußte. So wurde namentlich die Unfallversicherung in das Gesetz mitaufgenommen, während man hinsichtlich der Stellenlosenversicherung nur einen losen finanziellen Zusammenhang konstruierte, im übrigen aber auf diesem Gebiete die Risikogemeinschaft mit den Arbeitern beibehielt.

f) Die Reform der Arbeiterversicherung. Die in zäher parlamentarischer Arbeit ihrer Gesetzwerdung entgegenreifende Angestelltenversicherung zeitigte aber auch noch andere bedeutsame Folgen. Sie bewirkte nämlich, daß endlich auch die Reform der Arbeiterversicherung in Fluß geriet. Wie früher erwähnt,²⁾ hatten die hierauf gerichteten Bemühungen bis zum Kriegsausbruch keinerlei Erfolg aufzuweisen, Abgesehen von den Bergarbeitern, die in ihren Bruderladen eine bescheidene Alters- und Invaliditätsversorgung besaßen, mußte die große Masse aller übrigen Arbeiter einer solchen Sicherung ihres Lebensabends entbehren. In den ersten Jahren nach Kriegsende gestatteten es die zerrütteten Geldverhältnisse nicht, einer so weittragenden Aktion näherzutreten.³⁾ Im Dezember 1921 entschloß sich dann die Regierung Schober zur Einbringung eines Invaliditätsversicherungsgesetzes, in dem Arbeiter und Angestellte noch gemeinsam behandelt waren. Diese

1) Ein anschauliches Bild über die Schwierigkeiten und Hemmungen, die sich der Gesetzwerdung der Angestelltenversicherungsvorlage in den Weg stellten, bietet der vom Nationalrat Dr. Drexel verfaßte Bericht des Ausschusses für soziale Verwaltung (Nr. 687 der Beilagen — Nationalrat II. Gesetzgebungsperiode), der in seinen wesentlichen Teilen bei Kerber: »Das Angestelltenversicherungsgesetz«, Wien 1929, Bd. I, S. 37 bis 41, sowie zur Gänze in der Ausgabe von Czerny: »Das Angestelltenversicherungsgesetz nach dem Stande von Mitte Februar 1929«, Bd. I, Wien 1929, S. 1 bis 21, abgedruckt ist.

2) Vgl. hierüber die Ausführungen auf S. 30 und 502.

3) Der damalige Staatssekretär für soziale Verwaltung Ferdinand Hanusch mußte sich daher auf die Ausarbeitung eines Vorentwurfes (September 1920) beschränken, den er dann nach seinem Scheiden vom Amte in seiner Eigenschaft als Abgeordneter im Nationalrat als Initiativantrag einbrachte.

Vorlage kam jedoch im Nationalrat nicht zur Verhandlung. Erst als man daran ging, die Angestelltenversicherung selbständig zu gestalten, wurde auch der Weg für den Ausbau der Arbeiterversicherung frei. Man versuchte nun, diese letztere lediglich auf die manuell Tätigen abzustellen und arbeitete im BM. für soziale Verwaltung den Entwurf eines alle Zweige zusammenfassenden Arbeiterversicherungsgesetzes aus, das Bundesminister Dr. Resch am 10. November 1925 im Nationalrat einbrachte. Dieser hatte sich nun mit zwei nebeneinander laufenden, sich jedoch gegenseitig bedingenden Reformgesetzen, der Angestelltenversicherung und der Arbeiterversicherung, zu befassen.

Über das Schicksal dieser beiden Vorlagen wurde schon an früherer Stelle¹⁾ berichtet. Es kann daher auf das dort Gesagte verwiesen werden. Bemerkenswert sei lediglich, daß das am 29. Dezember 1926 im Nationalrat beschlossene AngVG. seither zweimal, u. zw. durch die Bundesgesetze vom 2. August 1927, B. 240, und vom 12. Juli 1928, B. 201, abgeändert²⁾ wurde und in seiner dermaligen Fassung durch die Textvdg. vom 22. August 1928, B. 232, neu verlaublich worden ist. Das Gesetz, welches nunmehr allen berechtigten Wünschen der Angestellten Rechnung trägt, ist bereits in allen seinen Bestimmungen in Kraft getreten.³⁾ Anders steht es mit dem ArbVG., dessen Verabschiedung zwar schon am 1. April 1927 erfolgte, während sein Wirksamkeitsbeginn aus wirtschaftspolitischen Gründen hinausgeschoben werden mußte. Es herrscht daher in der Arbeiterversicherung dormalen ein Übergangszustand, da das auf den früheren Kranken- und Unfallversicherungsgesetzen beruhende alte Recht noch in Geltung steht, in Kürze jedoch den neuen Vorschriften zu weichen haben wird. Mittler-

1) Siehe die Darlegungen auf S. 41—42.

2) Von diesen beiden Gesetzen beschränkte sich die am 2. August 1927 erlassene »kleine« (I.) Novelle nur auf einige wenige, als unaufschiebbar empfundene Abänderungen des AngVG. Weit einschneidendere Reformen brachte die am 12. Juli 1928 verabschiedete »große« (II.) Novelle, die von den 147 Paragraphen des Stammgesetzes nur etwa ein Drittel unverändert ließ und dem AngVG. einen vielfach neuen Charakter aufprägte. Namentlich galt es hierbei, gewisse bei der Durchführung des Gesetzes zutage getretene Härten zu mildern, legistische Unklarheiten zu beseitigen und einzelne Bestimmungen, die in der Praxis verschiedene Auslegung gefunden hatten, authentisch zu interpretieren. Auch vermochte sich der zur Beratung der Vorlage eingesetzte Unterausschuß den zahlreichen, auf Verbesserung des Gesetzes gerichteten Anregungen und Wünschen nicht zu entziehen, die aus den Kreisen der Angestellten sowie der Versicherungsträger an ihn gelangten. So kam es zu einer völligen Neubearbeitung des AngVG., das auf diese Weise seine jetzige Gestalt erhielt. Vgl. über die bei Abfassung der II. Novelle zum AngVG. leitenden Gesichtspunkte auch den instruktiv gehaltenen Ausschlußbericht des Abg. Drexel (Nr. 186 der Beilagen — Nationalrat, III. Gesetzgebungsperiode), abgedruckt bei Kerber, a. a. O., S. 52—101, sowie bei Czerny, a. a. O., S. 22—62.

3) Das Stammgesetz trat hinsichtlich seiner verschiedenen Bestimmungen etappenweise, u. zw. am 1. Jänner, am 1. Februar, am 1. Juli und am 1. September 1927 in Kraft. Die I. Novelle zum AngVG. wurde mit Rückwirkung auf den 1. Juli 1927 verabschiedet, während der Wirksamkeitsbeginn der II. Novelle mit 1. August 1928 festgesetzt wurde.

weile sind allerdings durch eine Reihe interimistischer Gesetze gewisse unaufschiebbare Verbesserungen vorweggenommen worden.¹⁾ So hat das Krankenkassenorganisationsgesetz vom 28. Dezember 1926, B. 17 ex 1927, den organischen Aufbau der Krankenkassen auf neue Grundlagen gestellt, die XXIII. Novelle zum KrVG. vom 20. Dezember 1928, B. 354, die bisherige Unterversicherung durch Anfügung von zwei neuen Lohnklassen gemildert und die XVII. Novelle zum UnfVG. vom 16. Februar 1928, B. 50, durch Erhöhung des anrechenbaren Arbeitsverdienstes sowie durch Gleichstellung der Berufskrankheiten mit den Betriebsunfällen eine zeitgemäße Reform der Unfallversicherung bewirkt.

g) Die Landarbeiterversicherung. Weit bedeutsamer als die erwähnten Übergangsgesetze ist die Neueinführung der Landarbeiterversicherung, die durch das Bundesgesetz vom 18. Juli 1928, B. 235, erfolgte. Auch hievon war an früherer Stelle²⁾ bereits die Rede. Hinzuzufügen wäre noch, daß dieses Gesetz, das mittlerweile durch das Bundesgesetz vom 18. Juli 1929, B. 253, erstmalig novelliert wurde, nicht nur den Land- und Forstarbeitern alle Zweige der modernen Sozialversicherung erschließt, sondern auch für Landwirte und Pächter innerhalb gewisser Grenzen den Weg zur Alters- und Unfallversicherung in bedingt obligatorischer Form offen hält. Aber noch in anderen Belangen weist das LandArbVG., das sich als dritte große Kodifikation dem AngVG. und dem ArbVG. anreihet, eigenartige Züge auf. Insbesondere paart sich hier sozialer Fortschritt mit gewissen rückschrittlichen Tendenzen, die allerdings zum Teil in den besonderen Verhältnissen der Landwirtschaft ihre Begründung finden. Hierauf wird noch in späterem Zusammenhange zurückzukommen sein.

h) Die Selbständigenversicherung. Diese historische Skizze, die aus der Fülle der Geschehnisse nur das Wichtigste hervorhebt, wäre unvollkommen, wenn nicht auch in Kürze der auf Einführung der Selbständigenversicherung gerichteten Bestrebungen gedacht würde. Diese traten schon bei den Beratungen über das Körbersche Reformprogramm hervor und verdichteten sich später um so mehr, als der im Jahre 1908 von der Regierung Beck vorgelegte Gesetzentwurf ein Junktim zwischen dem Ausbau der Arbeiterversicherung und der Einführung einer obligatorischen Altersversicherung für Kleinbauern und Kleingewerbetreibende in Vorschlag gebracht hatte. Dieses Junktim, das in der Regierungsvorlage von 1911 in gemilderter Form aufrechterhalten wurde, führte schließlich zum Scheitern der ganzen gesetzgeberischen Aktion.³⁾ Als letztere nach dem Umsturz wieder aufgenommen wurde, wollte man zunächst in der 1925 eingebrachten Regierungsvorlage beide Fragen neuerlich miteinander verquicken.

1) Siehe über diese Übergangsmaßnahmen auch die Ausführungen auf S. 43.

2) Vgl. diesbezüglich die Darlegungen auf S. 43.

3) Siehe hierüber auch die Ausführungen auf S. 30.

Angesichts des weit vorgeschrittenen Standes der Arbeiterversicherungsreform mußte jedoch diese Absicht fallen gelassen werden. Man trennte nunmehr beide Komplexe, da man zur Überzeugung gelangt war, daß bei Lösung derselben verschiedene Gesichtspunkte obwalten. Seitens des BM. für soziale Verwaltung wurden dann im April 1926 »Grundzüge« für eine Altersversicherung der Selbständigen ausgearbeitet und an die beteiligten Berufskörperschaften zur Stellungnahme hinausgegeben. Nach diesen Grundzügen sollte die Altersversicherung nur für die Handels- und Gewerbetreibenden obligatorisch eingeführt, für die Landwirte und die Angehörigen gewisser liberaler Berufe¹⁾ jedoch auf freiwilliger Grundlage ermöglicht werden. Hiebei dachte man im wesentlichen an die Erwerbung aufgeschobener Leibrenten. Seither hat die Lösung dieser Frage nur geringe Fortschritte gemacht, zumal innerhalb der Interessentenkreise selbst keine Einmütigkeit zustande zu bringen war. Lediglich im LandArbVG. konnte für die bedingt obligatorische Alters- und Unfallversicherung der Landwirte und Pächter vorgesorgt werden.²⁾ Endlich ist auch noch durch die Art. XIII bis XV der Gewerbenovelle vom 10. Juli 1928, B. 189, für die einer Genossenschaft angehörigen Gewerbetreibenden die Möglichkeit geschaffen worden, mit Zweidrittelmehrheit aller stimmberechtigten Mitglieder den Zwang zur Krankenversicherung zu beschließen.³⁾ Von dieser gesetzlichen Ermächtigung Gebrauch machend, hat auch bereits das Gremium der Wiener Kaufmannschaft, dem 9535 Firmen angehören, die Errichtung einer obligatorischen Krankenkasse für seine Mitglieder beschlossen.⁴⁾ Es ist anzunehmen, daß diesem Beispiel in Bälde auch noch andere größere Genossenschaften folgen werden. Die Frage der Altersversicherung der Gewerbetreibenden kann allerdings im Wege von freiwilligen Maßnahmen nicht durchgreifend gelöst werden. Hiezu bedarf es vielmehr gesetzlichen Zwanges. Es werden daher die hierauf gerichteten Bemühungen nicht erlahmen dürfen, wenn dem durch die Not der Zeit vielfach betroffenen Gewerbebestand die Wohltaten dieses Versicherungszweiges erschlossen werden sollen.

1) Von diesen letzteren wurden seither die Notare durch das Bundesgesetz vom 28. Oktober 1926, B. 317, einer Zwangsversicherung gegen Unfall, Alter und Invalidität teilhaftig.

2) Die Krankenversicherung der Landwirte und Pächter ist hingegen nur eine fakultative.

3) Nach der früheren Fassung des § 115 c GewO. war zur gültigen Fassung eines derartigen Beschlusses die Anwesenheit von drei Vierteln aller stimmberechtigten Genossenschaftsmitglieder und die Zustimmung von mindestens drei Vierteln der Anwesenden erforderlich. Nunmehr ist durch Art. XV der oberwähnten GewNovelle diese Beschlußfassung erleichtert worden, indem bereits durch schriftliche Zustimmung von zwei Dritteln der Genossenschaftsmitglieder die Einführung des Versicherungszwanges bewirkt werden kann.

4) Die Krankenkasse der Wiener Kaufleute hat ihre Tätigkeit am 1. Mai 1929 aufgenommen.

§ 78. Die verschiedenen Zweige und Arten der Sozialversicherung.

Ihrer Wesensart nach kann man die Sozialversicherung nach verschiedenen Gesichtspunkten einteilen. Hat man zunächst die körperlichen oder wirtschaftlichen Notstände im Auge, aus denen die Versicherten durch die ihnen gebotenen Geld- und Naturalleistungen befreit werden sollen, so lassen sich vier Betätigungsgebiete der Sozialversicherung unterscheiden: die Krankenversicherung, die Unfallversicherung, die Alters- und Invaliditätsversicherung sowie die Hinterbliebenenversicherung.¹⁾ Diese Versicherungszweige sind historisch gewachsene Einheiten, die, obgleich organisch getrennt, doch durch den die moderne Sozialversicherung beherrschenden Zentralisationsgedanken miteinander in engste Verbindung gebracht worden sind. Mitunter gesellt sich als fünfter Zweig noch die Arbeitslosenversicherung hinzu. In den Gesetzgebungen der meisten Staaten, so auch Österreichs und Deutschlands, ist dieses eigenartige Fürsorgegebiet jedoch auf selbständige Grundlagen gestellt und nicht so sehr mit der Sozialversicherung als mit der öffentlich-rechtlichen Arbeitsvermittlung in Zusammenhang gebracht worden.²⁾

Das zweite, die Gliederung der Sozialversicherung beeinflussende Moment ist in der beruflichen Schichtung und sozialen Struktur der Arbeitnehmer zu suchen. Hier ergeben sich je nach dem Lebensstandard, der arbeitsrechtlichen Position und der soziologischen Einstellung der einzelnen Versichertengruppen so weitgehende Differenzierungen, daß eine klassenmäßige Abspaltung bis zu einem gewissen Grade notwendig erscheint. Diesem Gedanken Rechnung tragend, hat sich denn auch in der Sozialversicherung die große Scheidung zwischen Angestellten und Arbeitern vollzogen, die zu einer fast völligen Riskentrennung zwischen diesen beiden Arbeitnehmerkategorien geführt hat. Die Angestelltenversicherung zerfällt ihrer Art nach in jene der privaten und öffentlichen Angestellten, welche letztere jedoch mit Rücksicht auf ihre dienstrechtlich gesicherten Pensionsansprüche lediglich der Krankenversicherung bedürfen.³⁾ Bei der Arbeiterversicherung wiederum pflegt man die Masse der industriellen und gewerblichen Arbeiter anders als die in der Land- und Forstwirtschaft, im Verkehr, in der Schifffahrt, im Bergbau, in der Heimarbeit und im

¹⁾ Die Hinterbliebenenversicherung stellt, im Grunde genommen, keinen besonderen Versicherungszweig dar. Sie entspringt dem Gedanken der Familienfürsorge und wird zumeist mit der Unfallversicherung sowie mit der Alters- und Invaliditätsversicherung organisch verwoben, und zwar derart, daß jeder gegen Unfall, Alter oder Invalidität unmittelbar Versicherte durch Erfüllung der Voraussetzungen für die Gewährung der ihm gebührenden Entschädigung zugleich für seine nächsten Angehörigen Anwartschaft auf Hinterbliebenenentschädigung erwirbt.

²⁾ Siehe hierüber die Ausführungen auf S. 669.

³⁾ Aus diesem Grunde pflegt man die Krankenversicherung der öffentlichen Angestellten zumeist durch besondere Gesetze zu regeln. Vgl. in dieser Hinsicht auch die Fußnote ²⁾ auf S. 503.

Haushalt Tätigen zu behandeln. Allerdings treten diese Unterschiede nicht in den Gesetzgebungen aller Staaten gleich stark hervor. Speziell in Österreich ist man durch die jüngste Arbeiterversicherungsreform zu einer ziemlich weitgehenden Gleichstellung aller der erwähnten Arbeitnehmerkategorien gelangt. Wir werden daher nach dem Inkrafttreten der neuen Gesetze im wesentlichen nur drei, nach großen Berufsgruppen geschiedene Versicherungsarten besitzen, u. zw. die Angestelltenversicherung,¹⁾ die Arbeiterversicherung und die Landarbeiterversicherung. Sollte es in Hinkunft auch zur Einführung der Selbständigenversicherung kommen, so würde diese dann als vierte Kategorie zu den schon bestehenden Versicherungsarten hinzutreten.

Ein dritter für die Artbestimmung der Sozialversicherung maßgebender Gesichtspunkt läßt sich daraus gewinnen, ob es sich bei den zu bewerkstellenden Versicherungsleistungen um die Wiedergutmachung eines bloß vorübergehenden oder eines dauernden Schadens handelt. Im ersten Falle, wo, wie z. B. in der Krankenversicherung, nur kurzfristige und nicht in regelmäßigen Perioden wiederkehrende Leistungen in Frage kommen, ist die Wesensart der Versicherung eine andere,²⁾ als bei jenen Versicherungszweigen, die, wie z. B. die Unfall-, Alters- oder Invaliditätsversicherung, bei langwierigen, ja oft lebenslänglichen Schäden Hilfe bringen sollen. Hier sind es Dauerleistungen, zumeist Renten, die geboten werden. Man pflegt daher diese Versicherungsarten, ihrem Grundcharakter entsprechend, als »Rentenversicherung« zu bezeichnen. Der sich von diesem Gesichtspunkt aus ergebende Unterschied äußert wiederum eine Reihe von Folgewirkungen, sowohl was das Verhältnis der einzelnen Versicherungszweige untereinander, als auch, was deren innere Organisation und das ihrer Gebarung zugrundeliegende Finanzsystem anbelangt. In ersterem Belange bildet die kurzfristige Krankenversicherung oft eine Vorstufe zu den langfristigen Formen der Unfall- und Invalidenversicherung. Insbesondere erfaßt das von den Krankenkassen durchzuführende Heilverfahren das Anfangsstadium der bei Arbeitsunfällen nötigen Heilbehandlung und geht auch im Invaliditätsfalle

1) Von der Angestelltenversicherung haben sich allerdings bereits gewisse Abspaltungen zugunsten einzelner Berufskreise ergeben. So wurden z. B. die Notariatskandidaten durch das Gesetz vom 28. Oktober 1926, B. 317, über die Notarenversicherung einer Sondersicherung teilhaftig, welche auch die Notare selbst, somit Berufsträger und Berufsanwärter gemeinsam erfaßt. Desgleichen bestehen besondere Vorschriften für die Versicherung der Eisenbahnangestellten, welche vielleicht in Hinkunft durch ein neues Gesetz über die Sozialversicherung der Verkehrsbediensteten ersetzt werden dürften.

2) Bei der Krankenversicherung handelt es sich um ein rasches, helfendes Eingreifen, das ohne weitwendige Formalitäten bewerkstelligt werden muß, wenn es sein Ziel erreichen soll. Anders bei der Rentenversicherung, die auf Dauerleistungen abzielt und wo daher schon aus finanziellen Gründen über das Vorhandensein der Anspruchsberechtigung in einem dem Rechtszug unterliegenden Verfahren abzuurteilen ist.

häufig der Berentung voraus. In verwaltungstechnischer Hinsicht dienen die Krankenkassen gleichfalls der Rentenversicherung, indem sie für dieselbe Beiträge einziehen, die Versicherten in Evidenz halten usw. Sie sind also nicht bloß Vor-, sondern auch Unterstufe der Rentenversicherung.¹⁾ Dieser Wesensunterschied äußert sich naturgemäß auch in organisatorischem Belange. Die kurzfristigen Versicherungsleistungen müssen in die Hände örtlich dezentralisierter, dem Versicherten leicht erreichbarer Versicherungsträger gelegt werden. Daher sind die Krankenkassen lokal aufgebaut, während die Unfall- und Invalidenversicherungsanstalten von zentralen Stellen aus, die sich meist über ein größeres Gebiet erstrecken, verwaltet zu werden pflegen. Im Finanzsystem endlich ergibt sich insofern eine Scheidung, als die Träger der Krankenversicherung zwar über ein ihre laufenden Ausgaben deckendes Einnahmenbudget verfügen müssen, im übrigen aber mangels fest übernommener Zukunftsverpflichtungen auf eine stärkere Reservenbildung verzichten können. Wenn einzelne gut geleitete Kassen dennoch Rücklagen vornehmen, so geschieht dies nur vorsichtsweise, um Krisenzuständen gegenüber einen Rückhalt zu gewinnen. Anders steht es bei der Rentenversicherung, wo auch beim Aufwanddeckungsverfahren Schwankungsreserven gebildet werden müssen,²⁾ die dazu bestimmt sind, das Ansteigen der Beiträge zu mildern.

Schon diese wenigen Andeutungen lassen die mannigfachen Unterschiede erkennen, die zwischen den einzelnen Versicherungsarten bestehen. Natürlich trägt auch das positive Recht diesen Verschiedenheiten Rechnung. Wenn wir uns nun im folgenden der Darstellung dieses Rechtes zuwenden, so wie es in der Republik Österreich auf dem Gebiete der Sozialversicherung geschaffen wurde, so soll hiebei, der Struktur der Gesetzgebung entsprechend, von den drei nach Berufsgruppen getrennten Versicherungsarten ausgegangen und nacheinander das Recht der Angestelltenversicherung, der Arbeiterversicherung und der Landarbeiterversicherung unter Zugrundelegung der neuen Vorschriften geschildert werden. Am Schlusse wird dann noch in einem Anhang die durch die Sozialversicherung herbeigeführte volkswirtschaftliche Belastung³⁾ an der Hand statistischer Daten kurz erörtert.

1) Aus dieser engen, organischen Verbandarbeit der einzelnen Versicherungsträger ergeben sich günstige Rückwirkungen für die Geschlossenheit und Schlagkraft der modernen Sozialversicherung. Das Ineinandergreifen der von den Unter- und Oberstufen zu entfaltenden Tätigkeit erspart nicht bloß Verwaltungskosten, sondern vereinfacht auch das Verfahren und gestattet eine verlässliche Standesführung der Versicherten.

2) Die neuen Sozialversicherungsgesetze sind durchwegs vom Kapitaldeckungsverfahren abgekommen. Doch wurde dieses nicht durch ein reines Umlagensystem, sondern durch ein mit bescheidener Reservenbildung kombiniertes Aufwanddeckungsverfahren ersetzt.

3) Diese in der Öffentlichkeit viel erörterte Frage ist nicht nur wegen der oft in Zweifel gezogenen Tragfähigkeit unserer Wirtschaft von Bedeutung, sondern verdient auch deshalb eine eingehendere Würdigung, weil sie das durchgreifende Wirken der Sozialversicherung in entsprechender Ziffergruppierung klar erkennen läßt.

Zweites Kapitel.

Die Angestelltenversicherung.

§ 79. Der sachliche Umfang der Angestelltenversicherung.

Die Angestelltenversicherung, die auf dem AngVG. vom 29. Dezember 1926, B. 388, in seiner durch die Textvdg. vom 22. August 1928, B. 232, erhaltenen Fassung beruht, weist in sachlichem Belange einen weitgezogenen Umfang auf. Sie wird vom Vereinheitlichungsgedanken beherrscht, der in der Zusammenfassung aller für die Angestellten in Betracht kommenden Versicherungsweige kulminiert. So ergreift denn die Angestelltenversicherung sämtliche Notstandsfälle, in welchen der Angestellte eine soziale Hilfe braucht und mit Recht erwartet. Zu diesen Risiken zählen nach § 1, Abs. 1, AngVG. die Fälle der Krankheit, der Stellenlosigkeit, der Berufsunfähigkeit, des Alters und des Todes sowie die Folgen eines erlittenen Dienstunfalles, bzw. der diesem gleichzuhaltenden Berufserkrankungen. Wir finden somit im AngVG. die Kranken-, die Unfall- und die Pensionsversicherung, teilweise sogar auch die Stellenlosenversicherung vereinigt.¹⁾

Diese Konzentration sämtlicher Versicherungsweige hat große Vorteile im Gefolge. Sie festigt nicht bloß das organische Gefüge der Angestelltenversicherung, sondern ermöglicht auch einheitliche Beitrags- und Bemessungsgrundlagen,²⁾ die auf die Vereinfachung des Verfahrens günstig rückwirken. Auf diese Weise lassen sich im Vergleiche zum früheren Rechtszustand, der das Nebeneinanderwirken zahlreicher Versicherungsträger³⁾ mit kostspieligem Verwaltungsaufwand kannte, namhafte Ersparungen erzielen, die zur Verbesserung der eigentlichen Versicherungsleistungen Verwendung finden können.

Was nun die Behandlung der einzelnen Versicherungsweige betrifft, so werden im AngVG. lediglich die Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung zur Gänze geregelt. Bezüglich der Stellenlosenversicherung ist eigentlich nur ihr finanzieller Einbau in das Gesetz

1) Hinsichtlich aller dieser Versicherungsweige stellt § 1, Abs. 1, AngVG. den Grundsatz der »ex-lege« oder — juristisch zutreffender ausgedrückt — der »ipso-jure« Versicherung auf. Dies will besagen, daß zugleich mit dem Eintritt der Versicherungspflicht auch die Versicherung als solche wirksam wird, ohne daß es hiezu erst weiterer Rechtsformalitäten (Anmeldung usw.) bedürfte. Am uneingeschränktesten zeigt sich dieser ipso-jure-Charakter bei der Kranken- und Unfallversicherung. Hingegen ist er bei der Pensionsversicherung insofern etwas zurückgedrängt, als nach § 90, Abs. 1, AngVG., die Erwerbung anzurechnender Dienstzeiten erst vom Monate der Anmeldung angefangen vor sich geht. Vgl. in dieser Hinsicht die sehr instruktiven erläuternden Bemerkungen bei Czerny, a. a. O., S. 69.

2) Als solche gelten nach § 7 AngVG. die auf den Kalendermonat entfallenden festen oder veränderlichen Bezüge, namentlich der Gehalt des Versicherten, wobei jedoch mindestens 80 S und höchstens 400 S angerechnet werden. Siehe hierüber auch die Ausführungen auf S. 529 ff.

3) Hauptsächlich kamen hier die vielen Ersatzeinrichtungen in Frage, die ver-teuernd wirkten.

insofern erfolgt, als § 109 AngVG. die Höhe der hierfür zu entrichtenden Beiträge¹⁾ normiert und § 113 AngVG. die zuständige Versicherungskasse mit deren Einziehung beauftragt. Ansonsten werden jedoch gemäß § 15 AngVG. die Voraussetzungen für die Gewährung der Stellenlosenunterstützung sowie Dauer und Höhe derselben auch für die nach dem AngVG. versicherungspflichtigen Personen lediglich durch das ArbLVG. vom 24. März 1920, St. 153, und die dasselbe abändernden oder ergänzenden Vorschriften²⁾ bestimmt.

Es wird also in diesem Belange zwischen Arbeitern und Angestellten kein Unterschied gemacht, eine Tatsache, die sich für die letzteren als überaus nachteilig erweist. Dies schon aus dem Grunde, weil die Angestellten für ihre Stellenlosenversicherung im Verhältnis zur Unterstützung, die sie erhalten, weit mehr einzahlen als die Arbeiter. Es machen sich daher in der Angestelltenschaft starke Strömungen bemerkbar, die auch auf diesem Gebiete eine Riskentrennung zwischen Arbeitern und Angestellten fordern. Diesbezügliche Anträge³⁾ lagen dem Nationalrat bereits anlässlich der Beratung der II. Novelle zum AngVG. vor. Derselbe unterließ es damals aus Zweckmäßigkeitsgründen, hierüber gesetzliche Verfügungen zu treffen, forderte jedoch mittels einer Entschließung die Bundesregierung auf, dafür vorzusorgen, daß mit dem Inkrafttreten der Arbeiterversicherung auch eine vollständige Riskentrennung zwischen der Stellenlosenversicherung der Angestellten und der Arbeitslosenversicherung der Arbeiter durchgeführt werde. Geschieht dies, dann wird es auch möglich sein, dem berufsständischen Charakter der Angestelltenversicherung durch entsprechend gesteigerte Stellenlosenunterstützung Rechnung zu tragen.

§ 80. Der Kreis der Versicherten.

Um diesen richtig zu beurteilen, muß man die pflichtversicherten und die freiwillig versicherten Personengruppen auseinanderhalten. Erstere bilden ihrer Zahl und Bedeutung nach den Hauptstock der Versicherten, während letztere nur ergänzend hinzutreten. Demgemäß stellt auch das AngVG. die Vorschriften über die Versicherungspflicht als grundlegenden Normenkomplex an die Spitze seiner Bestimmungen (§§ 1 bis 4), wohingegen die freiwillige Versicherung erst an späterer Stelle (§§ 49 bis 49 b) behandelt wird. So soll denn auch

1) Die Beiträge zur Stellenlosenversicherung machen derzeit 2·8 Prozent der gesetzlichen Beitragsgrundlage aus.

2) Siehe Näheres hierüber auf S. 682 ff.

3) Solche Anträge wurden insbesondere von den großdeutschen Abgeordneten Wagner und Grailler eingebracht, welche die Stellenlosenversicherung der Angestellten auf selbständige Grundlagen gestellt wissen wollten. Die sozialdemokratischen Abgeordneten Allina und Genossen wiederum beantragten die Einführung höherer Lohnklassen in der Arbeitslosenversicherung, um auf diese Weise das bestehende Mißverhältnis zwischen Beitragsleistung und Unterstützungshöhe zu beseitigen.

hier zunächst der Kreis der pflichtversicherten Personen und dann jener der freiwillig Versicherten erörtert werden.

I. Der Kreis der pflichtversicherten Personen. Hiemit rollt sich eine Frage auf, deren klare und präzise Lösung bei der parlamentarischen Beratung des AngVG. und seiner Novellen die größten Schwierigkeiten¹⁾ bereitete. Diese ergaben sich sowohl bei der positiven als auch bei der negativen Absteckung des Versichertenkreises. Während erstere die vom Versicherungszwang erfaßten Regelfälle klarzulegen hatte, mußte letztere für die entsprechende Abgrenzung der Ausnahmen sorgen. So kam es denn zu einer Gegenüberstellung zwischen der in § 1 AngVG. enthaltenen Aufzählung der einzelnen Fälle der Versicherungspflicht und den in den §§ 2 und 4 AngVG. hievon zugestandenen Ausnahmen. Im folgenden wird nunmehr die Frage der Versicherungspflicht erst im positiven und dann im negativen Sinne untersucht.

a) Die positive Abgrenzung der Versicherungspflicht. Um die einzelnen Fälle derselben richtig zu erfassen, wurden im Zuge der Gesetzwerdung des AngVG. und seiner Novellen verschiedene Methoden angewendet. Im Stammgesetz hatte man zunächst versucht, den Kreis der versicherungspflichtigen Personen, der sich ja im wesentlichen auf den dem AngG., dem Schauspielergesetz und dem GutsAngG.²⁾ unterliegenden Dienstnehmergruppen aufbaut, daneben aber auch noch verschiedene Grenzfälle miterfaßt, durch eine der Terminologie des AngG. entlehnte, allgemeine Formel zu umschreiben. Man erklärte daher im § 1 des Stammgesetzes alle jene im Inland unselbständig erwerbstätigen Personen für versicherungspflichtig, »die bei einem oder mehreren Dienstgebern vorwiegend zur Leistung kaufmännischer oder höherer, nichtkaufmännischer Dienste oder zu Kanzleiarbeiten angestellt sind und hiedurch in ihrer Erwerbstätigkeit hauptsächlich in Anspruch genommen werden«. Diese Generalklausel schien jedoch den Verfassern des Stammgesetzes nicht ausreichend zu sein, um volle Klarheit über den Umfang der Versicherungspflicht zu schaffen.³⁾

Sie fügten daher noch eine beispielsweise Aufzählung⁴⁾ einzelner, namentlich angeführter Dienstleistungen hinzu, die »insbesondere« als die Versicherungspflicht begründend anzusehen sein sollten. Durch

1) Vgl. hierüber auch den Ausschlußbericht über die II. Novelle zum AngVG.

2) Diese drei Dienstvertragskodifikationen erfassen zweifellos den Hauptstock der nach dem AngVG. Versicherten. Doch laufen noch andere versicherungspflichtige Beschäftigungen nebenher, die keinem dieser drei Landesgesetze unterliegen.

3) Hatte doch der OGH. in seinen Entscheidungen vom 8. April 1924. SZ. VI/143 und vom 8. Dezember 1924, SZ. VI/394, gerade im Hinblick auf oberwähnte Formel den Webmeistern den Angestelltencharakter abgesprochen und damit auch Zweifel hinsichtlich ihrer vom VGH. anerkannten Versicherungspflicht hervorgerufen.

4) Diese exemplifikative Aufzählung in § 1 des Stammgesetzes umfaßte 6 Gruppen (a bis f) solcher die Versicherungspflicht begründenden Dienstleistungen.

diese Verquickung von Generalklausel und Enumerationsmethode wurde jedoch in Praxis und Judikatur Verwirrung hineingetragen, da einzelne Gerichte irrigerweise folgerten, daß diese Aufzählung des später erlassenen AngVG. gleichzeitig eine authentische Interpretation des aus früherer Zeit (1921) stammenden AngG. bedeute und demzufolge dadurch auch dessen Anwendungsgebiet eine Erweiterung erfahren habe. Mittels dieser falschen Argumentation wurden nicht selten der Angestelltencharakter und damit die aus dem AngG. fließenden Rechte auch solchen Personen zugesprochen, die einen Anspruch hierauf nicht besaßen. Umgekehrt ergab sich aber aus der unglücklichen Fassung des Stammgesetzes, daß unter Umständen eine Person, die als dem AngG. nicht unterliegend erklärt wurde, aus diesem Grunde allein als nicht versicherungspflichtig bezeichnet werden konnte. Endlich gelangte im Stammgesetze nicht klar zum Ausdruck, ob ein Beruf, der häufig genug versicherungspflichtige Hauptbeschäftigung ist (so z. B. der eines Kinomusikers), auch dann die Versicherungspflicht begründet, wenn er — um einen oft vorkommenden Fall zu nennen — von einem Bundesangestellten als Nebenbeschäftigung ausgeübt wird.

Um diese Zweifel zu bannen und zugleich auch falsche Rückschlüsse auf die Auslegung des AngG. zu vermeiden, wurde nun dem die Versicherungspflicht regelnden § 1, Abs. 1, AngVG. durch die II. Novelle eine solche Fassung gegeben, daß die Dienste, welche die Einbeziehung in die Versicherungspflicht begründen, nicht mehr durch eine Generalklausel gekennzeichnet, sondern einzeln und taxativ im Gesetze selbst angeführt werden. § 1, Abs. 1, AngVG. umschreibt somit, ohne sich an den Wortlaut des AngG. irgendwie anzulehnen, den Kreis der versicherungspflichtigen Personen mit nachstehenden Worten:

»Versicherungspflichtig und nach den folgenden Bestimmungen für die Fälle der Krankheit, der Stellenlosigkeit, der Berufsunfähigkeit, des Alters und des Todes sowie für die Folgen eines Dienstunfalles versichert ist, wer im Inland bei einem oder mehreren Dienstgebern vorwiegend¹⁾ zu Diensten folgender Art angestellt ist:

- a) die Leitung von Betrieben und Betriebsabteilungen;
- b) eine Aufsichts- oder Überwachungstätigkeit, die mit der Ob-
sorge für die technisch oder wirtschaftlich entsprechende Arbeits-
leistung anderer Bediensteter verknüpft ist, wie sie dem höheren Auf-

¹⁾ Die versicherungspflichtige Beschäftigung muß also im Tätigkeitsbereiche des betreffenden Dienstnehmers zeitlich überwiegen, um die Versicherungspflicht zu begründen. Es wird daher z. B. ein Webmeister, der hauptsächlich mit den Aufgaben eines Saal- oder Werkmeisters betraut ist, zeitweise jedoch in diesem Saale auch einen Webstuhl bedient, nach dem AngVG. versicherungspflichtig sein; nicht hingegen der Setzer einer Druckerei, der nur ausnahmsweise als Faktor oder Korrektor verwendet wird. Vgl. hierüber auch die Abs. 25 und 26 des Ausschlußberichtes zum Stammgesetz, abgedruckt bei Czerny, a. a. O., S. 6ff. sowie dessen Ausführungen auf S. 70.

sichtspersonal (z. B. Werkführern, Werkmeistern und diesen Gleichgestellten,¹⁾ Steigern, Aufsehern in Berg- und Hüttenbetrieben und den ständigen Stellvertretern der genannten Aufsichtspersonen, Polieren, Warenprüfern und -übernehmern, ferner dem höheren Ökonomie-, Forst-, Jagd- und Gartenpersonal) obliegt;

c) der Korrespondenz-, Buchhaltungs-, Rechnungs- und Kassendienst,²⁾ die Registrierung von Schriftstücken, Schreibaarbeiten, die zeichnerische Tätigkeit, der kaufmännische Hilfsdienst in Kreditunternehmungen aller Art und Versicherungsanstalten. Kanzleihilfsdienste, wie z. B. die Vervielfältigung von Schriftstücken oder Zeichnungen auf chemischem oder mechanischem Weg oder Botendienste begründen hingegen nicht die Versicherungspflicht;

d) Einkaufs-, Verkaufs- und Lagerdienste, die eine durch das Wesen des Warenumsatzes bedingte Schulung und Fertigkeit voraussetzen;³⁾

e) die Ausübung der freien Künste ohne Rücksicht auf den Kunstwert der Leistungen;

f) die Erteilung von Unterricht;

g) der wissenschaftliche oder ärztliche Hilfsdienst,⁴⁾ sofern er besondere schulmäßige oder fachliche Ausbildung erfordert;

h) die Beschäftigung mit Erziehung oder Wohlfahrtspflege, sofern sie schulmäßige oder fachliche Ausbildung erfordert und nicht vorwiegend in der einfachen körperlichen Wartung oder Körperpflege besteht;

1) Durch die Worte »und diesen Gleichgestellten« will das Gesetz zum Ausdruck bringen, daß alle Berufsgruppen, die im wesentlichen die gleichen Verrichtungen wie die Werkmeister zu besorgen haben — so z. B. Webmeister, Spinnmeister, Spulmeister u. dgl. — im Einklang mit der bisherigen Judikatur des VGH. auch fürderhin der Versicherungspflicht unterliegen sollen. (Ausschußbericht über die II. Novelle zum AngVG.)

2) Aus der Wortfolge »Buchhaltungs-, Rechnungs- und Kassendienst« ergibt sich, daß nicht jede mit Geldgebarung verknüpfte Tätigkeit die Versicherungspflicht begründet; der Ausdruck »Kassendienst« zielt nicht auf die einfache Tätigkeit der Geldübernahme und -herausgabe in jeder Art von Betrieben ab, sondern nur auf jenen Kassendienst, wie er sich bei kaufmännischen und industriellen Unternehmungen in Verbindung mit Buchungs- und Verrechnungsgeschäften herausgebildet hat. Es sind daher z. B. nicht versicherungspflichtig: die Sitzkassierin in Produktionsgewerben, die Büfettdame in einem Kaffeehaus, der Fahrscheine verkaufende Omnibusschaffner, der bei den Parteien die fälligen Beträge einhebende Bierfahrer, der die Tageslosung verrechnende Taxichauffeur u. a. m. Bei allen diesen Beschäftigungen tritt der Kassendienst hinter sonstigen manipulativen Tätigkeiten so weit in den Hintergrund, daß er nicht mehr als das Wesentliche der erbrachten Dienstleistung angesehen werden kann. (Ausschußbericht zur II. Novelle.)

3) Nach § 1, Abs. 1, des Stammgesetzes waren alle Ein- und Verkäufer, Lager- und Magazinsangestellte versicherungspflichtig. Nunmehr wurde die Versicherungspflicht durch die II. Novelle auf jene Einkaufs-, Verkaufs- und Lagerdienste eingeschränkt, die eine gewisse Schulung oder Fertigkeit voraussetzen. Dies wird insbesondere im Handelsgewerbe zutreffen, wo es sich bei den erwähnten Beschäftigungen in der Regel um eine wirkliche kaufmännische Dienstleistung handelt.

4) Als solcher ist auch der Dienst der erfahrenen Pflegerin am Krankenbette zu werten, sofern er über den Rahmen der bloßen körperlichen Wartung hinausgeht.

i) im übrigen alle Dienste, für die eine über das Lehrziel der Hauptschule wesentlich hinausgehende allgemeine Bildung erforderlich ist.«¹⁾

Zu dieser taxativen Aufzählung der einzelnen, die Versicherungspflicht begründenden Dienste fügt dann § 1, Abs. 1, AngVG. in seinem Schlußsatz noch ergänzend hinzu, daß als versicherungspflichtig jedenfalls Personen anzusehen sind, deren Dienstverhältnis durch das AngG., das Schauspielergesetz oder das GutsAngG. geregelt ist.²⁾ Auf diese Art wird die gewünschte Wechselbeziehung zwischen diesen drei Gesetzen und dem AngVG, hergestellt, ohne daß zu anderweitigen begrifflichen Konstruktionen Zuflucht genommen werden müßte.

So umgrenzt denn § 1, Abs. 1, AngVG. den Kreis der versicherungspflichtigen Personen in weit klarerer Weise, als dies nach dem Stammgesetze der Fall war. Dieser Kreis hat durch die von der II. Novelle gewählte Formulierung aber auch eine wesentliche Erweiterung erfahren. Diese wurde insbesondere dadurch herbeigeführt, daß die Versicherungspflicht nunmehr bloß an die Ausübung der versicherungspflichtigen Beschäftigung als solche, somit an den tatsächlichen Antritt des betreffenden Dienstes gebunden ist, ohne daß sich das AngVG. mehr darum kümmert, ob diese Beschäftigung die Erwerbstätigkeit des Dienstnehmers hauptsächlich oder nur nebenher in Anspruch nimmt.³⁾ Dies bewirkt, daß jetzt auch aktive oder pensionierte Bundesangestellte, die eine versicherungspflichtige Beschäftigung ausüben, zur Versicherung angemeldet werden müssen,⁴⁾ desgleichen Personen, die in ihrem Hauptberuf selbständig erwerbstätig sind, sich jedoch daneben noch als Angestellte verwenden lassen. Bei dieser strengeren Regelung spielen auch arbeitsmarktpolitische

1) Diese Bestimmung will suppletorisch für gewisse Dienstverhältnisse vorsorgen, die in lit. a) bis h) noch nicht berücksichtigt sind, aber immerhin im Zusammenhange mit der künftigen wirtschaftlichen Entwicklung für die Versicherungspflicht Bedeutung gewinnen können. Deshalb wurde im Gesetz ein Maßstab für den Grad jener Allgemeinbildung festgesetzt, der als Erfordernis für den versicherungspflichtigen Charakter einer Dienstleistung gelten soll. Hiebei macht es keinen Unterschied, ob dieser höhere Bildungsgrad schulmäßig oder durch Selbststudium erworben wurde. (Ausschußbericht zur II. Novelle, abgedruckt bei Kerber, a. a. O., S. 62, sowie bei Czerny, a. a. O., S. 29.)

2) Es ist somit bei Personen, deren Unterstellung unter eines dieser drei Standesgesetze unbestritten ist oder durch gerichtliches Urteil festgelegt wird, die Versicherungspflicht auf jeden Fall als gegeben anzusehen, ohne daß es einer weiteren Überprüfung ihrer Dienstleistungen bedürfte. Umgekehrt ist jedoch aus der Einbeziehung in die Angestelltenversicherung der gegenteilige Schluß auf Unterstellung des Versicherten unter eines der drei genannten Standesgesetze noch nicht begründet. (Ausschußbericht zur II. Novelle, S. 30.)

3) Das Stammgesetz hatte, wie erwähnt, die hauptsächlichliche Inanspruchnahme der Erwerbstätigkeit durch das Anstellungsverhältnis als Voraussetzung der Versicherungspflicht erklärt.

4) Es sei denn, daß die noch zu besprechenden Bestimmungen des § 2 AngVG. Ausnahmen von dieser Regel zulassen.

Erwägungen¹⁾ eine Rolle. Es soll nämlich verhütet werden, daß durch geringere Belastung mit Sozialversicherungsbeiträgen ein Anreiz zur Verwendung nebenberuflicher und daher billigerer Arbeitskräfte geschaffen werde.

Wohl zu unterscheiden von diesen Fällen ist die nach § 1, Abs. 2, AngVG. primär eintretende Versicherungspflicht von vollbeschäftigten Vertragsangestellten des Bundes, die unter die Vdg. der Bundesregierung vom 16. Jänner 1925, B. 37, und die diese abändernden Bestimmungen fallen. Es sind dies hauptberuflich im Bundesdienst tätige Personen, deren Dienstverhältnis jedoch nicht auf pragmatischen,²⁾ sondern auf vertraglichen Grundlagen ruht. Solche Funktionäre gelten nur dann als nach dem AngVG. versichert, wenn sie in das Schema für »höhere Verwaltungs- und gleichgestellte Fachdienste«, für »Rechnungs-, Verwaltungs- und diesen gleichgehaltene Fachdienste«, endlich für »Kanzlei-, Manipulations- und diesen gleichgehaltene Dienste« eingereiht sind. Infolge dieser für die Vertragsangestellten des Bundes geltenden Sonderbestimmung³⁾ hängt die Versicherungspflicht des Einzelnen nicht davon ab, welche Dienstleistungen er tatsächlich versieht, sondern in welches Schema er eingeteilt ist. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle wird allerdings die Beurteilung der Versicherungspflicht nach dieser Sondervorschrift kaum ein anderes Ergebnis liefern, als wenn auch hier § 1, Abs. 1, AngVG. zur Anwendung käme.

Eine praktisch wichtige Frage betrifft die Versicherungspflicht der Lehrlinge.⁴⁾ Diese gelten nach § 1, Abs. 3, AngVG. dann als versichert, wenn sie auf Grund eines Lehrvertrages in einem solchen Lehrverhältnis stehen, das für ein die Versicherungspflicht begründendes Dienstverhältnis vorbereitet. Es muß also ein Lehrvertrag vorliegen, eine Voraussetzung, die in der Regel nur bei Lehrlingen im Sinne des § 97 GewO. zutreffen wird. Andere ähnliche, jedoch nicht auf einem Lehrvertrag beruhende Dienstverhältnisse, die, wie z. B. jenes der Praktikanten, auf die allmähliche Einführung in den Dienst mit stufenweisem Übergang von leichteren zu schwierigeren Arbeiten abzielen,⁵⁾

1) Diese wurden insbesondere durch die unter den Angestellten herrschende große Arbeitslosigkeit ausgelöst, welche jede Begünstigung von »Doppelverdienern« verbietet.

2) Die pragmatischen Bundesangestellten, die in einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis stehen und Anwartschaft auf gesetzlich zugesicherte Ruhe- und Versorgungsgenüsse besitzen, sind gemäß § 2, Punkt 6, lit. a, AngVG. von der Versicherungspflicht ausgenommen.

3) Diese Bestimmung ergreift unter gewissen Voraussetzungen auch die vollbeschäftigten Vertragsangestellten anderer öffentlich-rechtlicher Verbände, so namentlich jene der Bundesländer, Bezirke und Gemeinden, der öffentlichen Fonds, Stiftungen und Anstalten, der Fortbildungsschulräte, der bundesgesetzlich geregelten Kammern (mit Ausnahme jener für Arbeiter und Angestellte), des Dorotheums, des Kriegsgeschädigtenfonds usw.

4) Vgl. über den Begriff des Lehrlings die Ausführungen auf S. 225 bis 226.

5) Siehe in dieser Hinsicht auch die Darlegungen von Grünberg in dessen Buche: »Das österreichische Angestelltenrecht«, Wien 1926, S. 22 ff.

fallen daher nicht unter die Vorschrift von § 1, Abs. 3, AngVG., sondern werden je nach der Beschaffenheit der zu leistenden Dienste zu qualifizieren sein. Sind diese höherer Art, so begründen sie jedenfalls die Angestellteneigenschaft und damit auch die Versicherungspflicht.

Mit dieser knappen Schilderung, die auf nähere Einzelheiten dieses von reicher Kasuistik durchdrungenen Problems¹⁾ leider nicht einzugehen vermag, ist der Kreis der Pflichtversicherten, so wie ihn § 1 AngVG. absteckt, in positiver Weise gekennzeichnet. Das so gewonnene Bild erfährt jedoch durch die im folgenden zu erörternden Ausnahmen eine nicht unwichtige Korrektur.

b) Die Ausnahmen von der Versicherungspflicht werden durch die §§ 2 und 4 AngVG. näher abgegrenzt. Faßt man zunächst die Bestimmungen des § 2 ins Auge, so wird daselbst eine Reihe von Befreiungsgründen aufgezählt, die zwar auf bestimmte Personengruppen abgestellt, dennoch aber sachlicher Natur sind, d. h. sie gelten nur hinsichtlich der im Gesetz genannten Beschäftigungen, ohne den diese ausübenden Personen eine absolute Versicherungsfreiheit einzuräumen. In diesem Sinne sind nun von der Versicherungspflicht ausgenommen:

1. verheiratete Frauen,²⁾ die den Haushalt ihrer Familie leiten, wenn sie durch eine oder mehrere an sich die Versicherungspflicht begründende Beschäftigungen monatlich nicht länger als 50 Stunden in Anspruch genommen und insgesamt mit nicht mehr als 80 S entlohnt werden;

2. Personen, die auf Grund des AngVG. eine Invaliditäts(Alters-)rente oder aus einem der gemäß der folgenden Ziffern 6, 7, 8, 10, 12 oder 14 von der Versicherungspflicht ausgenommenen Dienstverhältnisse einen Ruhegenuß beziehen, wenn sie durch eine oder mehrere³⁾ an sich die Versicherungspflicht begründende Beschäftigungen in Unterrichts- oder Wohlfahrtsanstalten⁴⁾ durchschnittlich nicht länger als 12 Stunden in der Woche in Anspruch genommen werden;

1) Nach welch mannigfachen Richtungen sich dieses Problem verzweigt, geht aus dem geglückten Versuche Kerber's hervor, der es in seinem Buche: »Das Angestelltenversicherungsgesetz«, Wien 1929, S. 277 bis 315, unternommen hat, die in der Praxis häufig vorkommenden Berufe auf ihre Versicherungspflicht hin zu untersuchen und in einem alphabetischen Berufsverzeichnis zusammenzustellen. Wenngleich dieses mehrere hundert Positionen umfassende Verzeichnis keinen Anspruch auf absolute Vollständigkeit erhebt, so bietet es doch einen wertvollen Behelf, der es auch dem weniger Fachkundigen erleichtert, sich in der so komplizierten Frage der nach dem AngVG. eintretenden Versicherungspflicht zurechtzufinden.

2) Diesen sind auch verwitwete Frauen gleichzuhalten, die in ihrem Haushalte Kinder oder Enkel betreuen.

3) Bei Beurteilung der Versicherungspflicht sind mehrere solche Beschäftigungen von Rentnern oder Ruheständlern zusammenzuzählen. (Bescheid des BM. für soziale Verwaltung vom 6. November 1928, Z. 70383.)

4) Diese Anstalten haben oft mit Geldknappheit zu kämpfen. Deshalb erleichtert ihnen das Gesetz die Heranziehung nebenberuflich oder geringfügig beschäftigter Personals, indem es dieses von der Versicherungspflicht entbindet.

3. Personen, die im Nebenberuf an solchen Anstalten durchschnittlich nicht länger als 12 Stunden in der Woche beschäftigt sind;

4. die Kinder,¹⁾ die Eltern sowie der Gatte bzw. die Gattin des Dienstgebers;

5. Personen, die nicht dem Kreise der privaten oder öffentlichen Angestellten angehören und nur gelegentlich für eine von vornherein bestimmte, einen Monat nicht übersteigende Frist eine versicherungspflichtige Beschäftigung ausüben;²⁾

6. die Angestellten des Bundes, der Länder, Bezirke und Gemeinden sowie gewisser öffentlicher Fonds, Stiftungen, Anstalten usw., die in einem öffentlich-rechtlichen oder in einem unkündbaren privatrechtlichen Dienstverhältnis stehen, das ihnen Anwartschaft auf Ruhe- und Versorgungsgenüsse gewährt, ferner die pensionsberechtigten Angestellten der Bundestheater, dann die unter die Vdgen. vom 7. Dezember 1926, B. 375, und vom 12. April 1927, B. 150, fallenden Postexpedienten, endlich auch die pragmatischen Angestellten anderer öffentlich-rechtlichen Körperschaften, deren Bezüge, sei es mittelbar oder unmittelbar, mindestens zur Hälfte von einem oder mehreren Bundesländern bestritten werden;³⁾

7. die in der Seelsorge tätigen katholischen und evangelischen Geistlichen,⁴⁾ die Mitglieder der klösterlichen Genossenschaften und der Diakonissenanstalten;

¹⁾ Als versicherungsfrei gelten auch legitimierte und Wahlkinder, ferner uneheliche Kinder weiblicher Dienstgeber. Uneheliche Kinder von männlichen Dienstgebern, die nach dem Stammgesetze (§ 2, Abs. 1, Z. 2) gleichfalls von der Versicherungspflicht ausgenommen waren, unterliegen jedoch nunmehr derselben, weil eine familienrechtliche Bindung im engeren Sinne bei ihnen nicht besteht (Ausschußbericht zur II. Novelle).

²⁾ In näherer Auslegung dieser Gesetzesbestimmung hat das BM. für soziale Verwaltung der Wiener Handelskammer folgendes eröffnet: »Durch § 2, Z. 5, AngVG. sollen Gelegenheitsbeschäftigten, die an sich den Voraussetzungen des § 1 AngVG. entsprechen, aber nur für eine bestimmte, einen Monat nicht übersteigende Zeit von Personen ausgeübt werden, die nicht dem Kreise der Angestellten angehören, also sonst als Arbeiter oder selbständig Erwerbende tätig sind, von der Versicherungspflicht ausgenommen sein. Es entspricht daher nicht der Absicht des Gesetzgebers, wenn Personen, die unbestritten dem Kreise der Angestellten angehören, während einer Zeit von den Vorteilen der für sie geschaffenen Standesversicherung ausgeschlossen bleiben, in der sie wegen wirtschaftlicher Schwierigkeiten genötigt sind, eine auf Tage oder wenige Wochen befristete Stellung anzunehmen, die im übrigen die Merkmale eines Angestelltenverhältnisses aufweist. Deshalb ist z. B. ein Verkäufer, der stellenlos ist und nur für die Zeit der Messe eine Anstellung erhält, zur Versicherung anzumelden.« (Amtliche Nachrichten des BM. für soziale Verwaltung, IX. Jahrgang, S. 390.)

³⁾ Die Krankenversicherung der hier ebenso wie in den folgenden Punkten 7 bis 9 erwähnten Gruppen ist zum überwiegenden Teil durch das Bundesangestellten-Krankenversicherungsgesetz 1928 (in der Fassung der Vdg. vom 2. November 1928, B. 293) geregelt. Ein Bedürfnis nach Pensionsversicherung hingegen ist bei diesen Kategorien mit Rücksicht auf ihre öffentlich-rechtlichen Versorgungsansprüche nicht vorhanden.

⁴⁾ Die in der Seelsorge tätigen Geistlichen anderer gesetzlich anerkannter Konfessionen, so z. B. der griechisch-nichttunisierten Kirche, der israelitischen oder der altkatholischen Religionsgesellschaft, sind demnach versicherungspflichtig. Es entspricht dies auch dem Wunsche dieser Funktionäre, welche zumeist einer anderweitigen Altersvorsorge entbehren.

8. jene Lehrer an konfessionellen Schulen, denen die Anwartschaft auf Ruhe- und Versorgungsgenüsse aus Mitteln des Bundes, eines Landes oder eines von diesen Gebietskörperschaften verwalteten öffentlichen Fonds zugesichert ist;

9. die Heeresangehörigen des Präsenzdienstes;¹⁾

10. die pensionsberechtigten Angestellten der Österreichischen Nationalbank und die ständigen Angestellten des Zentraldienstes der Donau-Save-Adria-Eisenbahngesellschaft;

11. Personen, die während der Mittel- oder Hochschulstudien Unterricht erteilen oder in einer im Rahmen dieser Studien vorgeschriebenen praktischen Tätigkeit stehen;²⁾

12. die in öffentlichen oder dem Bunde gehörigen Heil- und Pflegeanstalten bestellten Ärzte;

13. die Notariatskandidaten;³⁾

14. die Angestellten jener dem internationalen Verkehre dienenden Donauschiffahrtsunternehmungen, die ihren Sitz im Auslande⁴⁾ haben, wenn diesen Angestellten auf andere Weise die Anwartschaft auf Versicherungsleistungen eingeräumt ist, die jenen des AngVG. entsprechen;

15. das nichtständige⁵⁾ artistische Personal von Varietes und Zirkusunternehmungen;

16. Angestellte, die auf Grund zwischenstaatlicher Übereinkommen der Sozialversicherung eines anderen Staates unterworfen sind.⁶⁾

1) Über die Arbeitslosenversicherung der Wehrmänner vgl. die Ausführungen auf S. 678 und 680.

2) Dies trifft z. B. bei Feriatechnikern zu, die den Sommer über zu ihrer praktischen Ausbildung in Fabriken oder sonstigen Werken arbeiten.

3) Für deren Versicherung gilt das Bundesgesetz vom 28. Oktober 1926, B. 317.

4) Diese Ausnahme bezieht sich somit nur auf die Angestellten der ausländischen Donauschiffahrtsunternehmungen. Die Bediensteten der inländischen Unternehmungen dieser Art, die nach dem Stammgesetz (§ 4) gleichfalls von der Versicherungspflicht ausgenommen waren, sind nunmehr durch die II. Novelle zum AngVG. in den Kreis der Versicherten einbezogen worden. Doch erfahren diese Bediensteten insofern eine besondere Behandlung, als für sie gemäß § 131, Abs. 6, AngVG. durch Gesetz eine Zuschußkasse zu errichten ist. Die Ausarbeitung eines diesbezüglichen Gesetzentwurfes wurde seitens des BM. für soziale Verwaltung bereits angekündigt.

5) Als nichtständiges Personal ist hiebei nicht etwa jenes anzusehen, daß nur gelegentlich für eine von vornherein bestimmte kürzere Zeit in Varietes oder Zirkusunternehmungen, sonst aber anderweitig tätig ist, vielmehr jenes, das für kürzere Zeiträume für bestimmte Programmnummern aufgenommen wird. Hier ist also der Umstand entscheidend, daß der Dienstgeber häufig nacheinander wechselt (Bescheid des BM. für soziale Verwaltung vom 8. August 1928, Z. 53851.)

6) Unter diese Ausnahmebestimmung fallen z. B. jene Angestellten inländischer Zuckerfabriken, die gemäß § 134a AngVG. sowie im Sinne des Zusatzprotokolls zum Sozialversicherungsclearing mit der Tschechoslowakischen Republik (Übereinkommen vom 12. Juli 1924, B. 94 ex 1926) für die Fälle der Berufsunfähigkeit, des Alters und des Todes auch fernerhin beim Pensionsinstitut der Zuckerindustrie in Prag versichert bleiben. Hingegen gelten hinsichtlich der Kranken-, Stellenlosen- und Unfallversicherung dieser Personen die Vorschriften des AngVG.

Zu dieser Liste der von der Versicherungspflicht ausgenommenen Beschäftigungen bzw. Personengruppen, so wie sie § 2 AngVG. verzeichnet, gesellt sich noch eine in § 4 AngVG. normierte Ausnahmsbestimmung, die sich auf die Bediensteten der dem öffentlichen Verkehr dienenden Eisenbahnen,¹⁾ ihrer Hilfsanstalten sowie anderer, mit ihnen zusammenhängenden Unternehmungen bezieht. Das Versicherungsbedürfnis dieser Dienstnehmergruppen erscheint dormalen durch die auf Grund der früheren Gesetze geschaffenen Sondereinrichtungen²⁾ hinreichend sichergestellt. Die diesbezüglichen älteren Vorschriften bleiben daher gemäß § 4, Abs. 3, AngVG, für das Personal der öffentlichen Eisenbahnen bis zum Zustandekommen eines die Sozialversicherung dieser Verkehrsbediensteten regelnden Sondergesetzes in Kraft. Es handelt sich somit hier um keine wirkliche Ausnahme von der Versicherungspflicht — dies unterscheidet den Fall des § 4 AngVG. von jenen des § 2 AngVG. —, sondern nur um eine spezialrechtliche Regelung, so wie sie eben den Bedürfnissen der Eisenbahnbediensteten entspricht.

c) Unmittelbar und mittelbar Versicherte. Überblickt man im Sinne der voranstehenden Ausführungen den Kreis der nach dem AngVG. versicherungspflichtigen Personen, so erscheint derselbe überaus weit gezogen. Tatsächlich zählte denn auch die Hauptanstalt für Angestelltenversicherung am 31. Dezember 1927 bereits 216.986 Pflichtversicherte, ein Stand, der sich ein Jahr später, nach dem Auswirken der II. Novelle zum AngVG., auf 229.142 Personen³⁾ vergrößerte. Zu diesem, an den engen Staatsgrenzen Österreichs gemessen, sehr bedeutenden Stock unmittelbar Versicherter treten noch die mittelbar Versicherten als Nutznießer der Angestelltenversicherung hinzu. Es sind dies die

1) Hierzu gehören nicht nur die Vollbahnen, sondern auch die Klein- und Straßenbahnen.

2) Als Träger dieser Sonderversicherung fungieren derzeit die auf Grund des § 52 KrVG. bei den einzelnen Eisenbahnunternehmungen bestehenden Betriebskrankenkassen, hierunter vor allem die Krankenkasse der österreichischen Bundesbahnen, weiters die auf Grund des § 58 UnfVG. errichtete und mit der XVI. Novelle zu demselben (Bundesgesetz vom 10. Dezember 1925, B. 450) in ihrer zwangsläufigen Zuständigkeit bestätigte Unfallversicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen sowie das auf Grund des früheren Pensionsversicherungsgesetzes gebildete Pensionsinstitut der österreichischen Privatbahnen. Desgleichen bestehen auch noch die Pensionsinstitute der Linzer und Grazer Tramwaygesellschaft fort. Die Pensionsversicherung der Bundesbahnbediensteten endlich ist durch die Bundesbahnpensionsverordnung vom 10. März 1922, B. 145, in ihrer durch die Vdg. vom 26. März 1928, B. 84, geänderten Fassung sowie durch die Pensionsverordnung für Bundesbahnvertragsangestellte vom 23. Mai 1923, B. 191, geregelt.

3) Hievon entfielen 150.113 Versicherte auf Wien und 79.029 auf die übrigen Bundesländer; unter diesen wiederum hatten Niederösterreich mit 22.032, Steiermark mit 20.095 und Oberösterreich mit 13.490 Versicherten die stärksten Stände aufzuweisen. Von der Gesamtzahl der Versicherten waren 152.639 (somit etwa zwei Drittel) Männer und 76.503 (also zirka ein Drittel) Frauen. Vollversichert waren 216.695 Personen, während 12.447 jugendliche Versicherte, die das 17. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten, von der Pensionsversicherung ausgenommen waren.

Angehörigen der versicherten Angestellten, deren Kreis § 3, Abs. 2, AngVG. in präziser Weise umschreibt. Danach gelten als »Angehörige« folgende Personen, sofern sie nicht selbständig erwerbstätig sind oder kraft Gesetzes der Krankenversicherung unterliegen:

α) die Ehegattin des Versicherten, wenn nicht die Ehe gerichtlich getrennt oder aus ihrem alleinigen Verschulden geschieden oder eine als Angehörige geltende Gattin aus früherer Ehe vorhanden ist;¹⁾

β) die ehelichen, unehelichen,²⁾ legitimierten und Wahlkinder unmittelbar Versicherter bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres;³⁾

γ) Stiefkinder ehelicher Geburt und eheliche Enkel unmittelbar Versicherter, sofern sie das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, ständig in der Hausgemeinschaft des Versicherten leben und mangels anderweitiger Versorgung von ihm vorwiegend⁴⁾ erhalten werden;

δ) der Reihe nach die Eltern und Großeltern, wenn sie in der Hausgemeinschaft des Versicherten leben und von ihm vorwiegend erhalten werden;

ε) die Wirtschaftsführerin bei männlichen Versicherten, wenn eine mit ihm im gemeinsamen Haushalt lebende, arbeitsfähige Gattin nicht vorhanden ist, bzw. bei weiblichen Versicherten, wenn und solange diese versicherungspflichtig sind oder Hilfslosenzuschuß beziehen. Als Wirtschaftsführerin ist jene Person anzusehen, die seit wenigstens acht Monaten ununterbrochen in der Hausgemeinschaft des oder der Versicherten lebt und mindestens seit dieser Zeit unentgeltlich die Hauswirtschaft führt.⁵⁾

So ist denn die Angehörigeneigenschaft, der besonders im Krankheitsfalle große Bedeutung zukommt — die mittelbar Versicherten besitzen nach § 8, Abs. 1, AngVG. den gleichen Anspruch auf Krankenpflege

1) Die Dispensgattin kann daher als »Angehörige« nur dann in Betracht kommen, wenn eine Gattin aus erster Ehe, der die Angehörigeneigenschaft zusteht, nicht vorhanden ist.

2) Hier wird zwischen unehelichen Kindern von weiblichen und männlichen Versicherten insofern ein Unterschied gemacht, als die unehelichen Kinder letzterer nur dann als Angehörige nach § 3, Abs. 2, Z. 2, AngVG. behandelt werden, wenn die Vaterschaft durch Eintragung im Tauf- oder Geburtsbuch gemäß § 164 ABGB. nachgewiesen ist; andernfalls werden sie nach § 3, Abs. 2, Z. 3, behandelt und gelten nur dann als »Angehörige«, wenn sie den daselbst geforderten sonstigen Bedingungen entsprechen.

3) Ausnahmsweise äußert die Angehörigeneigenschaft der Kinder noch über das 18. Lebensjahr hinaus rechtliche Wirkungen. Dies trifft insbesondere nach § 39, Abs. 2, AngVG. bei Kindern zu, die wegen geistiger oder körperlicher Gebrechen außerstande sind, sich selbst den Unterhalt zu verschaffen, sowie bei solchen, die wegen wissenschaftlicher oder fachlicher Ausbildung sich noch nicht selbst erhalten können, bei letzteren jedoch längstens bis zur Vollendung des 24. Lebensjahres.

4) Also mehr als zur Hälfte.

5) Nur eine und selbstverständlich nur eine weibliche Person kann Wirtschaftsführerin sein. Unter Umständen kann auch die Dispensgattin als Wirtschaftsführerin neben der als »Angehörige« anspruchsberechtigten ersten Gattin angemeldet werden, und zwar dann, wenn kein gemeinsamer Haushalt zwischen dieser letzteren und dem Versicherten besteht, die erste Ehe aber weder getrennt, noch aus dem alleinigen Verschulden der Gattin geschieden ist.

wie die unmittelbar Versicherten — einem großen Personenkreise zugewillt worden, eine Tatsache, welche die sozialpolitische Durchschlagskraft des AngVG. außerordentlich verstärkt, andererseits aber auch den Versicherungsträgern bedeutende Lasten auferlegt.¹⁾ Da es zweifelhafte Fälle geben kann, in denen mehrere unmittelbar Versicherte für die Ableitung der Angehörigeneigenschaft in Betracht kommen, ordnet § 3, Abs. 3 AngVG. an, daß diese Eigenschaft zunächst vom Haushaltungsvorstande, dann von dem Nächstverwandten, wenn aber mehrere gleich nahe Verwandte vorhanden sind, von dem ältesten dieser abgeleitet wird. Alle Angehörigen, für welche die Vorteile der Versicherung in Anspruch genommen werden, sind bei der zuständigen Versicherungskasse anzumelden, was gemäß § 89, Abs. 3 AngVG. entweder durch den Dienstgeber oder durch den unmittelbar Versicherten erfolgen kann. Die Anmeldung bewirkt, daß die Leistungen aus der Krankenversicherung den nächsten Angehörigen (Gattin, Kindern) sofort, den entfernteren Angehörigen jedoch erst nach sechs Monaten zugänglich werden.

d) Die Dauer der Versicherungspflicht. Von einer solchen kann natürlich nur bei den unmittelbar Versicherten gesprochen werden, da bei mittelbar Versicherten ja überhaupt kein Versicherungszwang, sondern nur eine Begünstigung²⁾ in Frage kommt. Was nun den Beginn der Versicherungspflicht anbelangt, so setzt derselbe mit dem Antritt eines versicherungspflichtigen Dienst- oder Lehrverhältnisses, u. zw. ohne Rücksicht auf eine untere Altersgrenze, ein. Es können daher unter Umständen auch Personen unter 14 Jahren³⁾ versicherungspflichtig sein. Nur hinsichtlich der Pensionsversicherung trifft § 1, Abs. 4, AngVG. insofern eine abweichende Bestimmung, als er hier die Versicherungspflicht erst mit vollendetem 17. Lebensjahr eintreten läßt. In diesem Zeitpunkte erlangt der Angestellte somit die Eigenschaft eines Vollversicherten und gleichzeitig auch die Wahlberechtigung⁴⁾ im Sinne des § 73, Abs. 3, AngVG. Die Beendigung der Versicherungspflicht erfolgt automatisch mit dem Erlöschen des sie begründenden Dienstverhältnisses, bzw. unabhängig davon mit dem Zeitpunkte, in dem der Anspruch des Angestellten auf Entgelt aufhört

1) Um einer übermäßigen Belastung der Versicherungsträger durch die Familienversicherung zu begegnen, läßt das AngVG. die Möglichkeit offen, den Anspruch der Angehörigen auf Krankenpflege durch die Krankenordnung insofern einzuschränken, als ihnen an Stelle der Naturalleistungen (Arzthilfe, Heilmittel usw.) eine Kostenvergütung nach bestimmten Höchstsätzen gewährt werden kann.

2) Dies geht schon aus der Tatsache hervor, daß für die mittelbar Versicherten keinerlei Zuschläge zu den Versicherungsbeiträgen zu entrichten sind.

3) Das Stammgesetz (§ 1, Abs. 3) hatte hinsichtlich der Kranken- und Unfallversicherung dieses Alter und hinsichtlich der Stellenlosenversicherung das 16. Lebensjahr als Untergrenze festgesetzt. Die II. Novelle zum AngVG. hat diese Bestimmungen jedoch beseitigt, so daß nunmehr lediglich bei der Pensionsversicherung ein Mindestalter, u. zw. jenes von 17 Jahren, verlangt wird.

4) Siehe hierüber auch die Ausführungen auf S. 567 ff.

(§ 89, Abs. 1, AngVG.)¹⁾ Logischerweise läßt daher das Gesetz in Fällen, in denen das Dienstverhältnis ohne Verschulden des Angestellten vorzeitig zur Auflösung gelangt, die Versicherungspflicht solange fort dauern, als dem Dienstnehmer auf Grund gesetzlicher oder sonstiger Bestimmung der Anspruch auf Entgelt zusteht.

II. Die freiwillige Versicherung. Diese tritt dem Versicherungszwang ergänzend zur Seite. Ihre sozialpolitische Bedeutung beruht darin, daß sie das Funktionieren der Versicherung auch in solchen berücksichtigungswerten Fällen ermöglicht, die sonst nach dem AngVG. der Pflichtversicherung entzogen wären. Die freiwillige Versicherung kann in dreierlei Form auftreten:

a) als freiwillige Fortsetzung der Versicherung, die naturgemäß an ein bereits früher bestandenes Versicherungsverhältnis anknüpft und daher nur für solche Personen in Betracht kommt, die auf Grund vorangegangener Pflichtversicherung nach dem AngVG. schon bestimmte Beitragszeiten in der Kranken- oder Pensionsversicherung erworben haben;

b) als kollektive Ersatzversicherung, die gewissen öffentlich-rechtlichen Körperschaften und Unternehmungen die Möglichkeit gibt, den gesamten Stock ihrer von der Versicherungspflicht gesetzlich ausgenommenen Bediensteten durch Vertrag bei den nach dem AngVG. in Betracht kommenden Versicherungsträgern gegen Krankheit versichert zu halten;

c) als freiwillige Selbstversicherung, welche das Gesetz den nicht in einem Dienstverhältnis stehenden Privatlehrern und Erziehern, die ohne Mithilfe eigener Angestellter arbeiten, für die Fälle der Krankheit, der Berufsunfähigkeit, des Alters und des Todes gestattet.

ad a). Eine freiwillige Fortsetzung der Versicherung kommt nur für die Kranken- oder die Pensionsversicherung, nicht aber für die Unfall- oder Stellenlosenversicherung in Betracht. Die Möglichkeit der freiwilligen Fortsetzung der Pensionsversicherung ist heute überaus wichtig angesichts der unter der Angestelltenschaft besonders zahlreichen Opfer der Wirtschaftskrise, die nicht selten am Ende ihres Berufslebens in Gefahr kommen, ihre durch langjährige Einzahlung von Versicherungsbeiträgen erworbenen Anwartschaften wieder zu verlieren. Diese Gefahr erscheint auch durch die neuen, gemilderten Vorschriften der II. Novelle zum AngVG.²⁾ nicht völlig gebannt.

1) § 89, Abs. 1, AngVG. hat hier gewisse Fälle im Auge, wo ein Dienstverhältnis im juristischen Sinne zwar noch fortbesteht, tatsächlich aber seinen Inhalt verloren hat, so z. B., wenn bei langandauernder Krankheit des Dienstnehmers die Pflicht des Dienstgebers zur Weiterzahlung des Entgelts nach § 8 AngG. bereits aufgehört hat, ohne daß es jedoch zu einer Kündigung oder Entlassung des Dienstnehmers gekommen wäre.

2) Hier kommt insbesondere die jetzige Fassung des § 90 AngVG. in Betracht, welche durch die neu in das Gesetz eingefügte Einrichtung des »Anrechnungszeitraumes« dem Verluste von Anwartschaften älterer Versicherter, die nicht mehr so leicht eine Anstellung finden können, entgegenwirkt.

Die Krankenversicherung kann nur von solchen im Inlande lebenden Personen fortgesetzt werden, die im Zeitpunkte ihres Ausscheidens aus der Versicherungspflicht mindestens 12 anrechenbare Beitragsmonate¹⁾ erworben haben und weder selbständig erwerbstätig²⁾ sind, noch einer gesetzlichen Krankenversicherung unterliegen. Infolge dieser beiden letztgenannten Ausschließungsgründe ist der Kreis der zur freiwilligen Fortsetzung der Krankenversicherung berechtigten Personen ein überaus eingegrenzter.

Günstiger steht es mit der auch wirtschaftlich bedeutungsvolleren Fortsetzung der Pensionsversicherung. Hier bildet die allfällige Ausübung einer selbständigen Erwerbstätigkeit, ebenso auch der Aufenthalt des Versicherten im Auslande kein Hindernis. § 49, Abs. 3, AngVG. fordert lediglich die Zurücklegung von mindestens 60 anrechenbaren Beitragsmonaten, wobei für Schauspieler im Hinblick auf die besondere Eigenart ihres Dienstes noch eine besondere Begünstigung eintritt. Ihnen werden nämlich jene Beitragsmonate, die in einem durch das Schauspielergesetz geregelten Dienstverhältnis³⁾ erworben wurden, doppelt angerechnet. Überdies konnten nach der Übergangsbestimmung des § 139, Abs. 1, AngVG. auch Personen, die nach dem alten Pensionsversicherungsgesetz freiwillig versichert waren, die Berechtigung hiezu aber nach dem AngVG. (Stammgesetz) verloren hatten oder aus finanziellen Gründen aufgeben mußten, die Versicherung wieder aufnehmen und die versäumten Beitragszeiten nachkaufen.⁴⁾

Wer die Versicherung fortzusetzen beabsichtigt, hat dies binnen Monatsfrist nach Erlöschen der Versicherungspflicht dem zuständigen Versicherungsträger zu melden, widrigenfalls das Recht auf Fortsetzung der Versicherung verlorengeht. Der erste Beitrag⁵⁾ für die freiwillige Versicherung wird am Ende des dem Erlöschen der Versicherungspflicht nächstfolgenden Monats fällig. Bei Unterlassung der Einzahlung der laufenden Beiträge durch zwei Monate gilt die Versicherung als mit dem letzten Beitragsmonate erloschen.

1) Hiebei sind den nach § 90 AngVG. anrechenbaren Beitragszeiten auch jene Zeiten gleichzuhalten, während derer der Dienstnehmer nach dem 30. Juni 1922 bei einer nach dem Krankenversicherungsgesetz eingerichteten Krankenkasse versichert war (§ 126, Abs. 3, AngVG.).

2) Gelegenheitserwerbe sind hierunter nicht zu verstehen. Im übrigen ist für die Krankenversicherung selbständig Erwerbstätiger, wenigstens zum Teil, durch die Art. XIII bis XV der Gewerbenovelle vom 10. Juli 1928, B. 189, Vorsorge getroffen worden. Siehe hierüber auch die Ausführungen auf S. 508.

3) Vgl. hierüber die Darlegungen auf S. 39 und 85.

4) Die ersten Beiträge hiefür bzw. die ersten Nachzahlungsraten mußten jedoch spätestens bis 30. September 1928 entrichtet werden.

5) Die Höhe dieser Beiträge wird für die Krankenversicherung in § 108, Abs. 3, AngVG. mit 7 S monatlich und für die Pensionsversicherung im § 110, Abs. 2, AngVG. im allgemeinen mit 12 $\frac{0}{10}$ der Beitragsgrundlage festgesetzt. Doch pflegt sich letzterer Satz für Personen, die im Inlande wohnen und weder einen selbständigen Erwerb noch eine von der Versicherungspflicht ausgenommene Beschäftigung ausüben, je nach der Länge ihrer aus der Pflichtversicherung erworbenen Beitragszeiten für einen Teil dieser letzteren wesentlich zu ermäßigen.

ad b) Den in § 2, Z. 6, AngVG. angeführten öffentlich-rechtlichen Körperschaften¹⁾ sowie den ausländischen Donauschiffahrtsunternehmungen stellt es § 49a AngVG. anheim, mit dem nach den §§ 50 bis 61 AngVG. in Betracht kommenden Träger der Krankenversicherung einen schriftlichen Vertrag abzuschließen, in dem sie sich verpflichten, alle ihre nach § 2, Z. 6 und Z. 14, AngVG. von der Versicherungspflicht ausgenommenen Angestellten bei diesem Versicherungsträger gegen Krankheit versichert zu halten. Ein solcher Vertrag ist nur gültig, wenn die dadurch betroffenen Angestellten vom beabsichtigten Abschluß desselben ordnungsgemäß verständigt und aufgefordert wurden, ihre Stellungnahme binnen 6 Wochen dem Dienstgeber bekanntzugeben und nicht mehr als die Hälfte dieser Angestellten den Vertrag ablehnt. Diese Form der kollektiven Ersatzversicherung hat besonders auch für die Angestellten kleinerer Gemeinden Bedeutung, die mitunter noch keine geregelte Krankenfürsorge genießen.²⁾

ad c). Unter den verschiedenen Gruppen erwerbstätiger Personen nehmen die Privatlehrer eine eigenartige Stellung ein, da sie, wirtschaftlich betrachtet, weder selbständige noch unselbständige Personen sind.³⁾ »Des Lebens Härte packt sie oft mit rauher Hand, und insbesondere in den alten Tagen stehen sie meist erwerbslos und ohne Vermögen da.«⁴⁾ Deshalb gestattet ihnen § 49b AngVG., in die Kranken- und Pensionsversicherung⁵⁾ als Selbstversicherer einzutreten. Die Bedingungen hiefür sind milde gehalten. Bis 1. Juli 1929 war für den Eintritt in die Versicherung überhaupt keine Altersgrenze aufgestellt. Seither wird hiefür im allgemeinen ein Alter unter 40 Jahren gefordert. Bei höherem Alter darf der Eintritt in die Selbstversicherung nur binnen Jahresfrist nach dem allfälligen Ausscheiden aus der Pflicht- oder freiwilligen Versicherung stattfinden, u. zw. nur dann, wenn die Wartezeit bereits vollendet ist. Die Versicherung wird nach sechsmonatiger Beitragszeit wirksam. Der Beitrag, der vom Versicherer allein zu leisten ist, wird erstmalig am letzten Tage jenes Monats fällig, in dem die Anmeldung zur Versicherung bewerkstelligt wurde. Bei Unterlassung der Einzahlung des fälligen Beitrages durch mehr als einen Monat gilt die Selbstversicherung als mit dem letzten Beitragsmonat erloschen. Die Versicherung erfolgt durch die nach dem Wohnsitze des Selbstversicherers berufene Versicherungskasse⁶⁾ und durch die Hauptanstalt für Angestelltenversicherung.

1) Siehe die Aufzählung dieser Körperschaften auf S. 520.

2) Vgl. hiezu auch den Ausschlußbericht über die II. Novelle zum AngVG.

3) Es kommen hier vornehmlich Lehrer und Erzieher in Betracht, die entweder in der eigenen Wohnung Unterricht erteilen oder bei wechselnden Auftraggebern unterrichten.

4) Diese Zitierung ist dem Ausschlußbericht zur II. Novelle entnommen.

5) Somit nicht in die Stellenlosen- und Unfallversicherung.

6) In Wien durch die Wahlkasse »Collegialität«.

§ 81. Die Beitrags- und Bemessungsgrundlagen.

Die in den §§ 6 und 7 enthaltenen Vorschriften über die Beitrags- und Bemessungsgrundlagen gehören zu den wichtigsten Bestimmungen des AngVG. und bilden einen der Stützpfiler, auf dem die Konstruktion desselben ruht. Sie wirken, wie schon ihr Name besagt, bestimmend auf die vom Dienstgeber und Versicherten zu zahlenden Beiträge sowie auch auf sämtliche Barleistungen der Angestelltenversicherung ein. In beiden Richtungen hat das AngVG. neue Wege eingeschlagen und dadurch einen beachtenswerten Fortschritt herbeigeführt. Während das frühere Pensionsversicherungsgesetz lediglich feste Gehaltsklassen¹⁾ kannte, in die, einem Prokrustesbett gleich, die einzelnen Versicherten schematisch eingezwängt werden mußten, wird diese starre Schablonisierung nunmehr gelöst und innerhalb gewisser Grenzen jeder Versicherte individuell auf Grund des von ihm tatsächlich ins Verdienen gebrachten Gehaltes behandelt. Diese weitgehende Anpassung an die Verhältnisse des Einzelnen hat große Vorteile im Gefolge. An Stelle der schwerfälligen und insbesondere in Zeiten schwankenden Geldwertes unbrauchbaren Gehaltsklassen tritt ein elastischeres System, das es gestattet, die Einnahmen der Angestelltenversicherung und die von ihr zu erbringenden Geldleistungen sowohl untereinander als auch mit dem jeweiligen Gehaltsniveau der Angestelltenschaft in Einklang zu setzen.

In ersterem Belange liegt der Nutzen, welcher aus dieser Harmonie zwischen Einnahmen und Ausgaben fließt, klar auf der Hand. Die den Versicherungsträgern zuströmenden Mittel werden eben von vornherein auf solcher Basis errechnet, daß diese letzteren mit den für die Bemessung der Barleistungen maßgebenden Grundlagen auf denselben Nenner, nämlich den Monatsgehalt des Versicherten, gebracht werden können. Dies ermöglicht in weiterer Folge auch eine wesentliche Vereinfachung der Textierung des AngVG., das mit den zu »termini technici« erhobenen Begriffen »Beitragsgrundlage« und »Bemessungsgrundlage« bzw. mit dem aus letzterer abgeleiteten Begriff »Renteneinheit«²⁾ geschickt operiert.

Für die Versicherten wiederum hatte die so gewählte Konstruktion den Vorteil einer beträchtlichen Erweiterung der geldlichen Versicherungsleistungen im Gefolge. Wenn das geltende AngVG. nunmehr imstande ist, den Versicherten ein ausreichendes Krankengeld sowie Renten zu bieten, die, an ihrem Goldwert gemessen, jene des früheren

¹⁾ In der Arbeiterversicherung herrscht gleichfalls das Lohnklassensystem, das hier auch von den neuen Reformgesetzen beibehalten wurde. (Vgl. diesbezüglich das Schema auf S. 590). Dies rechtfertigt sich bis zu einem gewissen Grade durch die gleichförmigere Gestaltung der Arbeiterlöhne, die fast durchgehends auf kollektivvertraglicher Grundlage erstellt sind.

²⁾ Als Renteneinheit wird im § 7, Abs. 3, AngVG. ein Prozent der Bemessungsgrundlage bezeichnet. Siehe hierüber auch die Darlegungen auf S. 534.

Pensionsversicherungsgesetzes erheblich übersteigen,¹⁾ so ist dies zweifellos in erster Reihe auf die weit gezogenen Beitrags- und Bemessungsgrundlagen zurückzuführen. Im folgenden soll nun deren gesetzliche Regelung skizziert werden.

I. Die Beitragsgrundlagen. Diese werden verschieden ermittelt, je nachdem es sich um Versicherungspflichtige, um die Versicherung freiwillig Fortsetzende oder um Rentner aus der Angestelltenversicherung handelt.

a) Bei Versicherungspflichtigen bildet nach § 7, Abs. 1, lit. a, AngVG. die Beitragsgrundlage der auf den Kalendermonat entfallende Gehalt, mindestens jedoch der Betrag von 80 S und höchstens der Betrag von 400 S;²⁾ diese Beitragsgrundlage ändert sich auch dann nicht, wenn auf Grund gesetzlicher Vorschrift³⁾ dem Dienstnehmer vorübergehend nur ein Teil seines Entgelts gebührt. Unter »Gehalt« im Sinne des AngVG. werden nach § 6, Abs. 1, jene Geld- und Sachbezüge verstanden, auf die der Versicherte aus dem Dienstverhältnis Anspruch hat oder die üblicherweise wiederkehren, ferner bei Angestellten, die regelmäßig im Außendienst verwendet werden, auch noch ein Drittel der Taggelder (Diäten). Fallweise Überstundengebühren⁴⁾

1) Die Renten, welche das AngVG. in der Pensionsversicherung gewährt, gehen in ihrem Durchschnittsausmaße sogar über jene der deutschen Angestelltenversicherung hinaus. So betragen die von der österreichischen Hauptanstalt für Angestelltenversicherung im Jahre 1928 flüssig gemachten Invaliditäts(Alters)renten durchschnittlich 177·28 S, die Witwenrenten 89·19 S und die Waisenrenten 38·90 S. Demgegenüber machten die im gleichen Jahre von der deutschen Reichsversicherungsanstalt für Angestellte gewährten Invaliditäts(Alters)renten, auf Schillingwährung umgerechnet, im Durchschnitt 140·42 S, die Witwenrenten 76·75 S und die Waisenrenten 63·75 S aus. Es zeigt sich somit lediglich in der letzten Gruppe eine Differenz zuungunsten von Österreich, während bei den übrigen Rentenkategorien die erreichten Durchschnittsbeträge beträchtlich höher waren. Dieser Unterschied zugunsten Österreichs fällt um so stärker ins Gewicht, als die Kaufkraft des Geldes und somit auch der Realwert der Renten in Österreich höher ist als im Deutschen Reiche.

2) Die im November 1923 eingebrachte Regierungsvorlage zum AngVG. hatte die Obergrenze der Beitragsgrundlage nur mit 180 S festgesetzt. Bei den parlamentarischen Verhandlungen über das Stammgesetz wurde dieser Betrag auf 400 S erhöht. Einem im Zuge der Beratungen über die II. Novelle zum AngVG. von sozialdemokratischer Seite gestellten Antrag, der die weitere Hinaufsetzung dieser Obergrenze auf 600 S bezweckte, wurde seitens der Mehrheit nicht stattgegeben, da hiedurch das finanzielle Gefüge der Angestelltenversicherung gesprengt worden wäre. Daß die im AngVG. normierten Grenzen auch den tatsächlichen Gehalts- und Einkommensverhältnissen der Angestellten so ziemlich Rechnung tragen, erhellt aus dem Umstande, daß die durchschnittlichen Beitragsgrundlagen der Pflichtversicherten im Jahresberichte der Hauptanstalt für Angestelltenversicherung für 1928 mit 276·43 S monatlich ausgewiesen werden. Die einzige Versichertengruppe, die einen wesentlich höheren Einkommensstandard aufweist, sind die Bank- und Sparkassenangestellten, bei denen die durchschnittlichen Beitragsgrundlagen 366·11 S ausmachten.

3) So z. B. nach § 8, Abs. 1, AngG., nach § 11, Abs. 1, Schauspielergesetz und nach § 8, Abs. 1, GutsAngG., die bei länger andauernder Dienstverhinderung durch Krankheit oder Unglücksfall dem Dienstnehmer, zunächst auf gewisse Zeit, den Anspruch auf das volle Entgelt und dann durch weitere vier Wochen den Anspruch auf das halbe Entgelt einräumen. Siehe diesbezüglich die Ausführungen auf S. 172.

4) Pauschalierete Überstundengebühren sind dagegen in den Gehalt einzurechnen.

sowie für besondere Aufwände gewährte Ersatzbeträge werden dem Gehalt nicht zugerechnet. Hingegen sind Zulagen,¹⁾ Remunerationen, Urlaubs- und Bilanzgelder, die mit einer gewissen Regelmäßigkeit, also nicht bloß vereinzelt, für die Dienstleistungen zuerkannt werden, sowie alle vom Geschäfts- und Arbeiterfolg abhängigen Bezüge, wie Tantiemen, Provisionen²⁾ usw., bei Bestimmung des Gehaltes mit einzubeziehen. Hiebei sind derlei Bezüge, sofern sie nicht in bestimmter Höhe im voraus feststehen, auf so viele der Auszahlung folgende — jedoch höchstens 12 — Monate gleichmäßig aufzuteilen, als der Zeitraum, für den sie gewährt wurden, Monate umfaßt.

Was speziell die Sachbezüge anbelangt, so sind diese nach § 6 Abs. 2, AngVG. zu Durchschnittspreisen zu veranschlagen, die für jedes Bundesland nach Anhörung der Beteiligten vom Landeshauptmann im Einvernehmen³⁾ mit der Finanzlandesbehörde festzusetzen sind. Nähere Vorschriften hierüber können im Verordnungswege erlassen werden. Dies ist auch durch die III. Durchführungsvdg. zum AngVG. vom 24. Juni 1927, B. 191, geschehen, die in ihrem I. Abschnitt genaue Bestimmungen über die Bewertung der Sachbezüge enthält und gleichzeitig die Errichtung von Beiräten in den einzelnen Bundesländern anordnet. Diese Beiräte haben alljährlich mindestens einmal, und zwar im Laufe des Monats November, zusammenzutreten und Gutachten über die Bewertung der Sachbezüge abzugeben, welche sodann der länderweisen Festsetzung⁴⁾ derselben zur Grundlage dienen.

b) Bei den die Versicherung freiwillig Fortsetzenden gilt nach § 7, Abs. 1, *lit. b*), AngVG. als Beitragsgrundlage der Durchschnittsbezug der letzten 12 Beitragsmonate, die sie in der Pflichtversicherung zurückgelegt haben. Doch kann, soweit es sich um die freiwillige Fortsetzung der Pensionsversicherung handelt, gemäß § 49, Abs. 4, AngVG. an Stelle der oberwähnten Beitragsgrundlage nach Wahl des Versicherten auch eine niedrigere treten.⁵⁾ Diese Wahl ist

1) Hiezu gehören auch der 13. und 14. Monatsgehalt, Anschaffungsbeiträge u. dgl. Vgl. hierüber auch § 8, Abs. 1, Z. 2, der III. Durchführungsvdg. zum AngVG. vom 24. Juni 1927, B. 191.

2) Provisionen, die zum Teil zur Deckung von Reisekosten oder sonstiger mit der Tätigkeit des Dienstnehmers verbundener Auslagen bestimmt sind, bleiben jedoch mit einem entsprechenden Anteil bei Ermittlung des Gehaltes außer Betracht. (Entscheidung des BM. für soziale Verwaltung vom 7. August 1928, Z. 55.762.)

3) Wird ein solches Einvernehmen nicht erreicht, dann erfolgt die Festsetzung durch den Bundesminister für soziale Verwaltung im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen.

4) Derartige länderweise Bewertungen der Sachbezüge für das Jahr 1929 erfolgten: a) für Kärnten mit der Kdg. vom 6. Dezember 1928, L. 61, für Niederösterreich mit Kdg. vom 22. Dezember 1928, L. 203, für Steiermark mit Kdg. vom 13. Dezember 1928, L. 98, für Vorarlberg mit Kdg. vom 11. Dezember 1928 und für Wien mit Vdg. vom 21. Dezember 1928, L. 58.

5) In diesem Falle finden jedoch die Vorschriften des § 28, Abs. 2, AngVG., über den begünstigten Bemessungszeitpunkt (vgl. hierüber die folgenden Ausführungen auf S. 533) und des § 48, Abs. 1, AngVG. über die Mindestrentensätze keine Anwendung.

jedoch nur einmal zulässig. Elastischer ist die Beitragsgrundlage bei den als Selbstversicherer in Frage kommenden Privatlehrern. Hier normiert § 49 b, Abs. 2, Z. 1, AngVG. als Beitragsgrundlage einen selbstgewählten Betrag zwischen 160 und 400 S, der alljährlich im Jänner gegenüber dem Vorjahr nach Wahl um 10 oder 20 S, jedoch nicht über den Höchstbetrag von 400 S, erhöht werden kann; eine Ermäßigung der Beitragsgrundlage, jedoch nicht unter 160 S, ist jederzeit zulässig.

c) Bei Rentnern aus der Angestelltenversicherung, die gemäß § 61, Abs. 1, AngVG. bei der nach ihrem Wohnsitz zuständigen Versicherungskasse oder bei der für sie kompetenten Sondersicherungsanstalt gegen Krankheit versichert sind, gilt nach § 7, Abs. 1, *lit. c*, AngVG. als Beitragsgrundlage der Betrag ihrer Rente ohne Hilflosen- oder Kinderzuschuß,¹⁾ höchstens jedoch 400 S.

Besondere Vorschriften trifft § 7, Abs. 5, AngVG. für jene Versicherten, die gleichzeitig in mehreren Dienstverhältnissen tätig sind. Diese letzteren werden aus praktischen Gründen zu einer Versicherungseinheit zusammengefaßt. Die Beitragsgrundlage ist in diesem Falle gleich der Summe der Beitragsgrundlagen aus den einzelnen Dienstverhältnissen, höchstens jedoch 400 S, oder mit anderen Worten, jeder einzelne Dienstgeber hat, um das Verfahren nicht zu komplizieren, den ganzen Beitrag, der dem von ihm gezahlten Gehalt entspricht, an den Versicherungsträger abzuführen. Übersteigt die Summe der Beitragsgrundlagen die gesetzliche Höchstgrenze von 400 S, so ist dem Versicherten der auf ihn entfallende Anteil der zu viel gezahlten Beiträge rückzuerstatten.²⁾ Kommt es nun auf diese Weise bei mehrfach Beschäftigten mitunter vor, daß durch diese Zusammenfassung die obere Grenze der Beitragsgrundlage überschritten wird, so ist doch andererseits auch der Fall nicht selten, daß die Besoldung und damit die Beitragsgrundlage in einem oder dem anderen Dienstverhältnisse des mehrfach Beschäftigten — namentlich trifft dies bei an mehreren Schulen in Nebenfächern wirkenden privaten Lehrkräften zu — unter der Untergrenze von 80 S zurückbleibt. Deshalb findet diese letztere auch auf Versicherte, die gleichzeitig in mehreren Dienstverhältnissen tätig sind, keine Anwendung.

Von Wichtigkeit ist endlich noch die Bestimmung des § 7, Abs. 6, AngVG., derzufolge bei den Sondersicherungsanstalten — als solche gelten nach § 51 AngVG. die Versicherungsanstalten für Angestellte in der Land- und Forstwirtschaft, der Presse und für Pharmazeuten — die Höchstgrenze der Beitragsgrundlage und damit implizite auch jene der Bemessungsgrundlagen für die Unfall- und

¹⁾ Siehe in dieser Hinsicht auch die Ausführungen von Kerber, a. a. O., S. 354. Anderer Anschauung hingegen ist Czerny (a. a. O., S. 93), der auch diese Zuschüsse in die Beitragsgrundlage einbezogen wissen will.

²⁾ Der von Dienstgeberseite zu viel gezahlte Mehrbetrag verbleibt jedoch dem Versicherungsträger.

Pensionsversicherung bis zu 800 S erhöht werden kann. Von dieser gesetzlichen Befugnis haben die erwähnten Sonderversicherungsanstalten satzungsgemäß Gebrauch gemacht. Die Obergrenze der Beitragsgrundlage beträgt derzeit bei Angestellten in der Land- und Forstwirtschaft sowie der Presse 800 S, bei Pharmazeuten 650 S.

Eine im AngVG. nicht beantwortete Frage wirft sich in den praktisch nicht seltenen Fällen der Unter- oder Überversicherung auf. Eine solche liegt vor, wenn bei Abfuhr der Beiträge von einer niedrigeren oder höheren Grundlage ausgegangen wird, als der nach § 7, Abs. 1, AngVG. sich ergebenden Beitragsgrundlage entspricht. Da der Wortlaut des Gesetzes über die Behandlung solcher Fälle keinen Aufschluß bietet, muß bei Auslegung desselben wohl auf die die Angestelltenversicherung beherrschenden allgemeinen Grundsätze zurückgegriffen werden. Insbesondere lassen sich aus dem Grundsatz der ipso-jure-Versicherung gewisse Folgerungen für den gegenständlichen Fall ableiten. Wenn nämlich selbst bei Nichtanmeldung in einigen Versicherungszweigen (Kranken- und Unfallversicherung) die Versicherung als solche ipso jure existent wird und sich auf die nach § 7, Abs. 1, AngVG., versicherungspflichtigen Bezüge erstreckt, so muß per argumentum a majore ad minus das gleiche auch für Anmeldungen gelten, die sich auf zu niedrige oder zu hohe Beitragsgrundlagen stützen. Anders liegt die Sache in der Pensionsversicherung, wo bei zu geringer Beitragsabfuhr sich die Beitrags- und Bemessungsgrundlage nur nach dieser, nicht aber nach den tatsächlichen Verdiensten richtet. Es ist dies eben eine Konsequenz des Umstandes, daß der Grundsatz der ipso-jure-Versicherung in der Pensionsversicherung nur eine wesentlich beschränktere Anwendung findet.¹⁾

II. Die Bemessungsgrundlagen bauen sich durchgehends auf den Beitragsgrundlagen auf und sind in den einzelnen Versicherungszweigen verschieden. Hiebei liegt das Grundsätzliche des Unterschiedes darin, daß sich die Bemessungsgrundlage in der Krankenversicherung auf bloß einen Beitragsmonat stützt, während bei den Bemessungsgrundlagen in der Unfall- und Pensionsversicherung auf den Durchschnitt einer größeren Anzahl von Beitragsmonaten gegriffen werden mußte, um die Versicherungsträger vor Übervorteilung zu schützen. Im einzelnen setzt nun § 7, Abs. 2, AngVG. für die drei großen Versicherungszweige folgende Bemessungsgrundlagen fest:

a) Für die Barleistungen der Krankenversicherung, das sind das Krankengeld, die Wochenhilfe und das Begräbnisgeld, gilt als Bemessungsgrundlage die jeweilige Beitragsgrundlage des Versicherten im zweitletzten Beitragsmonat vor Eintritt des Versicherungsfalles. Erkrankt also ein Angestellter z. B. im Dezember, so wird

¹⁾ Vgl. hierüber die Ausführungen von Czerny, a. a. O., S. 90 bis 92, auf dessen in der Praxis nicht unbestrittene Rechtsanschauung sich die obigen Darlegungen stützen, ferner auch Kerber, a. a. O., S. 354.

das ihm gebührende Krankengeld auf Basis seiner Oktoberbezüge errechnet.

b) Für die Unfallversicherung bzw. die Höhe ihrer Renten, ist der Durchschnitt der Beitragsgrundlagen maßgebend, die der Versicherte während der letzten 12 Beitragsmonate vor Eintritt des Versicherungsfalles aufzuweisen hatte. Diese Bemessungsgrundlage baut sich also auf einer längeren Gehaltsperiode auf, die schon mit Rücksicht auf die Dauerleistungen, um welche es sich hier handelt, zuverlässigere Sicherheiten bietet als sie aus den schwankenden und mehr dem Zufall unterliegenden Arbeitsverdiensten kürzerer Zeiträume zu gewinnen wären.

c) Für die Pensionsversicherung wird, in noch stärkerer Betonung dieses Gedankens, die Bemessungsgrundlage auf den Durchschnitt der Beitragsgrundlagen der letzten 36 Beitragsmonate vor Eintritt des Versicherungsfalles gegründet. Hierbei werden zwecks Vermeidung von Unzukömmlichkeiten¹⁾ Gehaltssteigerungen der letzten 12 Beitragsmonate²⁾ nicht berücksichtigt, soweit sie 10 Prozent des Durchschnitts der vorangehenden 24 Beitragsgrundlagen überschreiten, es sei denn, daß diese Steigerungen auf einem Kollektivvertrag oder einem sowohl vor Vollendung des 50. Lebensjahres des Versicherten wie spätestens fünf Jahre vor Eintritt des Versicherungsfalles geschlossenem Dienstvertrage beruhen. In diesen beiden Fällen, die ausreichende Garantien gegen Mißbräuche bieten, läßt § 7, Abs. 2, *lit. c*, AngVG. somit auch größere Gehaltserhöhungen aus dem letzten Jahre für die Bemessungsgrundlage gelten. Diese kann jedoch in den Fällen des § 28, Abs. 2, AngVG. auch auf andere Weise ermittelt werden. Tritt nämlich der Versicherungsfall erst ein, nachdem der Versicherte das 45. Lebensjahr vollstreckt oder nach Vollendung desselben die Wartezeit³⁾ erfüllt hat (Bemessungszeitpunkt), so gilt, sofern es für den Versicherten günstiger ist, als Bemessungsgrundlage für den Grundbetrag der Invaliditäts(Alters)rente und für den bis dahin erworbenen Steigerungsbetrag der Durchschnitt der Beitragsgrundlagen der letzten 60 Monate vor dem Bemessungszeitpunkt, und nur für den später erworbenen Steigerungsbetrag die Bemessungsgrundlage nach § 7, Abs. 2, *lit. c*, AngVG. Mit dieser Bestimmung bezweckt das Gesetz, in Fällen, wo mit steigendem Lebensalter der Verdienst abnimmt, dem Versicherten jene Bemessungsgrundlage zu erhalten, die sich für ihn

1) Solche Mißbräuche können insbesondere in künstlichen Gehaltserhöhungen bestehen, die nur zu dem Zwecke vorgenommen werden, einen günstigeren Rentenanspruch des Versicherten zu konstruieren.

2) Nach dem Stammgesetze blieben die Gehaltssteigerungen der letzten 18 Beitragsmonate unberücksichtigt. Die II. Novelle zum AngVG. hat diesen Zeitraum auf 12 Monate herabgesetzt.

3) Unter »Wartezeit« versteht man jene Mindestzahl von Beitragsmonaten, die zum Erwerb von Rentenleistungen erforderlich ist. Sie beträgt in der Pensionsversicherung gemäß § 26, Abs. 1, AngVG. 60 Beitragsmonate.

im Höhepunkt seiner Schaffenskraft — als solcher wird normalerweise das 45. Lebensjahr angesehen — ergab.¹⁾ So kann es denn vorkommen, daß diese begünstigten Renten den letzten Gehalt des Versicherten übersteigen.²⁾

Ein wichtiger Begriff, dessen sich das AngVG. in seinen das Ausmaß der Barleistungen regelnden Vorschriften zu bedienen pflegt, ist jener der »Renteneinheit«. Als solche wird ein Prozent der Bemessungsgrundlage bezeichnet. Wenn also z. B. das tägliche Krankengeld gemäß § 11, Abs. 2, AngVG., mit 2·5 Renteneinheiten festgesetzt wird, so will dies besagen, daß 2·5 Prozent der Bemessungsgrundlage, d. i. des Gehaltes des Versicherten im zweitletzten Beitragsmonat, als Krankengeld gebühren. Ähnlich wird nach § 17, Abs. 2, AngVG. die Vollrente in der Unfallversicherung mit 70 Renteneinheiten und der Grundbetrag der Invaliden(Alters)rente nach § 28, Abs. 1, AngVG., mit 35 Renteneinheiten bestimmt. So ergibt sich denn aus dem Begriffe »Renteneinheit« eine technische Vereinfachung der Gesetzessprache, die auch dem Versicherten die leichte Feststellung gestattet, was er im Einzelfalle an Versicherungsleistungen zu erhalten hat. Bei Berechnung dieser letzteren wird überdies die Bemessungsgrundlage derart gerundet, daß Beträge unter 50 g vernachlässigt, solche von 50 g und darüber aber für 1 S gezählt werden (§ 7, Abs. 4, AngVG.).

§ 82. Die Leistungen der Angestelltenversicherung.

Die Leistungen der Angestelltenversicherung zielen darauf ab, den Versicherten aus den ihn treffenden körperlichen oder wirtschaftlichen Nöten möglichst zu befreien. Hierbei kommt nicht so sehr der Gedanke des Schadenersatzes als jener der sozialen Hilfeleistung zur Geltung. Daher vermengen sich auch Sach- und Geldleistungen so enge miteinander, wie es eben dem jeweiligen Versicherungszweck am besten entspricht. Insbesondere geht die Entwicklung dahin, die den Ausfall an Dienstehkommen vergütenden Geldleistungen innerhalb der durch die Beitragsgrundlagen gezogenen Grenzen tunlichst zu individualisieren. Die Sachleistungen wieder streben nach Veredlung, wobei die Fortschritte der modernen Medizin in verschiedenster Richtung, namentlich aber im Sinne erweiterter und vorbeugender Heilfürsorge,³⁾ zur Auswertung

¹⁾ Dieser leitende Grundgedanke, der dem Schutze des Versicherten bei fallendem Einkommen dient, ist dem deutschen AngVG. entlehnt, das nach § 56 in solchen Fällen das »Ruhegeld« gleichfalls nach einer für den Versicherten günstigen Rentenformel errechnet.

²⁾ Nicht jedoch die Höchstgrenze der bei dem betreffenden Versicherungsträger geltenden Beitragsgrundlagen.

³⁾ Der Gedanke, die Pflichtleistungen der Sozialversicherung durch ein erweitertes Heilverfahren auszugestalten, hat sich in allen neueren Versicherungsgesetzen Bahn gebrochen. Diese ermächtigen die Versicherungsträger, unter Heranziehung gewisser Teile ihrer finanziellen Mittel (vgl. hierüber die Ausführungen auf S. 575), die erweiterte Heil-

gelangen. So sehen wir denn in allen Versicherungszweigen eine Reihe von Faktoren am Werke, die manche bisher ungenützten Kräfte der Sozialversicherung gelöst und zu frischem Leben geweckt haben.

I. Die Leistungen der Krankenversicherung. Diese scheiden sich ihrem Gegenstande nach in Krankenpflege, Krankengeld, Wochenhilfe und Begräbnisgeld.

a) Die Krankenpflege. Zu dieser gehören nach § 8, Abs. 2, AngVG.: Arzthilfe einschließlich des notwendigen geburtsärztlichen¹⁾ und des Hebammenbeistandes²⁾ sowie der etwa erforderlichen Lyssa-behandlung; Versorgung mit den notwendigen Heilmitteln und Heilbehelfen, einschließlich jener, deren der unmittelbar Versicherte³⁾ zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Berufsfähigkeit bedarf, und zwar in einfacher, aber zweckentsprechender Ausführung; der unentbehrliche Zahnersatz, ferner sonstige zahnärztliche und zahn technische Hilfe.⁴⁾

Was zunächst die Arzthilfe betrifft, so erfolgt diese nach § 9, Abs. 1, AngVG. in der Regel durch die hiezu bestellten Kassenärzte nach Maßgabe der Krankenordnung oder in den sonst von den Versicherungsträgern bereitgestellten Einrichtungen zur Krankenpflege.⁵⁾ Das Gesetz kennt jedoch neben dem System der, sei es pauschaliert oder nach Einzelleistungen honorierten Kassenärzte auch noch jenes der organisierten⁶⁾ und das der unbeschränkten freien Ärztwahl. Es ist in das Belieben der Versicherungsträger gestellt, welches dieser Systeme sie sich bedienen wollen. Werden seitens des Versicherten Wahlärzte in Anspruch genommen, die nicht zu den Vertragsärzten gehören, so sind ihm die aufgewendeten Kosten nur bis zu jenem

behandlung als besonderen Fürsorgezweig zu pflegen. Dieselbe dient hauptsächlich Vorbeugungszwecken und strebt danach, durch rechtzeitiges Eingreifen sonst eintretend größere Versicherungslasten herabzumindern. Als Mittel der erweiterten Heilfürsorge auf die seitens der Versicherten ein Rechtsanspruch nicht geltend gemacht werden kann, kommen nach § 47, Abs. 2, AngVG., insbesondere in Betracht: Beistellung von Hauspflege, Unterbringung der Versicherten in Genesungsheimen, Landaufenthalt, sowie der Besuch von Kurbädern und Heilstätten. Sowohl die Hauptanstalt für Angestelltenversicherung als auch die Versicherungskassen haben der erweiterten Heilfürsorge, die in erster Reihe den unmittelbar Versicherten zugute kommen soll, ein besonderes Augenmerk zugewendet und für diesen Zweck zahlreiche anstaltliche Einrichtungen (Heilstätten, Genesungs- und Erholungsheime usw.) geschaffen.

1) Geburtsärztliche Hilfe gebührt daher nur dann, wenn sie sich im Einzelfalle als notwendig erweist.

2) Auf diesen hat jede Wöchnerin im Sinne des AngVG. Anspruch.

3) Somit nicht auch der mittelbar Versicherte.

4) Die Leistungspflicht der Versicherungsträger auf dem Gebiete der zahnärztlichen und zahntechnischen Hilfe wird durch die Krankenordnung näher umschrieben. Ein diesbezüglicher Anspruch des Versicherten besteht daher nur insoweit, als ihn die Krankenordnung anerkennt.

5) Hierunter sind eigene Ambulatorien und Krankenhäuser, nicht aber Heilstätten, Erholungs- und Genesungsheime zu verstehen. Die Pflege in letzteren fällt bereits in den Bereich der erweiterten Heilbehandlung (§ 47, Abs. 1, AngVG.).

6) Die organisierte freie Ärztwahl umfaßt alle jene Ärzte, die dem zwischen ihrer Berufsorganisation und der Kasse abgeschlossenen Rahmenvertrag beigetreten sind. Unter ihnen steht dem Versicherten grundsätzlich die Wahl frei.

Beträge zu ersetzen, der dem Versicherungsträger beim Aufsuchen eines Vertragsarztes erwachsen wäre. Wenn aber für die Gewährung vertragsärztlicher Hilfe nicht vorgesorgt ist oder nach Lage des Falles ein Vertragsarzt nicht rechtzeitig in Anspruch genommen werden konnte, gebührt dem Versicherten der durch die Krankenordnung bestimmte Ersatzbetrag. Hiefür können auch örtlich, bzw. nach Versicherten und Angehörigen abgestufte Höchstsätze normiert werden.

An Stelle der freien ärztlichen Behandlung, der notwendigen Heilmittel und des Krankengeldes ist dem unmittelbar Versicherten nach § 10 AngVG. Anstaltspflege zu gewähren, wenn die Art der Krankheit es erfordert¹⁾ oder die Möglichkeit einer entsprechenden häuslichen Pflege nicht gegeben ist.²⁾ In diesem Falle sind auch die notwendigen Beförderungskosten in die Krankenanstalt und aus derselben vom Versicherungsträger zu bezahlen. In sonstigen Fällen kann die Abgabe des unmittelbar Versicherten in eine Heil- und Pflegeanstalt nur erfolgen, wenn er zustimmt oder wenn er wiederholt den Vorschriften der Krankenordnung, bzw. den Weisungen des behandelnden Arztes zuwidergehandelt hat. Desgleichen ist die Abgabe in eine Gebäranstalt oder ein Wöchnerinnenheim nur mit dem Einverständnis der Schwangeren zulässig. Die aus der Anstaltspflege unmittelbar Versicherter erwachsenden Kosten haben die Versicherungsträger bis zur Höhe von 4 Prozent der Bemessungsgrundlage,³⁾ mindestens jedoch mit 4 S täglich, bis zur Dauer von 6 Wochen zu bezahlen. Über diese Zeit hinaus entrichten sie die Verpflegskosten jedoch nur bis zur Höhe des Krankengeldes, das dem Erkrankten bei häuslicher Pflege gebühren würde, das sind 2½ Prozent der Bemessungsgrundlage.⁴⁾ Sind die aufgelaufenen Verpflegskosten durch diese Leistungen der Versicherungsträger nicht gedeckt, so gilt der restliche Teil als uneinbringlich im Sinne des § 47 des Krankenanstaltengesetzes.⁵⁾ Keinesfalls darf ein solcher Restbetrag dem Versicherten angelastet werden.

Anspruch auf Krankenpflege haben auch die mittelbar Versicherten, das sind die in § 3, Abs. 2, AngVG. verzeichneten Familienangehörigen. Doch besteht hier im Ausmaß der zu gewährenden Sachleistungen insofern eine Einschränkung, als Behelfe zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Berufsfähigkeit, ebenso wie Zahnersatz nur an unmittelbar, nicht aber an mittelbar Versicherte geleistet werden. Auch gebührt den letzteren Anstaltspflege, wenn sie sich als notwendig erweist oder mit vorheriger Zustimmung des Versicherungsträgers

1) Die Beurteilung hierüber steht dem behandelnden Arzte, bzw. der Spitalsleitung zu.

2) Über das Zutreffen dieser Voraussetzung entscheidet der Versicherungsträger.

3) Dieser Höchstbetrag reicht daher bis 16 S täglich.

4) Siehe diesbezüglich die Ausführungen auf S. 532.

5) Das Krankenanstaltengesetz vom 15. Juli 1920, St. 327, erhielt seine letzte Fassung durch das BG. vom 3. Februar 1923, B. 72. Seither ist infolge Änderung der Zuständigkeitsnormen eine Reihe von Landesgesetzen an seine Stelle getreten. Ein von Bundes wegen zu erlassendes Rahmengesetz ist in Vorbereitung.

erfolgt, nicht in natura, sondern es wird ihnen nur ein Kostenbeitrag in der durch die Krankenordnung bestimmten Höhe und Zeitdauer bewilligt. Ein weiterer Unterschied zwischen den beiden Versichertenkategorien ergibt sich hinsichtlich der Dauer des Anspruches auf Krankenpflege. Während dieser bei unmittelbar Versicherten bei ambulanter Behandlung¹⁾ unbeschränkt, sonst höchstens durch 78 Wochen²⁾ für einen und denselben Krankheitsfall³⁾ läuft, haben Angehörige jedenfalls nur so lange Anspruch auf Krankenpflege, als der unmittelbar Versicherte in Beschäftigung, im Bezuge des Krankengeldes, der Stellenlosenunterstützung oder der Invaliditäts(Alters)rente steht. Trotz dieser qualitativen und quantitativen Einengungen ist die obligatorische Krankenpflege der Familienangehörigen für die Versicherungskassen mit sehr bedeutenden Kosten verbunden. Andererseits wirkt sich gerade diese gesundheitliche Betreuung eines so weiten Personenkreises in sozialer und volkshygienischer Hinsicht überaus wohltätig aus und lohnt die hierfür gebrachten Opfer auf das reichlichste.

b) Das Krankengeld tritt als Barvergütung zu den Sachleistungen der Krankenversicherung hinzu, um den Einkommensausfall, den der unmittelbar Versicherte⁴⁾ durch die Krankheit erleidet, wettzumachen. Das Krankengeld gebührt gemäß § 11, Abs. 1, AngVG. den Versicherten, die durch eine länger als drei Tage dauernde Krankheit an der Ausübung ihrer Dienstesobliegenheiten verhindert sind, vom vierten Tage⁵⁾ dieser Verhinderung an auf deren Dauer, höchstens aber durch 30 Wochen für denselben Krankheitsfall. Die Maximaldauer des Krankengeldbezuges verlängert sich jedoch nach Erwerbung von 12 Beitragsmonaten auf 52, nach Erfüllung der Wartezeit, d. i. also nach 60 Beitragsmonaten, sogar auf 78 Wochen. Sie kommt also in letzterem Falle der Anspruchsdauer auf Krankenpflege gleich. Stellenlosen gebührt das Krankengeld schon vom ersten Tage der durch Krankheit ver-

1) Ambulante Behandlung ist jene, bei welcher der Versicherte seiner Beschäftigung weiter nachgeht. Sie kann, muß aber nicht Ambulatoriumsbehandlung sein, die sich in einer zu diesem Zwecke vom Versicherungsträger bereitgestellten anstattlichen Einrichtung vollzieht.

2) Für diese zeitliche Begrenzung des Anspruches auf Krankenpflege spricht neben finanziellen Rücksichten auch die Erwägung, daß es sich hier um eine Versicherung gegen Krankheit, nicht aber gegen Siechtum handelt. Unter ersterer versteht man eine derartige Störung des körperlichen oder geistigen Zustandes, welche die Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe zwecks Behebung oder Linderung der Beschwerden als geboten erscheinen läßt. Ist jedoch die Erreichung dieses Zweckes durch ärztliche Kunst nicht mehr möglich, dann liegt Siechtum vor.

3) Derselbe Krankheitsfall ist anzunehmen, wenn Krankenpflege für Erkrankungen gleichen Art in zwei oder mehreren Zeiträumen gewährt wird, die weniger als zwei Monate von einander liegen (§ 8, Abs. 1, Schlußsatz, AngVG.).

4) Mittelbar Versicherten steht ein Anspruch auf Krankengeld nicht zu.

5) Diese dreitägige Karenzfrist entspricht der auch in der Arbeiterversicherung einzuführenden (vgl. hierüber S. 594) und will die Kassen vor allzu starker Inanspruchnahme durch Leicht- oder Scheinerkrankte schützen. Über die daneben herlaufende vierwöchige Karenzfrist bei den das volle Entgelt fortbeziehenden Angestellten (§ 12, Abs. 1, Z. 1, AngVG.) siehe die folgenden Ausführungen auf S. 538.

ursachten Arbeitsunfähigkeit. Seiner Höhe nach beträgt das Krankengeld $2\frac{1}{2}$ Renteneinheiten täglich. Hierbei ist es jedoch in seiner Unter- und Obergrenze mit mindestens 2 S und höchstens 7·50 S pro Tag gesetzlich fixiert. Über dieses Ausmaß kann es auch bei den Sonderversicherungsanstalten¹⁾ nicht hinausgehen. Bei Stellenlosen, die erst nach Ablauf von zwei Monaten seit Ausscheiden aus der Versicherungspflicht erkranken, beschränkt sich das Maximum des Krankengeldes auf den Betrag der ihnen zukommenden täglichen Arbeitslosenunterstützung.

Die liberalen Vorschriften des AngVG. über die Dauer der Krankenpflege legen den Kassen große Opfer auf, die eine gewisse Kompensation heischen. Diese letztere wurde in der Statuierung einer weiteren zusätzlichen Karenzfrist beim Krankengeldbezug jener zahlreichen Angestellten gefunden, die im Krankheitsfalle auf Grund gesetzlicher oder vertraglicher Bestimmung²⁾ Anspruch auf Fortbezug des vollen Entgelts oder auf Abfertigung haben. § 12, Abs. 1, Z. 1, AngVG. setzt daher fest, daß solchen Versicherten während der ersten vier Krankheitswochen überhaupt kein Krankengeld und vom Beginne der fünften bis zum Ende der sechsten Krankheitswoche nur das halbe Krankengeld gebührt. Da die erwähnte Voraussetzung bei der Mehrzahl der Versicherten zutrifft, werden hiedurch die Kassen stark entlastet. Neben diesem Falle gebührt Krankengeld auch nicht während der Dauer der dem Versicherten gewährten Anstaltspflege, ferner während der Dauer einer Krankheit, die sich der Versicherte vorsätzlich³⁾ oder durch Trunkenheit zugezogen hat, endlich auch nicht für jene Zeit, für die bereits Stellenlosenunterstützung gezahlt wurde. In den beiden ersteren Fällen wird jedoch den bedürftigen⁴⁾ Angehörigen im Sinne des § 3, Abs. 2, AngVG. ein Familiengeld in der halben Höhe des Krankengeldes, und zwar mindestens im Betrage von 1·50 S täglich⁵⁾ zugestanden.

1) Diese können die Beitrags- und Bemessungsgrundlage nur für die Unfall- und Pensionsversicherung, nicht aber auch für die Krankenversicherung erhöhen.

2) Vgl. in dieser Hinsicht auch die Ausführungen auf S. 172.

3) Die Frage, ob eine durch Selbstmordversuch herbeigeführte Krankheit als »vorsätzlich zugezogen« anzusehen ist, wird in der Judikatur verschieden beantwortet. Vielfach wurde Krankengeld nur dann zugestanden, wenn der Selbstmordversuch in unzurechnungsfähigem Zustande begangen wurde. Das BM. für soziale Verwaltung vertritt jedoch in letzter Zeit die Anschauung, daß im Selbstmordversuch keine auf Zuziehung einer Krankheit gerichtete Absicht erblickt werden könne.

4) Bedürftigkeit bedeutet einen Zustand, der durch das Fehlen der zum anständigen Lebensunterhalt erforderlichen Mittel gekennzeichnet ist. Wie hoch das Einkommen sein muß, um den anständigen Unterhalt sicherzustellen, läßt sich nur im einzelnen Falle nach den Erscheinungen des täglichen Lebens beurteilen (Entscheidung des VGH. vom 18. Dezember 1925, Z. R. 45/25, abgedruckt in den »Amtlichen Nachrichten des BM. für soziale Verwaltung«, VIII. Jahrgang, S. 56). Siehe über diese Frage auch noch die weiteren Entscheidungen des VGH. vom 8. Februar 1926, Z. R. 47/26, vom 6. September 1926, Z. R. 355/26 und vom 28. September 1926, Z. R. 289/26 in den »Amtlichen Nachrichten«, VIII. Jahrgang, S. 96 und 262.

5) Der Minimalsatz von 1·50 S gebührt auch den bedürftigen Angehörigen eines in Anstaltspflege befindlichen Stellenlosen.

c) Die Wochenhilfe. Bei dieser, einem reifen sozialen Empfinden entspringenden Versicherungsleistung tritt der bevölkerungspolitische Einschlag deutlich hervor. Will die Wochenhilfe doch eine entsprechende körperliche Schonung der Mütter vor und nach der Niederkunft bewirken und hiedurch, ebenso wie durch die Förderung des Selbststillens die Aufzucht gesunder Kinder ermöglichen. Sie wird in zwei Formen gewährt, als laufende Schwangeren- und Wöchnerinnenunterstützung und dann als einmaliger Anschaffungsbeitrag für jedes Kind, das — ob nun tot oder lebendig — zur Welt kommt. Anspruchsberechtigt sind neben weiblichen unmittelbar Versicherten auch gewisse Familienangehörige männlicher Versicherter, und zwar die Ehegattin bei Bestand der Ehegemeinschaft,¹⁾ ferner die schuldlos geschiedene Gattin und die Witwe eines Versicherten, diese beiden jedoch nur dann, wenn sie binnen 9 Monaten nach der Scheidung, bzw. nach dem Tode des Versicherten niederkommen. Diese mittelbar Versicherten werden hinsichtlich des Ausmaßes der Wochenhilfe im allgemeinen den unmittelbar Versicherten gleichgestellt. Nur die Schwangerschaftsunterstützung wird ausschließlich letzteren zuteil.

Was nun die Höhe der Leistungen anbelangt, so beträgt die durch 6 Wochen nach der Niederkunft zu leistende Wöchnerinnenunterstützung $1\frac{1}{4}$ Renteneinheiten täglich, mindestens also 1 S, höchstens jedoch 3.75 S, was der halben Höhe des Krankengeldes entspricht. Hierzu tritt bei Frauen, die ihr Kind selbst stillen, noch die Stillprämie in gleichem Ausmaße hinzu. Diese wird während 12 Wochen nach der Niederkunft gewährt; doch kann diese Frist durch die Krankenordnung bis auf 26 Wochen verlängert werden.²⁾ Auch die Schwangerenunterstützung wird im gleichen Ausmaß, und zwar während der letzten 6 Wochen vor der voraussichtlichen Niederkunft flüssig gemacht, wenn sich die Versicherte während dieser Zeit der Berufsarbeit enthält³⁾ und seitens ihres Dienstgebers nicht das volle Entgelt bezieht. Der Anschaffungsbeitrag, der es der Schwangeren ermöglichen soll, die für das erwartete Kind erforderliche Ausstattung zu besorgen, beträgt 120 S für jedes Kind und ist zur Hälfte schon in den letzten 4 Wochen der Schwangerschaft auszufolgen. Der Rest gebührt binnen 14 Tagen nach Beibringung des Geburts(Tauf)scheines. Im übrigen sind die laufenden Unterstützungsbeiträge wöchentlich im nachhinein flüssigzumachen. Sie entfallen jedoch bei Bezug von Krankengeld oder Gewährung von Anstaltspflege (§ 13, Abs. 3, AngVG.).⁴⁾

1) Diese muß nur rechtlich, nicht auch tatsächlich bestehen.

2) Diese Förderung des Selbststillens erfolgte über ärztlichen Vorschlag, da sich zeigte, daß dieses für das Heranziehen einer gesunden Generation sowie für die Vermeidung von Krankheiten im ersten Kindesalter von grundlegender Wichtigkeit ist.

3) Dies steht schwangeren Angestellten gemäß § 8, AngG., frei. Vgl. hierüber auch die Ausführungen auf S. 405.

4) Stillprämien werden aber auch in solchen Fällen zugestanden.

d) Das Begräbnisgeld gebührt nach § 14 AngVG. beim Tode eines Versicherten demjenigen, der die Kosten des Begräbnisses trägt;¹⁾ geschieht dies jedoch seitens einer juristischen Person, so z. B. eines Begräbnisvereines, so kommt das Begräbnisgeld jenen Angehörigen im Sinne des § 3, Abs. 2, AngVG. zu, für deren Unterhalt der Versicherte gesorgt hat.²⁾ Beim Tode³⁾ eines Angehörigen fließt das Begräbnisgeld dem Versicherten zu. Dasselbe beträgt, je nachdem der Tod in der ersten Lebenswoche oder im Alter von weniger oder mehr als sechs Jahren eintritt, 30, 60 oder 90 Renteneinheiten, jedoch in den beiden ersten Fällen mindestens 60, im letzten Falle mindestens 90 S. Gebührt das Begräbnisgeld nicht einem Versicherten oder Angehörigen, so wird es höchstens im Ausmaße der tatsächlichen Kosten des Begräbnisses gewährt. Es ist binnen 14 Tagen nach Beibringung des Totenscheines flüssigzumachen. Eine Kürzung des Begräbnisgeldes tritt ein, wenn der unmittelbar Versicherte beim Tode eines Angehörigen noch nicht sechs anrechenbare Beitragsmonate vollendet hat. In diesem Falle gebühren ihm nur so viele Sechstel der angeführten Summen, als Beitragsmonate erworben sind, es sei denn, daß der Tod des Angehörigen in der ersten Lebenswoche oder als Folge eines Unfalles eingetreten ist.

II. Die Leistungen der Unfallversicherung. Da die Angestellten, von einzelnen Kategorien⁴⁾ abgesehen, nur einer geringen Unfallgefahr ausgesetzt sind, treten die Leistungen der Unfallversicherung gegenüber jenen der Kranken- und Pensionsversicherung an Bedeutung zurück. In ihrer Art passen sie sich dem Zweck der Unfallversicherung an, ersetzen somit jenen Schaden, den der Versicherte aus einem Dienstunfalle durch Verlust oder Minderung seiner Erwerbsfähigkeit oder durch Tötung erleidet. Der Begriff des Dienstunfalles wird vom AngVG. in § 16, Abs. 2, näher abgegrenzt. Danach gelten als Dienstunfälle alle in Ausübung des Dienstes erlittenen oder mit diesem in Zusammenhang stehenden Unfälle, insbesondere auch solche, die sich bei jenen häuslichen oder sonstigen Verrichtungen ereignen, zu denen der Versicherte während des Dienstverhältnisses durch den Dienstgeber oder dessen Beauftragten herangezogen wird, endlich Unfälle, die auf dem Wege von der Wohnung zur Beschäfti-

¹⁾ Das AngVG. steckt somit den Kreis der zum Bezuge des Begräbnisgeldes berechtigten Personen im weitesten Umfange ab. Hiedurch soll dem eigentlichen Zweck dieser Leistung Rechnung getragen werden, die dahin wirken will, daß sich die Umgebung des verstorbenen Versicherten auf jeden Fall seiner Beerdigung annimmt.

²⁾ Familienangehörigen, die selbständig erwerbstätig oder krankenversicherungs-pflichtig sind, kann ein Begräbnisgeld nicht anfallen, da sie nicht als Angehörige im Sinne des § 3, Abs. 2, AngVG. gelten.

³⁾ Unter Tod ist das Ende des menschlichen Lebens zu verstehen. Hievon kann aber bei einer Totgeburt nicht gesprochen werden. Deshalb gebührt bei einer solchen wohl Wochenhilfe, aber kein Begräbnisgeld.

⁴⁾ Hierzu gehören vor allem die Industrieangestellten, die Bergbeamten, das Forst- und Jagdschutzpersonal, die Schiffsangestellten u. a. m.

gung oder umgekehrt eintreten, sofern dieser Weg nicht in eigener Sache des Versicherten oder sonst ohne Zusammenhang mit dem Dienstverhältnis unterbrochen wird. Den Dienstunfällen gleichzuhalten sind nach § 16, Abs. 3, AngVG. auch bestimmte durch die berufliche Beschäftigung verursachte Erkrankungen. Die näheren Vorschriften hierüber enthält die IV. Durchführungsverordnung zum AngVG. vom 3. September 1928, B. 229, betreffend die Berufskrankheiten in der Angestelltenversicherung.¹⁾

Die Leistungen der Unfallversicherung gliedern sich in die Verletztenrenten, das Heilverfahren und die Hinterbliebenenrenten, die wiederum Witwen-, Waisen- oder Renten sonstiger Hinterbliebener (Eltern, Großeltern, Geschwister) sein können.

a) Die Verletztenrente stellt die wichtigste Regelleistung der Unfallversicherung dar, welche den durch einen Dienstunfall verletzten Versicherten für die daraus entspringende Minderung seiner Erwerbsfähigkeit angemessen entschädigen soll. Sie gebührt gemäß § 17, Abs. 1, AngVG. vom Tage nach Beendigung der durch den Unfall bedingten Heilbehandlung, wenn und solange die Erwerbsfähigkeit des Verletzten um mehr als ein Viertel²⁾ gemindert ist. Ihrer Höhe nach wird die Rente nach dem Grade der durch den Unfall herbeigeführten Minderung der Erwerbsfähigkeit bestimmt. Hierbei ist billigerweise auch auf jene Minderung des Arbeitsverdienstes Rücksicht zu nehmen, die durch einen infolge der geringeren Erwerbsfähigkeit nötig gewordenen Berufs- oder Stellungswechsel verursacht wurde. Die Verletztenrente beträgt, solange der Versicherte infolge des Unfalles völlig erwerbsunfähig ist, 70 Renteneinheiten, mindestens

¹⁾ In dieser Vdg. wird bestimmt, daß Erkrankungen eines versicherungspflichtigen Angestellten wie Dienstunfälle zu behandeln sind, wenn sie auf die berufliche Beschäftigung mit nachstehenden Stoffen oder Energien zurückzuführen sind: Blei, Chrom, Arsen, Quecksilber und die mit diesen Stoffen hergestellten Verbindungen, Phosphor, Benzol, Schwefelkohlenstoff, Ruß, Teer, Pech, Paraffin, Anthrazen und verwandte Stoffe, ferner verschiedene Arten strahlender Energie. Insbesondere sind Erkrankungen durch Röntgenstrahlen oder radioaktive Stoffe versicherungsmäßig zu entschädigen. Endlich sind Dienstunfällen auch Infektionserkrankungen der im wissenschaftlichen Hilfsdienst (Laboratorien, Impfstoffgewinnungsanstalten u. dgl.) tätigen Angestellten sowie Erkrankungen an Milzbrand gleichzuhalten, wenn der Versicherte in Betrieben beschäftigt war, die Felle oder sonstige tierische Rohprodukte verarbeiten. Entspricht diese Liste auch nicht allen aus Versichertenkreisen geäußerten Wünschen, so bedeutet sie doch einen begrüßenswerten Fortschritt, der vielen Berufserkrankten den Weg zu den Leistungen der Unfallversicherung freimacht. Im übrigen hält sich die Bestimmung des § 16, Abs. 3, AngVG., ebenso wie die analoge Vorschrift des § 63 ArbVG. und des § 61 LandArbVG., durchaus im Rahmen des von der VII. Internationalen Arbeitskonferenz am 10. Juni 1925 angenommenen Übereinkommens, betreffend die Entschädigung aus Anlaß von Berufskrankheiten, das von der Republik Österreich am 16. August 1928 ratifiziert worden ist. Die diesbezügliche Ratifikationsurkunde wurde unter B. 288 am 6. November 1928 verlautbart.

²⁾ Bei der Beurteilung des Grades geminderter Erwerbsfähigkeit sind auch offenkundige Verstümmlungen, die bei Bewerbung um Arbeit nicht verborgen bleiben können, entsprechend zu werten.

jedoch 70 S (§ 48, Abs. 1, AngVG.) monatlich. In diesem Falle spricht man von einer Vollrente, im Gegensatze zu den Teilrenten, die gebühren, solange der Verletzte in Folge des Unfalles teilweise, aber zu mehr als einem Viertel erwerbsunfähig ist. Sie werden mit jener Quote der Vollrente bemessen, die dem Grade der Minderung der Erwerbsfähigkeit entspricht, also z. B. mit 50 Prozent derselben, wenn der Versicherte zur Hälfte erwerbsunfähig wurde. So lange der Verletzte infolge des Unfalles nach Beendigung der Heilbehandlung derart hilflos ist, daß er ständig der Hilfe und Wartung bedarf,¹⁾ ist die Rente auf das Eineinhalbfache der Vollrente zu erhöhen. Eine besondere Begünstigung erkennt § 17, Abs. 2, AngVG. solchen Versicherten zu, die eine Beitragszeit von weniger als 120 Beitragsmonaten aufweisen. Erleiden derartige Versicherte — es handelt sich hierbei meist um Personen jugendlichen Alters — einen Unfall, so wird, sofern dies für sie günstiger ist, als Bemessungsgrundlage ihrer Verletztenrente jener Gehalt angenommen, den Angestellte der gleichen Berufsgruppe von ähnlicher Ausbildung in derselben Gegend unmittelbar nach Erwerbung von 120 Beitragsmonaten, somit im 11. Dienstjahre, zu beziehen pflegen.

Die Vollrente kann vorübergehend auch als Erholungs- oder Umschulungsrente gewährt werden. Bei ersterer kommen Verletzte in Betracht, die zwar nicht mehr völlig erwerbsunfähig sind, aber zur Wiederherstellung der Berufsfähigkeit oder zur Besserung ihres Zustandes noch besonderer Schonung bedürfen. Die Umschulungsrente hingegen verfolgt den Zweck, wiederholt berufserkrankten Personen, die eine Verletztenrente auf Grund von § 16, Abs. 3, AngVG. beziehen, den Übergang zu einem anderen, für sie weniger gefährlichen Beruf²⁾ zu ermöglichen. Es handelt sich somit bei diesen erst durch die II. Novelle zum AngVG. eingeführten Rentengattungen um eine Neuerung produktiven Charakters, von der sicherlich ein wirtschaftlicher Nutzeffekt erwartet werden darf.

Von Wichtigkeit sind endlich die Vorschriften des § 17, Abs. 6, AngVG., welche sich auf das Zusammentreffen mehrerer, zum Rentenbezug berechtigender Unfälle in der Person eines und desselben Versicherten beziehen. Befindet sich nämlich ein Verletzter zur Zeit des Unfalles bereits im Genuß einer Rente aus früheren Unfällen, so ist die Rente auf Grund der durch alle Unfälle verursachten Gesamtminderung der Erwerbsfähigkeit nach der höchsten in Betracht

¹⁾ Diese Rentenerhöhung wird daher zu gewähren sein, wenn der Verletzte so hilflos ist, daß er zu den Verrichtungen der gewöhnlichen Lebenshaltung aus eigener Kraft nicht mehr imstande ist; sie gebührt jedenfalls völlig Erblindeten sowie Personen, die mit gleich schweren anderen körperlichen oder geistigen Gebrechen dauernd behaftet sind. Hinsichtlich der Pflegeperson macht es keinen Unterschied, ob es sich bei dieser um eine bezahlte oder unbezahlte Kraft, bzw. um einen Familienangehörigen oder einen Fremden handelt. Siehe Näheres über diese Frage bei Kerber, a. a. O., S. 416.

²⁾ Derartige Berufswechsel werden heutzutage durch die Methoden der modernen Psychotechnik und Umschulung sehr erleichtert. Vgl. hierüber die Fußnote ²⁾ auf S. 91.

kommenden Bemessungsgrundlage zu bestimmen. Das gleiche gilt, wenn der Verletzte aus einem früheren Unfälle nur deshalb keine Rente erhielt, weil seine Erwerbsfähigkeit nicht in einem für die Zuerkennung einer Rente hinreichendem Maße gemindert war. Bezieht der Verletzte jedoch seine frühere Unfallrente auf Grund einer anderweitigen gesetzlichen Unfallversicherung, so wird die im Sinne der Vorschriften des AngVG. neu bemessene Rente nur mit jenem Betrage flüssiggemacht, um den sie die Rente aus der anderweitigen Unfallversicherung übersteigt.

Zu einer Verletztenrente, die mindestens 50 Renteneinheiten beträgt,¹⁾ gebührt dem Versicherten für jedes Kind gemäß § 18 AngVG. ein Kinderzuschuß. Dieser wird für ein Kind mit einem Zehntel, für jedes weitere Kind mit einem Zwanzigstel der Rente bemessen.

b) Das Heilverfahren. Die durch den Unfall bedingte Heilbehandlung ist dem Verletzten so lange als nötig zu gewähren, und zwar zunächst durch den Träger der Krankenversicherung, d. i. also die zuständige Versicherungskasse. Dieser obliegt die Pflicht zur Heilbehandlung während des in § 8, Abs. 1, AngVG. angegebenen Zeitraumes, der dem jeweiligen Anspruch des Versicherten auf Krankenpflege entspricht, höchstens jedoch 78 Wochen beträgt. Über diesen Zeitraum hinaus hat dann der Träger der Unfall- und Pensionsversicherung, d. i. in der Regel die Hauptanstalt für Angestelltenversicherung, für die notwendige Fortsetzung der Heilbehandlung zu sorgen. Doch steht es der Hauptanstalt frei, diese Behandlung schon früher an sich zu ziehen,²⁾ bzw. die ihr obliegende Heilbehandlung auch nach Ablauf der in § 8, Abs. 1, erwähnten Dauer bei der zuständigen Versicherungskasse zu belassen. In diesem letzteren Falle hat sie allerdings der Kasse den entstehenden Aufwand zu ersetzen. Ob und wie lange die Heilbehandlung erforderlich ist, entscheidet sich nach ärztlicher Beurteilung. Während dieser Behandlung gebührt dem Verletzten, sofern er nicht Anspruch auf Krankengeld hat, die Heilverfahrensrente, deren Höhe sich nach dem Grade der durch die Heilbehandlung verursachten Erwerbseinbuße richtet. Es kommt also hier auf den tatsächlichen Ausfall an Bezügen, nicht aber auf die Minderung der Erwerbsfähigkeit an. Die Heilbehandlung des Verletzten kann mit dessen Zustimmung³⁾ auch in einer Kranken- oder Heilanstalt durchgeführt werden, wobei derselbe freie Kur und Verpflegung genießt. Natürlich entfällt da die Rente. Hat jedoch der so Untergebrachte Angehörige, für deren Unterhalt er im wesentlichen¹⁾ sorgte, so

¹⁾ Es handelt sich hier somit entweder um Vollrenten oder um Teilrenten, die bereits einer stärkeren Herabminderung der Erwerbsfähigkeit entsprechen.

²⁾ In diesem Falle hat die Hauptanstalt der Versicherungskasse gegenüber keinen Anspruch auf Ersatz des Aufwandes.

³⁾ Ohne Zustimmung des Verletzten kann die Überweisung in eine Kranken- oder Heilanstalt nur dann erfolgen, wenn derselbe die Heilung vorsätzlich verhindert oder verzögert (§ 19, Abs. 5, AngVG.).

gebührt diesen eine Unterstützung in der Höhe der halben Vollrente (§ 19 AngVG.).

c) Die Hinterbliebenenrenten. Deren Voraussetzungen sind dann gegeben, wenn der Versicherte durch einen Dienstunfall getötet wird oder an dessen Folgen stirbt. Der Kreis der anspruchsberechtigten Personen umfaßt die Witwe und die Kinder des Verletzten bzw. wenn solche Angehörige nicht vorhanden sind, die Eltern, Großeltern und Geschwister. Zusammen genommen dürfen die Hinterbliebenenrenten die Vollrente samt Kinderzuschüssen, auf die der Verletzte bei seinem Ableben Anspruch oder Anwartschaft hatte, nicht übersteigen. Ergibt sich dennoch eine Überschreitung, so sind die Renten aller Hinterbliebenen innerhalb des genannten Höchstmaßes verhältnismäßig zu kürzen. Was nun die Ansprüche der einzelnen Kategorien anbelangt, so umgrenzen sie die §§ 21 bis 23 AngVG. in folgender Weise:

1. Die Witwenrente beträgt ein Drittel der Vollrente des Verstorbenen. Sie gebührt der Witwe des unmittelbar Versicherten, es sei denn, daß die Ehe beim Ableben des Verletzten getrennt oder aus dem alleinigen Verschulden der Gattin gerichtlich geschieden war oder eine anspruchsberechtigte Witwe aus einer früheren Ehe vorhanden ist.²⁾ Wurde die Ehe erst nach dem Unfälle geschlossen, so wird hieraus ein Anspruch auf Witwenrente im allgemeinen nicht begründet.³⁾ Nur wenn in einer solchen Ehe ein Kind geboren oder durch die Ehe legitimiert wurde, bzw. wenn sich die Witwe beim Tode des Versicherten erwiesenermaßen im Zustande der Schwangerschaft befand,⁴⁾ wird die Rente vom Gesetz auch bei solchen erst nach dem Unfall eingegangenen Ehen zuerkannt. Die Witwenrente gebührt auf Lebensdauer. Im Falle ihrer Wiederverheiratung wird die Witwe jedoch mit dem dreifachen Jahresausmaß ihrer Rente abgefertigt, womit jeder weitere Anspruch erlischt (§ 21, Abs. 3, AngVG.). Der Witwe ist der Witwer, dessen

1) Es wird also hier nur ein »wesentlicher Beitrag« des Versicherten zum Unterhalt der Angehörigen gefordert, nicht aber das »vorwiegende Erhalten« derselben, wie es § 3, Abs. 2, Z. 3 und 4 AngVG. bei der Einbeziehung gewisser Anverwandten in die Familienversicherung kennt. Als »wesentlich« ist ein Beitrag dann anzusehen, wenn er im Verhältnisse zu dem eigenem Einkommen des Unterstützten für die Bestreitung seiner Lebensführung von solcher Bedeutung ist, daß der Wegfall desselben als merkliche Schmälerung empfunden wird (Entscheidung des VGH. vom 19. März 1927, Z. R. 542/26).

2) Für die Witwenrente kommt somit als anspruchsberechtigt immer nur eine Person in Frage. Dies kann unter Umständen auch die Dispensgattin des Verletzten sein, wenn die erste Gattin aus den im Gesetze angeführten Gründen, so z. B. wegen der aus ihren alleinigen Verschulden erfolgten Ehescheidung, ihren Anspruch auf Witwenrente verwirkt hat.

3) Würden solche Ehen gleichfalls eine Anwartschaft auf Witwenrente gewähren, so wäre nicht nur die Gefahr einer unberechtigten Belastung des Versicherungsträgers, sondern geradezu ein Anreiz gegeben, bei schon vorherzusehendem baldigen Eintritt des Versicherungsfalles, also gewissermaßen im letzten Augenblick, eine Ehe lediglich zu schließen, um einer Person die Witwenrente zu verschaffen.

4) Es müssen somit besonders berücksichtigungswürdige Gründe vorliegen, um ein Abgehen von der Regel zu gestatten.

Lebensunterhalt ganz oder überwiegend aus dem Gehalt der Versicherten bestritten wurde, mit der Maßgabe gleichgestellt, daß ihm, sofern er im Zeitpunkt ihres Todes¹⁾ erwerbsunfähig²⁾ und bedürftig ist, jeweils für die Dauer des Zutreffens dieser beiden Voraussetzungen Anspruch auf einen Bezug im Ausmaße der Witwenrente zusteht (§§ 33, Abs. 5, AngVG.).

2. Die Waisenrente gebührt den Kindern, wobei hinsichtlich der Abgrenzung des Begriffes »Kinder« § 3, Abs. 2, Z. 2 und 3 AngVG.³⁾ Anwendung finden. Die Rente beträgt für jedes einfach verwaiste Kind ein Sechstel und für jede Vollwaise ein Viertel der Vollrente des Verstorbenen (§ 22, Abs. 2, AngVG.).

3. Die Renten sonstiger Hinterbliebener. Den Eltern,⁴⁾ Großeltern und Geschwistern des Verstorbenen gebührt, wenn dieser zu ihrem Lebensunterhalt wesentlich beigetragen hat, und zwar den genannten Aszendenten bis zum Tode oder bis zum Wegfall der Bedürftigkeit, den Geschwistern bis zum vollendeten 16. Lebensjahr, ein Drittel der Vollrente des Verstorbenen. Dieser Betrag darf wegen des Vorhandenseins mehrerer Berechtigter nicht überschritten werden. In diesem Falle gehen die Eltern den Großeltern und diese den Geschwistern vor.

Nach § 24, Abs. 1, AngVG. kann zwischen dem Versicherungsträger und dem Empfänger einer Rente deren gänzliche oder teilweise Kapitalsabfertigung⁵⁾ vereinbart werden. Eine solche ist jedoch nur zulässig, wenn die zweckmäßige Verwendung des Abfertigungsbetrages gesichert ist. Bei Inländern ist zur Abfertigung überdies die Zustimmung der zur Armenversorgung des Rentners verpflichteten Gebietskörperschaft erforderlich. Erleidet ein abgefertigter Verletzter neuerlich einen Unfall, so wird die Rente zwar auf Grund der durch alle Unfälle verursachten Gesamtminderung der Erwerbsfähigkeit bemessen

1) Die beiden Erfordernisse der Erwerbsunfähigkeit und Bedürftigkeit des Witwers müssen somit beim Tode der Versicherten vorliegen. Fehlt in diesen Zeitpunkt auch nur eines von beiden, so fällt die Witwenrente auch dann nicht an, wenn diese Erfordernisse in der Folgezeit erfüllt werden.

2) Die Erwerbsunfähigkeit unterscheidet sich sowohl von der Berufs- als auch von der Arbeitsunfähigkeit. Sie liegt vor, wenn der Witwer wegen Herabminderung seiner körperlichen oder geistigen Kräfte, nicht etwa nur infolge der ungünstigen Lage des Arbeitsmarktes, außerstande ist, irgendeinem seinen Lebensunterhalt sichernden Erwerbe nachzugehen.

3) Siehe hierüber auch die Ausführungen auf S. 523.

4) Pflegeeltern haben keinen Anspruch auf Elternrente, wohl aber Wahl Eltern im Sinne des § 183 ABGB.

5) Derartige Abfertigungsbeträge müssen dem Kapitalwert der abzufindenden Rente oder des Rententeiles entsprechen. Ein bestimmter Zinsfuß, welcher der Kapitalberechnung zugrunde zu legen wäre, wird in § 24, Abs. 1, AngVG. nicht vorgeschrieben. Im allgemeinen findet jedoch die mit Erlaß des BM. für soziale Verwaltung vom 17. März 1925, Z. 67.168 (verlautbart in den »Amtlichen Nachrichten«, VIII. Jahrgang, S. 142), hinausgegebene Tafel der bei Berechnung von Rentenabfertigungsbeträgen zu verwendenden Kapitalwerte Anwendung.

(§ 17, Abs. 6, AngVG.), jedoch in ihrem monatlichen Geldbetrage um jenen der abgefundenen früheren Rente gekürzt (§ 24, Abs. 2 AngVG.).

III. Die Leistungen der Pensionsversicherung. Diese zerfallen in die Invaliditäts- und Altersrenten, die Hinterbliebenenrenten, die einmalige Abfertigung und den Ausstattungsbeitrag. Bevor jedoch auf diese einzelnen Versicherungsleistungen näher eingegangen wird, müssen vorerst gewisse Vorfragen allgemeiner Natur, insbesondere jene über die Wartezeit und die Anrechenbarkeit von Beitragszeiten kurz erörtert werden.

Die Eigentümlichkeit aller aus der Pensionsversicherung fließenden Rentenansprüche ist es, daß sie an die Zurücklegung der in § 26, Abs. 1, AngVG. normierten Wartezeit geknüpft sind. Unter dieser versteht man die Mindestzahl von 60 anrechenbaren Beitragsmonaten, die bei Eintritt des Versicherungsfalles erworben sein müssen, um den Anspruch auf Zuerkennung einer Rente zu begründen. Ist diese Bedingung nicht erfüllt, so entsteht, außer wenn der Versicherungsfall infolge eines Dienstunfalles eintritt,¹⁾ nicht etwa ein verhältnismäßiger, sondern überhaupt kein Anspruch auf Rente. Die Wartezeit kann in der Regel nur durch Beitragszeiten der Pflichtversicherung, nicht aber durch solche der freiwilligen Versicherung vollendet werden.²⁾ Lediglich von Personen, welche schon am 1. August 1928, das ist beim Wirksamkeitsbeginn der II. Novelle zum AngVG. Beitragszeiten der freiwilligen Versicherung erworben hatten, kann die Wartezeit auch durch solche Zeiträume erfüllt werden. Als Beitragszeiten gelten nur die gültig angemeldeten, bzw. bezahlten sowie die diesen gemäß der §§ 126 bis 128 AngVG. gleichgehaltenen³⁾ Kalendermonate. Diese müssen nicht unmittelbar aufeinanderfolgen, aber doch so zueinander liegen, daß die Anwartschaft noch nicht erloschen ist.⁴⁾ Bei Personen, die bei Vollendung des 60. Lebensjahres die Wartezeit noch nicht erfüllt haben, somit erst in vorgerücktem Lebensalter in die Versicherung eintreten, ist eine Verlängerung der Wartezeit insofern vorgeschrieben, als sich letztere um so viele Monate erhöht, als diesen Personen bei Erreichung des 60. Lebensjahres auf die vorgeschriebenen 60 Monate noch gefehlt haben. Diese Verschärfung gilt allerdings nur für solche

1) In diesen Fällen wird vom Erfordernis der Wartezeit abgesehen.

2) Wohl aber kann die Wartezeit in bestimmten, vom AngVG. angeführten Fällen und innerhalb bestimmter Grenzen herabgesetzt werden und zwar: a) durch Einkauf von Dienstjahren (§ 122, Abs. 3 und 4); b) durch Anrechnung von nicht versicherungspflichtigen Dienstzeiten (§ 123, Abs. 2); c) durch Anrechnung von Vordienstzeiten (§ 127, Abs. 3 und 4) und d) durch Nachversicherung (§ 90, Abs. 1). Eine kumulative Kürzung der Wartezeit aus verschiedenen Rechtstiteln ist jedoch unzulässig; die Kürzung wird daher in der Regel aus der für den Versicherten günstigsten Gesetzesbestimmung abgeleitet. Näheres hierüber siehe bei Kerber, a. a. O., S. 402.

3) Vgl. hierüber die Ausführungen auf S 547 ff.

4) Sie müssen demnach in den Anrechnungszeitraum (§ 90, Abs. 2 AngVG.) hineinfallen. Siehe hierüber Näheres auf S. 548.

Versicherte, die erst nach dem 30. Juni 1930 ihr 60. Lebensjahr vollenden. Die erste Eintrittsgeneration wurde daher von ihr nicht betroffen.

Von grundsätzlicher Bedeutung für die Leistungen der Pensionsversicherung, bzw. für die hierauf abzielenden Anwartschaften sind auch die Bestimmungen des AngVG. über die Anrechenbarkeit¹⁾ von Beitragszeiten. Hierüber enthält zunächst § 90, Abs. 1, AngVG. die maßgebenden Normen. Danach beginnt die Anrechnung von Beitragszeiten für die Pensionsversicherung, wenn die Anmeldung rechtzeitig erstattet wurde, mit jenem Monate, innerhalb dessen der Eintritt in die versicherungspflichtige Stellung erfolgte, ohne Rücksicht darauf, ob Beiträge entrichtet wurden oder nicht. Wurde hingegen die Meldung nicht rechtzeitig oder überhaupt nicht erstattet, so zählt die Beitragszeit erst von jenem Monate an, innerhalb dessen die Meldung nachträglich erfolgte oder die Versicherungspflicht durch Bescheid oder von Amts wegen festgestellt wurde. Die vorher zurückgelegte Dienstzeit wird dann lediglich nach Maßgabe der tatsächlich bezahlten Beiträge angerechnet, sofern deren nachträgliche Entrichtung binnen sechs Jahren nach Fälligkeit erfolgt. Durch eine derartige Nachzahlung kann jedoch eine noch nicht vollendete Wartezeit höchstens um 24 Monate gekürzt werden. Meldungen und Nachtragszahlungen nach Eintritt des Versicherungsfalles sind wirkungslos.²⁾ Diesen nach § 90, Abs. 1, AngVG. anrechenbaren, erst unter der Wirksamkeit des AngVG. erworbenen Beitragszeiten werden für Zwecke der Pensionsversicherung dann auch noch die nach den Bestimmungen der §§ 126—128 AngVG.³⁾ anrechenbaren Dienstzeiten — es sind dies im wesentlichen die bei der früheren Pensionsanstalt für Angestellte sowie die bei gewissen vormals bestandenen Ersatzeinrichtungen erworbenen, bzw. eingekauften Beitragszeiten (echte und quasi Einkäufe), sowie die tatsächlich zurückgelegten

1) Der aus dem Stammgesetze übernommene Ausdruck »anrechenbar« ist durch den mittels der II. Novelle eingeführten Begriff des »Anrechnungszeitraumes« (§ 90, Abs. 2, AngVG.) doppelsinnig geworden. Er bezeichnet einerseits die für die Anrechnung überhaupt in Betracht kommenden, andererseits die auf Grund der Bestimmungen über den Anrechnungszeitraum tatsächlich anzurechnenden Monate. Czerny (a. a. O., S. 197) sucht diese beiden Gruppen dadurch auseinanderzuhalten, daß er die ersteren als »anrechnungsfähige«, die zweiten als »anzurechnende« Zeiträume bezeichnet. Das AngVG. als solches kennt jedoch diese Terminologie nicht, sondern spricht in der Überschrift zu § 90 lediglich von »anrechenbaren Dienstzeiten«.

2) Diese Norm trägt dem in der Sozialversicherung geltenden Grundsatz Rechnung, daß die Rechtslage nach Eintritt desjenigen Ereignisses, das den Versicherungsfall bedeutet, nicht mehr einseitig verschoben werden darf.

3) Diese Bestimmungen sind in das VIII. Kapitel des AngVG. »Übergangsbestimmungen« eingereiht. Schon dieser äußerliche Umstand deutet darauf hin, daß es sich dabei um Rücksichtnahme auf außerordentliche Verhältnisse handelt, die teils mit dem unter der Herrschaft des früheren Pensionsversicherungsgesetzes entstandenen Rechtszustand, teils mit dem Krieg und seinen staatsrechtlichen Folgen zusammenhängen. Die Normen, die hier in Frage kommen, gehen sehr ins einzelne, wie denn überhaupt das AngVG. die Kasuistik auf die Spitze treibt, ohne deshalb alle im praktischen Wirtschaftsleben auftauchenden Fälle im voraus beurteilen und regeln zu können.

und teilweise angerechneten Vordienstzeiten,¹⁾ ferner die Kriegsdienstzeiten österreichischer Bundesbürger und deutscher Reichsangehöriger — gleichgehalten.

Von allen den genannten Dienstzeiten kommen jedoch, sofern der Anspruch nach dem 31. Juli 1928 geltend gemacht wird, für den Anfall und das Ausmaß der Leistungen aus der Pensionsversicherung nur jene Dienstzeiten in Betracht, die in den »Anrechnungszeitraum«²⁾ fallen. Hierunter ist nach § 90, Abs. 2, AngVG. der längste unmittelbar vor Anfall des Anspruches auf die Versicherungsleistung gelegene Zeitraum zu verstehen, der noch zu drei Vierteln durch derartige anrechenbare Dienstzeiten³⁾ ausgefüllt, bzw. durch gezahlte Beiträge gedeckt ist. Die sozialpolitische Bedeutung dieser durch die II. Novelle zum AngVG. neu eingeführten Einrichtung des »Anrechnungszeitraumes«, die eine der wichtigsten Verbesserungen darstellt, ist nicht zu unterschätzen. Dieselbe soll vor allem dem absoluten Verlust bereits erworbener Versicherungszeiten entgegenwirken, so wie er nach dem früheren Rechtszustand bei einer sechs- oder mehrjährigen Unterbrechung der Versicherung eintrat. Damit gingen auch bei späterem Wiedereintritt in die Versicherung die früher bezahlten Beiträge unwiederbringlich verloren. Nunmehr wird jedoch der gesamte Versicherungsverlauf nach rückwärts hin betrachtet. Der Ausschlußbericht zur II. Novelle schildert das hiebei einzuhaltende Verfahren in folgender Weise: »Überschreiten die als Unterbrechung in Betracht kommenden Zeiten ein Drittel der versicherten Zeiträume, so werden die ältesten Unterbrechungen außeracht gelassen, wobei dann freilich auch die vor diesen Unterbrechungen liegenden Zeiten der Versicherung verlorengehen. Diese Streichung wird so lange fortgesetzt, bis die Dreivierteldeckung erreicht ist. Daraus ergibt sich die gewollte Tatsache, daß nicht wie bisher erworbene Versicherungszeiten absolut verloren gehen können, sondern, wenn sie auch augenblicklich nicht in den Anrechnungszeitraum fallen, durch die Erwerbung weiterer versicherter Zeiten wieder hineingelangen können.«

¹⁾ Da die frühere Pensionsanstalt für Angestellte, namentlich aber die vom Bande der Ersatzqualität mitumschlungenen privaten Versicherungseinrichtungen in ihrer Tätigkeit weit zurückreichen, war die Frage der Anrechenbarkeit solcher alter Dienstzeiten nicht leicht zu lösen. Die Übergangsbestimmungen des novellierten AngVG. (§§ 126—128) gehen hier mit großer Schonung vor, indem sie außer den normal erworbenen Beitragszeiten ganz oder teilweise (zur Hälfte oder zu einem Drittel) auch solche Zeiten gelten lassen, die vor dem 1. Jänner 1904 zurückliegen oder die infolge Unterlassung der Anmeldung seinerzeit nicht angerechnet wurden. Ebenso wird unter Umständen die Versicherung anerkannt, obgleich deren Last mittlerweile auf das Neuland überging.

²⁾ Diese Einrichtung findet sich in ähnlicher Form auch im deutschen AngVG. vor. Doch wurde die grundlegende Formel des § 90, Abs. 2. AngVG. den österreichischen Verhältnissen angepaßt.

³⁾ Hiebei sind auch nur teilweise anrechenbare Dienstzeiten (§ 127) in vollem Umfange zu berücksichtigen.

So hat denn die II. Novelle zum AngVG. dafür gesorgt, daß alle Zeiten anrechenbar bleiben, sofern sie nicht durch Unterbrechungen im Gesamtausmaße von mehr als einem Drittel der anrechenbaren Zeiten voneinander getrennt sind.¹⁾ Es gibt daher keinen bestimmten Zeitpunkt mehr, in dem Beiträge verfallen. Es läßt sich ja auch nicht von vornherein beurteilen, wie lange eine Unterbrechung währen kann, damit bei späterem Wiedereintritt in die Versicherung die früheren Ansprüche noch gewahrt bleiben. Dies ist eben *quaestio facti* und hängt sowohl von der Dauer der früheren Versicherung als auch vom Zeitpunkt des Wiedereintrittes ab. Grundregel bleibt jedoch für alle Fälle, daß drei Viertel der Zeit seit dem ersten Eintritt in die Versicherung durch versicherte oder diesen gleichgehaltene Dienstzeiten ausgefüllt sein müssen. Vordienstzeiten, die nach dem Gesetz (§ 127) nur mit einem Drittel oder mit der Hälfte anrechenbar sind, werden dabei für voll gerechnet. Zeiten, während welcher der Versicherte Krankengeld, Stellenlosenunterstützung oder Invaliditäts(Alters)rente bezog,²⁾ werden zwar für die Berechnung der Rentenhöhe nicht berücksichtigt, wirken aber auch nicht schädigend als Unterbrechung der versicherten Zeiträume.³⁾ Es sind also besonders für die älteren Versicherten⁴⁾ günstige Bestimmungen, die sich zunächst auf die Anrechenbarkeit von Dienstzeiten, in weiterer Folge aber auch auf die Zuerkennung und das Ausmaß der Pensionsversicherungsleistungen vorteilhaft auswirken. Diese letzteren sollen nun im Einzelnen näher betrachtet werden.

a) Die Invaliditätsrente. Das AngVG. (§ 27) unterscheidet hier zwei Fälle, in welchem dem unmittelbar Versicherten ein Anspruch auf Invaliditätsrente zusteht, und zwar den Fall dauernder und vorübergehender Berufsunfähigkeit. Die erstere liegt vor, wenn der Versicherte wegen körperlicher Gebrechen oder wegen Schwäche seiner körperlichen oder geistigen Kräfte dauernd außerstande ist, den Pflichten seiner letzten Berufsstellung nachzukommen oder eine andere Beschäftigung auszuüben, die ihm mit Rücksicht auf seine bisherige Tätigkeit sowie seine praktische Aus- und Vorbildung billigerweise zugemutet werden kann. Einen zeitlich beschränkten Anspruch auf Invaliditätsrente hingegen räumt das Gesetz jenen Versicherten ein, die zwar nicht dauernd berufsunfähig sind, deren mit Berufsunfähigkeit verbundene Erkrankung jedoch über die nach § 11, Abs. 1, AngVG. für

1) Siehe hierüber die instruktiven Beispiele bei Czerny, a. a. O., S. 200—209.

2) Ebenso auch Kriegsdienstzeiten nach § 123, Abs. 4, AngVG.

3) Vgl. in dieser Hinsicht die zutreffenden Ausführungen von Max Klein in dessen Artikel: »Die neue Angestelltenversicherung«, in der Halbmonatsschrift »Arbeit und Wirtschaft«, VI. Jahrgang, S. 682 ff.

4) Allen Versicherten jedoch kommt die in § 90, Abs. 2, AngVG. enthaltene Vorschrift zugute, wonach die letzten vor Anfall des Versicherungsanspruches gelegenen Zeiten, während derer keine Beitragsmonate erworben wurden, bis zur Höchstdauer von 18 Monaten bei Ermittlung des Anrechnungszeitraumes außer Betracht bleiben. Es ist also hier eine Art Schutzfrist normiert, welche der sonst strengeren Behandlung der nur kurze Zeit Versicherten entgegenwirkt.

den Bezug des Krankengeldes in Betracht kommende Frist¹⁾ hinaus andauert. In einem solchen Falle schließt sich dann die Invaliditätsrente unmittelbar an den Krankengeldbezug an und währt so lange, bis die vorhandene Berufsunfähigkeit wiederum geschwunden ist.

Was nun die Begriffsmerkmale dieser letzteren anbelangt, so verursachte deren Feststellung bei den Ausschußverhandlungen über das AngVG. viel Mühe. Man wollte weder den im § 7 des früheren Pensionsversicherungsgesetzes enthaltenen, von den Erfordernissen der letzten versicherungspflichtigen Stellung abgeleiteten Begriff der Berufsunfähigkeit, noch jene im § 30 des deutschen AngVG. verankerte Formel, die zwei Elemente, einerseits eine abstrakte Mindestverdienstgrenze,²⁾ andererseits die persönliche Leistungsunfähigkeit miteinander vermengt, bedingungslos akzeptieren. Deshalb wählte der Ausschuß einen Mittelweg und brachte die Berufsunfähigkeit des Versicherten mit seiner letzten Berufsart in Verbindung. Das AngVG. verlangt daher das Fehlen jener Leistungsfähigkeit, die im allgemeinen zur Vorsehung der Dienstobliegenheiten jener Berufsgruppe erforderlich ist, welcher der Versicherte während der letzten Jahre vor Eintritt des Versicherungsfalles, nicht aber nur in seiner letzten Dienststellung, angehörte. Es kommt also bei Beurteilung der Berufsfähigkeit des Versicherten nicht auf dessen allgemeine Arbeitsfähigkeit, gemessen an den Verhältnissen des Arbeitsmarktes, auch nicht auf die Fähigkeit, die konkrete Tätigkeit seiner letzten Dienststellung mit allen ihren Einzelheiten auszuüben, sondern nur darauf an, ob der Versicherte noch imstande ist, den Aufgaben seiner Berufsgruppe oder wenigstens jenen von annähernd gleichwertigen Nachbarberufen zu entsprechen.³⁾

Liegen nun diese Voraussetzungen vor, so gebührt die Invaliditätsrente, die sich aus einem Grundbetrage von 35 Renteneinheiten

¹⁾ Diese Frist richtet sich nach der Länge der erworbenen Beitragszeiten, beträgt jedoch höchstens 78 Wochen.

²⁾ Als Grenze, die der Rentenwerber noch erreichen muß, um berufsfähig zu sein, wird im § 30 des deutschen AngVG. die Hälfte jener Arbeitsfähigkeit bezeichnet, die körperlich und geistig gesunde Versicherte von ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten aufweisen. Auf noch strenger gefaßten Mindestverdienstgrenzen ruht der Invaliditätsbegriff, wie ihn in Anlehnung an die deutsche Reichsversicherungsordnung § 101, Abs. 2 des österreichischen ArbVG. und § 92, Abs. 2, LandArbVG. umschreiben. Nach diesen beiden Gesetzen gilt als invalid, der nicht mehr imstande ist, durch eine seinen Kräften und Fähigkeiten entsprechende Tätigkeit ein Drittel dessen zu erwerben, was körperlich und geistig gesunde Personen derselben Art durch Arbeit zu verdienen pflegen. Siehe hierüber auch die Ausführungen auf S. 600 u. 647.

³⁾ Es wird daher vom AngVG. keiner der drei Begriffe: Arbeits-, Standes- und Berufsunfähigkeit in voller Reinheit angewendet. Das AngVG. wählte vielmehr eine mittlere Lösung zwischen dem für den Versicherten günstigsten Begriff der Berufsunfähigkeit und dem nächstgünstigeren der Standesinvalidität, wobei bei Entscheidung der Frage, welche Beschäftigung dem zur Ausfüllung seiner letzten Berufsstellung nicht mehr fähigen Rentenwerber billigerweise noch zugemutet werden kann, dem freien Ermessen des Rentenausschusses, bzw. des Schiedsgerichtes, ein gewisser Spielraum gelassen wird. Vgl. diesbezüglich auch die Ausführungen von Czerny, a. a. O., S. 118, und von Kerber, a. a. O., S. 404.

und einem Steigerungsbetrag zusammensetzt, der normalerweise aus so vielen Zwölfteln der Renteneinheit besteht, als der Versicherte anrechenbare Beitragsmonate erworben hat. Anders ausgedrückt bedeutet dies soviel, daß jeder Invaliditäts- und auch Altersrentner, der die vorgeschriebene fünfjährige Wartezeit¹⁾ zurückgelegt hat, 35 Prozent seiner Bemessungsgrundlage und überdies für jedes Dienstjahr, die Wartezeit eingerechnet, je 1 Prozent mehr erhält. Hat somit ein Versicherter, der 300 S Monatsgehalt bezieht, beim Eintritt seiner Invalidität 20 Dienstjahre aufzuweisen, so gebührt ihm als Monatsrente 35+20, zusammen daher 55 Prozent von 300 S, d. i. ein Betrag von 165 S.²⁾ Im übrigen kennt das AngVG. auch noch gewisse nach unten hin wirkende Mindestgrenzen. So ordnet § 28, Abs. 1, an, daß die monatliche Invaliditätsrente auf alle Fälle mindestens 40 Renteneinheiten betragen muß. Ergänzend trifft dann noch § 48, Abs. 1, spezielle Vorsorgen für jene Kategorien von Versicherten, die sich nur geringerer Bemessungsgrundlagen erfreuen. Er bestimmt nämlich, daß die einzelnen, dem unmittelbar Versicherten gebührenden Leistungen aus der Pensionsversicherung einschließlich allfälliger Zuschüsse (also Rente zuzüglich Kinder- und Hilflosenzuschuß), auf den Monat umgerechnet, bei einer Bemessungsgrundlage bis zu 120 S mindestens 50 Renteneinheiten, jedoch nicht weniger als 50 S, bei einer Bemessungsgrundlage von mehr als 120 S bis 175 S mindestens 60 S betragen müssen.³⁾

Etwas komplizierter gestaltet sich die Rentenberechnung in den Fällen des § 29 AngVG., der sich auf die in privaten Diensten stehenden Bundespensionisten sowie auf Invaliditätsrentenempfänger nach dem AngVG. bezieht, die ungeachtet ihrer bestehenden Berufsunfähigkeit eine anderweitige versicherungspflichtige Beschäftigung angenommen haben. Tritt nun bei derlei Versicherten der Invaliditäts-

¹⁾ Siehe hierüber die vorhergehenden Ausführungen auf S. 546.

²⁾ Ungefähr auf dieser Höhe bewegen sich denn auch die von der Hauptanstalt für Angestelltenversicherung flüssig gemachten Invaliditäts(Alters)renten, deren monatliches Durchschnittsausmaß im Jahre 1927, somit unter der beginnenden Herrschaft des AngVG., mit 155·28 S einsetzte, um sich sodann im Jahre 1928 auf 177·28 S zu steigern. Daß die bei der Hauptanstalt für Angestelltenversicherung in Vorschreibung stehenden Renten dieses verhältnismäßig hohe Durchschnittsausmaß erreichen konnten, ist nicht zuletzt der durch die II. Novelle zum AngVG. neu eingefügten Übergangsbestimmung des § 136 a zu danken, die eine bedeutende Besserstellung der Inflationsrentner — darunter versteht man Personen, deren Versicherungsfall in den Jahren 1919 bis 1922 eintrat — bewirkt hat. Nach der zitierten Gesetzesbestimmung wurde diesen vor dem 1. Juli 1926 berenteten Personen, sofern sie in der Zeit vom 1. Juli 1911 bis 30. Juni 1914 mindestens zwölf anrechenbare Beitragsmonate erworben hatten, die Rente nach dem Durchschnitt der Bezüge dieser Zeit, also auf Goldbemessungsgrundlage, unter Zuhilfenahme des im § 129, lit. a, AngVG. enthaltenen Umrechnungsschlüssels neu ermittelt, was zur Folge hatte, daß sich zahlreiche aus der Inflationszeit stammende Renten um mehr als das Doppelte erhöhten.

³⁾ Diese Bestimmungen finden auch auf die nach § 33 AngVG. gebührende Witwenrente sinngemäße Anwendung.

fall ein, so erhalten sie, je nachdem sie vor oder nach dem 31. Juli 1928 versicherungspflichtig wurden, entweder gekürzte Renten, die aus einem Grundbeitrag von bloß 20 Renteneinheiten und den normalen Steigerungsbeträgen oder nur aus solchen Steigerungsbeträgen bestehen.¹⁾ In letzterem Falle spricht man von Zusatzrenten, wohl aus dem Grunde, weil hier nur bescheidenere Erhöhungen zu den schon bestehenden Ruhegehältern oder Renten hinzutreten.

Auch auf dem Gebiete der Pensionsversicherung kennt das AngVG. Kinder- und Hilflosenzuschüsse. Die ersteren setzt § 30, Abs. 1, mit 6 Renteneinheiten pro Kind, mindestens jedoch mit 7·50 S fest. Der Hilflosenzuschuß²⁾ macht 50 Prozent der Invaliditätsrente aus; doch muß letztere einschließlich desselben mindestens 75 Renteneinheiten betragen.³⁾ Das Höchstausmaß wiederum, das Rente samt Zuschüssen erreichen darf, wird vom Gesetz mit 100 Renteneinheiten begrenzt (§ 30, Abs. 3).

b) Die Altersrente. Anspruch auf die Altersrente im Ausmaße der Invaliditätsrente haben, ohne daß es eines weiteren Nachweises der Berufsunfähigkeit bedürfte:

1. Unmittelbar Versicherte männlichen Geschlechtes, die das 65., und solche weiblichen Geschlechtes, die das 60. Lebensjahr vollendet haben und in keinem nach dem AngVG. versicherungspflichtigen Dienstverhältnis stehen;

2. Unmittelbar Versicherte männlichen Geschlechtes, die das 60., und solche weiblichen Geschlechtes, die das 55. Lebensjahr vollendet haben, sofern sie mindestens 120 anrechenbare Beitragsmonate erworben haben und in keinem nach dem AngVG. versicherungspflichtigen Dienstverhältnis stehen.

Diese in § 31 AngVG. vorgenommene Kategorisierung differenziert also die Altersrenten nicht nur nach dem Geschlecht der Versicherten,⁴⁾

1) Die leitenden Grundgedanken zu diesen Bestimmungen des § 29 AngVG. sind nicht in einer faktiösen Zurücksetzung dieser ungünstiger behandelten Versicherten zu erblicken. Man wollte vielmehr auch den Angehörigen dieser Gruppen, vor allem jenen von ihnen, die schon am 31. Juli 1928 in einer versicherungspflichtigen Beschäftigung standen, die Möglichkeit einer bescheidenen Erhöhung ihrer Ruhegehältnisse bieten. Andererseits nötigten arbeitsmarktpolitische Erwägungen dazu, den wirtschaftlichen Konkurrenzkampf der Pensionisten und Rentner gegenüber den sonstigen Angestellten zu erschweren. Siehe hierüber auch die Ausführungen von Kerber, a. a. O., S. 413.

2) Siehe über den Begriff und die Voraussetzungen der Hilflosigkeit die Fußnote¹⁾ auf S. 542.

3) Diese Vorschrift des § 30, Abs. 3, AngVG. überkreuzt sich bis zu einem gewissen Grade mit dem in § 48, Abs. 1, AngVG. normierten Mindestgrenzen, die allerdings nur für Versicherte mit Bemessungsgrundlagen bis 175 S gelten. (Vgl. S. 551). Da § 30, Abs. 3, jedoch auf alle Invalidenrentner Anwendung findet, somit in seinem persönlichen Anwendungsbereiche weiter gezogen ist, als § 48, Abs. 1, liegt ein Widerspruch zwischen diesen beiden Anordnungen des AngVG. nicht vor. Dieselben sind vielmehr in ihrem Zusammenhalt zu betrachten.

4) Die darin gelegene Begünstigung weiblicher Versicherter ist eine Besonderheit des AngVG. Weder das ArbVG. noch das LandArbVG. unterscheidet beim zeitlichen Anfall der Altersrenten zwischen männlichen und weiblichen Versicherten.

sondern auch nach der Länge ihrer anrechenbaren Dienstzeiten. Hingegen kennt das AngVG. keine absolut anfallenden Altersrenten, d. h. solche, die unter allen Umständen gegeben werden müssen, gleichviel ob der Versicherte auch nach Erreichung der Altersgrenze in seiner bisherigen oder in einer anderen versicherungspflichtigen Stellung tätig bleibt. Das AngVG. ist vielmehr in seinem Versicherungsplan von diesen unbedingten Altersrenten, die das frühere Pensionsversicherungsgesetz noch kannte,¹⁾ bewußt abgegangen und verlangt als generelle Voraussetzung des Rentenanspruches das Fehlen einer versicherungspflichtigen Beschäftigung im Sinne des AngVG. Wenn also ein Versicherter, der die in § 31 genannten Altersgrenzen bereits überschritten hat, in einem dem AngVG. unterliegenden Dienstverhältnis weiterverbleibt oder in ein solches neu eintritt, ruht während der Zeit seiner diesbezüglichen Beschäftigung der Anspruch auf Altersrente. Hingegen bildet die Verwendung eines solchen Versicherten in einem von einem anderen Sozialversicherungsgesetz — z. B. dem Arbeiterversicherungsgesetz — als versicherungspflichtig erklärten Arbeitsverhältnis keinen Grund zur Entziehung der bereits angefallenen Altersrente.²⁾

c) Die Hinterbliebenenrenten sind entweder Witwen- oder Waisenrenten³⁾ und -gebühren nach § 32 AngVG. im Falle des Todes oder der Verschollenheit eines unmittelbar Versicherten. Die letztere wird angenommen, wenn während eines Jahres keine glaubhaften Nachrichten vom Versicherten eingegangen sind und die Umstände seinen Tod wahrscheinlich machen.⁴⁾ Vor Zuerkennung der Rente kann von den Hinterbliebenen die eidesstattliche Erklärung verlangt werden, daß sie vom Leben des Versicherten keine anderen als die angezeigten Nachrichten erhalten haben. Der Anfalltag der Hinterbliebenenrente wird im Falle der Verschollenheit nach billigem Ermessen bestimmt.

1) Dieses ließ in seinem § 11 die Altersrenten für 70jährige männliche und 65jährige weibliche Versicherte unbedingt anfallen. Einzelne Ersatzeinrichtungen kannten hierfür satzungsgemäß auch noch geringere Altersgrenzen. Auch das neue ArbVG. und das LandArbVG. machen den Anfall der Altersrente von keiner weiteren Bedingung als der Erreichung der Altersgrenze abhängig, die allerdings höher gehalten ist und bei Versicherten beiderlei Geschlechts erst mit vollendetem 65. Lebensjahre eintritt. Vgl. diesbezüglich auch die Ausführungen auf S. 602 und 648.

2) Das AngVG. in seiner ersten Fassung hatte auch für solche Fälle — hiezu zählt z. B. die Betätigung eines früheren Werkmeisters als Vorarbeiter — den Bezug der Altersrente ausgeschlossen.

3) Andere nahe Angehörige des Versicherten, insbesondere Aszendenten und Geschwister kommen demnach bei der Pensionsversicherung für die Berentung nicht in Frage. Doch gebührt ihnen unter Umständen eine einmalige Abfertigung nach § 36, Abs. 2, AngVG.

4) Eine gerichtliche Todeserklärung im Sinne der §§ 112 bis 114 ABGB. wird vom AngVG. nicht gefordert. Wird jedoch im Zuge eines diesbezüglichen Verfahrens vom Gerichte festgestellt, daß der Verschollene noch lebt, so ist eine allenfalls schon zuerkannte Hinterbliebenenrente zu widerrufen.

Im übrigen gilt bezüglich der verschiedenen Hinterbliebenenrenten folgendes:

1. Die Witwenrente. Auf dieselbe finden im allgemeinen die schon bei der Unfallversicherung¹⁾ dargelegten Grundsätze Anwendung. Der Rentensatz wird jedoch in der Pensionsversicherung anders bemessen, indem § 33, Abs. 1, AngVG. der Witwe die halbe Höhe jener Rente zugesteht, auf welche der Versicherte bei seinem Ableben Anspruch oder Anwartschaft hatte.²⁾ Zu den schon bei der Unfallversicherung erwähnten Ausschließungsgründen kommen hier noch einige andere hinzu. So wird die Witwenrente nach § 33, Abs. 2, AngVG. bedingt versagt, wenn seit der Eheschließung noch nicht sechs Monate verstrichen sind oder die Ehe nach Vollendung des 50. Lebensjahres des Versicherten geschlossen wurde und noch nicht drei Jahre gedauert hat.³⁾ Unbedingte Ausschließungsgründe liegen vor, wenn der verstorbene Gatte beim erstmaligen Eintritt in die Versicherung schon das 55. Jahr überschritten hatte und die Ehe erst nachher abgeschlossen wurde, weiters wenn die Ehe erst zu einem Zeitpunkt eingegangen wurde, in dem der Versicherte bereits Anspruch auf Invaliditäts- oder Altersrente hatte und die Ehe beim Tode des Gatten noch nicht drei Jahre bestand, endlich auch, wenn die Witwe durch Strafurteil überwiesen ist, den Tod des Versicherten vorsätzlich verschuldet zu haben. Wenden sich diese Bestimmungen⁴⁾ gegen allfällige Mißbräuche oder Unzukömmlichkeiten, so sucht § 33, Abs. 3, AngVG. in besonders berücksichtigungswürdigen Fällen erhöhten Schutz zu bieten, indem er bei Witwen, die ständig der Wartung und Hilfe bedürfen, sowie bei solchen, die das 55. Lebensjahr überschritten haben, den Mindestbetrag der Rente mit 30 Renteneinheiten festsetzt. Hinsichtlich des Abfertigungsanspruches bei Wiederverheiratung der Witwe sowie der Rentenansprüche des Witwers einer Versicherten gilt das bei der Unfallversicherung Gesagte.⁵⁾

2. Die Waisenrenten gebühren gemäß § 34 AngVG. den Kindern⁶⁾ unmittelbar Versicherter, und zwar im Ausmaße von

1) Siehe hierüber die Ausführungen auf S. 544.

2) Das monatliche Durchschnittsausmaß der von der Hauptanstalt für Angestelltenversicherung im Jahre 1928 flüssig gemachten Witwenrenten betrug 80·11 S.

3) Jedoch auch aus solchen Ehen kann Anspruch auf Witwenrente abgeleitet werden, wenn der Tod des Versicherten die Folge eines nach der Eheschließung erlittenen Unfalles war, ferner wenn in der Ehe ein Kind geboren oder durch die Ehe legitimiert wurde, endlich auch, wenn die Witwe sich beim Tode des Versicherten im Zustande der Schwangerschaft befand.

4) Alle diese den Witwenrentenbezug einschränkenden Bestimmungen entspringen einer vernunftgemäßen Kautelarjurisprudenz. Insbesondere soll dadurch einer auf Kosten der Allgemeinheit gehenden, mißbräuchlichen Rentenfabrikation ein Riegel vorgeschoben werden. Im übrigen sind die in § 33, Abs. 2, Z. 1 bis 5, AngVG. formulierten Tatbestände in manchen Belangen weniger streng gehalten als die analogen Bestimmungen des § 12 des früheren Pensionsversicherungsgesetzes. Vgl. die Gegenüberstellung der alten und neuen Vorschriften bei Kerber, a. a. O., S. 421 bis 422.

5) Siehe die Ausführungen auf S. 544 ff.

6) Vgl. über den Begriff „Kinder“ die den § 3, Abs. 2, Z. 2 und 3, AngVG. erläuterten Ausführungen auf S. 523.

12 Renteneinheiten für jedes einfach verwaiste und von 24 Renteneinheiten für jedes doppelt verwaiste Kind. Sie müssen jedoch mindestens 15 S, bzw. bei Doppelwaisen 30 S pro Kopf betragen.¹⁾

Nach oben hin sind die Hinterbliebenenrenten insofern begrenzt, als sie zusammengekommen weder die Invaliditäts(Alters)rente samt Kinderzuschüssen, auf die der Versicherte bei seinem Tod Anspruch oder Anwartschaft hatte, noch 85 Renteneinheiten²⁾ übersteigen dürfen. Ergibt sich dennoch eine Überschreitung, so sind alle Renten verhältnismäßig zu kürzen.

d) Die einmalige Abfertigung. In dem diese Einrichtung behandelnden § 36 AngVG. wird eine Reihe verschiedenartiger Fälle zusammengefaßt, bei denen zwar die Voraussetzungen für Zuerkennung einer Rente nicht gegeben sind, immerhin aber rücksichtswerte Gründe für die Gewährung einer einmaligen Zuwendung sprechen. Zu den hier zu beteiligten Personen zählen:

1. Die Witwe des Versicherten, der nur mangels Vollendung der Wartezeit eine Rente nicht gebührt. Ihr billigt das Gesetz eine Abfertigung im dreifachen Jahresbetrage der auf Basis von 60 Beitragsmonaten errechneten Witwenrente zu.³⁾ Im halben Ausmaße, somit im eineinhalbfachen Jahresbetrage der Witwenrente, wird die Abfertigung solchen Witwen gewährt, deren Gatte zwar die Wartezeit vollendete, bei denen aber ein Rentenbezug wegen des vorgerückten Alters des Versicherten oder wegen des späten Zeitpunktes der Eheschließung gemäß § 33, Abs. 2, AngVG. nicht in Frage kommt.

2. Die als Angehörige zählende Wirtschaftsführerin, der, wenn sie nach § 3, Abs. 2, Z. 5, AngVG. anspruchsberechtigt ist,⁴⁾ der einfache Jahresbetrag der Witwenrente als Abfertigung gebührt.

3. Nachstehende, der Reihe nach in Betracht kommende Anverwandte, und zwar zunächst die unversorgten Kinder über 18 Jahre, dann, wenn keine solchen vorhanden sind, die Mutter, zu deren Unterhalt der Versicherte wesentlich beitrug, sodann der Vater, die Großeltern und endlich die elternlosen Geschwister. Die in diese Gruppe fallenden Familienangehörigen sind jedoch nur subsidiär anspruchsberechtigt, das heißt sie kommen in der angeführten Reihung für eine Abfertigung nur dann in Frage, wenn Personen, die Anspruch auf eine Hinterbliebenenrente besitzen oder einmalig abzufertigende Witwen, bzw. Kinder nicht vorhanden sind. Dem Vater, den Großeltern und den

1) Das Durchschnittsausmaß der von der Hauptanstalt für Angestelltenversicherung gezahlten Waisenrenten erreichte im Jahre 1928 den Betrag von 38.90 S.

2) Nur wenn die Witwe hilflos oder mehr als 55 Jahre alt ist, erhöht sich diese Obergrenze auf 100 Renteneinheiten.

3) Bleiben in solchem Falle zwar keine anspruchsberechtigte Witwe, wohl aber Kinder im Sinne des § 3, Abs. 2, Z. 2 und 3, AngVG. zurück, so treten diese zu gleichen Teilen in den Bezug der erwähnten Abfertigung ein. (§ 36, Abs. 1, lit. a, AngVG.)

4) Siehe hierüber die Ausführungen auf S. 523.

Geschwistern gebührt überdies die Abfertigung nur dann, wenn sie erwerbsunfähig sind, mit dem Versicherten im gemeinsamen Haushalt lebten und ausschließlich durch ihn erhalten wurden. Der Höhe nach bestimmt sich die hier gebührende Abfertigung mit dem eineinhalbfachen Jahresbetrag der Witwenrente, zumindest jedoch mit 360 Renteneinheiten, ohne Rücksicht darauf, ob die Wartezeit vollendet war oder nicht.

e) Der Ausstattungsbeitrag. Dieser kommt nach § 37 AngVG. solchen weiblichen Versicherten zu, die nach Erfüllung der Wartezeit binnen zwei Jahren nach Eingehung einer Ehe aus der Versicherung scheiden oder binnen zwei Jahren nach Austritt aus der Versicherung heiraten. Mit der Gewährung des Ausstattungsbeitrages verfolgt das AngVG. nicht nur den Zweck, weiblichen Versicherten die Eheschließung zu erleichtern, sondern will auch auf den Arbeitsmarkt insofern Einfluß üben, als es das im Hinblick auf die große Zahl männlicher Stellenloser erwünschte Ausscheiden weiblicher Angestellter aus dem Erwerbsleben und deren Übergang zum Hausfrauenberuf fördert. Der Ausstattungsbeitrag, der einen höchstpersönlichen und daher unübertragbaren¹⁾ Anspruch der Versicherten darstellt, wird seinem Ausmaß nach derart ermittelt, daß für jeden der ersten von der Anspruchswerberin zurückgelegten 120 anrechenbaren Beitragsmonate fünf Renteneinheiten und für jeden weiteren anrechenbaren Beitragsmonat zwei Renteneinheiten gebühren.²⁾ Es liegt der Berechnung also eine fallende Skala zugrunde, welche die jüngeren Elemente, die für die Verheiratung in erster Reihe in Frage kommen, begünstigt. Mit Geltendmachung des Anspruches auf den Ausstattungsbeitrag erlöschen alle weiteren Rechte aus der Pensionsversicherung. Tritt die so Entfertigte später wieder in die Versicherungspflicht ein, so sind ihre neuen Anwartschaften gemäß § 29, Abs. 1, AngVG. so wie gekürzte Renten³⁾ zu bemessen.

1) Nur der seitens der Versicherten bereits geltend gemachte Anspruch auf den Ausstattungsbeitrag geht auf ihre Erben über. Es ist dies eine Konsequenz des Grundsatzes, daß die Versicherungsansprüche, die sich auf das AngVG. gründen, höchstpersönliche Rechte sind und daher ausschließlich vom Versicherten selbst geltend gemacht werden können. Vgl. hierüber auch die Ausführungen Czernys, a. a. O., S. 138.

2) Demnach macht z. B. der Ausstattungsbeitrag einer Versicherten, die einen Gehalt von 200 S bezog, nach fünf Beitragsjahren 300 Renteneinheiten à 2 S = 600 S, nach zehn Beitragsjahren 600 Renteneinheiten = 1200 S, nach 15 Beitragsjahren 720 Renteneinheiten = 1440 S und nach 20 Beitragsjahren 840 Renteneinheiten = 1680 S aus. Seitens der Hauptanstalt für Angestelltenversicherung wurden im Jahre 1928 im ganzen 866 Ausstattungsbeiträge bewilligt, die eine Gesamtsumme von 993.480 S erforderten, so daß sich pro Ausstattungsbeitrag ein Durchschnittsaufwand von 1147 S ergab. Es handelt sich somit um ansehnliche Summen, die den Ausstattungsbeitrag als einen beachtenswerten Sondervorteil für weibliche Versicherte erscheinen lassen. Die Einräumung eines solchen schien deshalb gerechtfertigt, weil die Frauen im aktivversicherten Stande weniger zahlreich zur Berentung gelangen als die Männer und auch die Anwartschaften weiblicher Versicherter auf Hinterbliebenenrente ihrem mathematischen Wert nach geringer einzuschätzen sind, als jene männlicher Versicherter. Siehe Näheres hierüber bei Kerber, a. a. O., S. 428.

3) Siehe hierüber die Darlegungen auf S. 552.

IV. Anfall, Erlöschen und Sicherung der Ansprüche auf Versicherungsleistungen.

a) Der Anfall der Leistungsansprüche aus der Angestelltenversicherung vollzieht sich gemäß § 38, Abs. 1, in der Regel mit dem Eintritt des Versicherungsfalles,¹⁾ das ist jenes Tatbestandes, der die Voraussetzungen für das Entstehen eines bestimmten Entschädigungsanspruches bildet. In diesem Sinne wird z. B. der Anspruch auf Krankenpflege durch die Erkrankung, jener auf Krankengeld durch die Dienstesverhinderung und den Ablauf der Karenzzeit, das Recht auf Verletztenrente durch die infolge eines Unfalles eingetretene Minderung, bzw. Einbuße der Erwerbsfähigkeit, der Anspruch auf Invaliditätsrente durch Eintritt der Berufsunfähigkeit, jener auf Hinterbliebenenrente durch den Tod des Versicherten und das Recht auf den Ausstattungsbeitrag durch die Eheschliessung, bzw. das Ausscheiden aus der Versicherung begründet.

Vom Zeitpunkt des rechtlichen Anfalles der Versicherungsleistungen ist jener ihrer Fälligkeit zu unterscheiden. Darunter versteht man die Zahlungstermine, zu welchen die einzelnen Versicherungsleistungen flüssigzumachen sind. Diese Termine sind so angesetzt, daß dem Versicherungsträger genügend Zeit zur Überprüfung des geltend gemachten Anspruches verbleibt. Zunächst bedarf es daher der Anmeldung des Anspruches seitens des Versicherten sowie der Beibringung der erforderlichen Nachweise. Der Tag der Anmeldung ist insoweit auch von rechtlicher Relevanz, als für Zeiträume, die mehr als eine gewisse Zeit²⁾ vom Tage der Geltendmachung des Anspruches an zurückliegen, laufende Leistungen nicht nachgezahlt werden, es sei denn, daß der Anspruchswerber durch außerhalb seines Willens liegende Verhältnisse an der rechtzeitigen Anmeldung verhindert war.³⁾ Die Leistungstermine sind nun in § 39, Abs. 1, AngVG. derart geregelt, daß einmalige Leistungen aus der Krankenversicherung 14 Tage nach Erbringung der erforderlichen Nachweise, einmalige Leistungen aus der Unfall- und Pensionsversicherung 8 Tage nach Erlassung des Zuerkennungsbescheides, laufende Renten jedoch monatlich im vorhinein flüssigzumachen sind. Erfolgen die Leistungen seitens des Versicherungsträgers nicht fristgerecht, so gebühren dem Bezugsberechtigten gemäß § 1333 ABGB. Verzögerungszinsen.⁴⁾

1) Von dieser Regel kennt § 38, Abs. 1, AngVG. insofern zwei Ausnahmen, als Hinterbliebenenrenten mit dem dem Versicherungsfall nachfolgenden Monatsbeginn und Verletztenrenten vom Tage nach Beendigung der durch den Unfall bedingten Heilbehandlung an gebühren (§ 17, Abs. 1. AngVG.)

2) Diese Zeit beträgt für laufende Leistungen aus der Krankenversicherung einen Monat, für solche aus der Unfall- oder Pensionsversicherung ein Jahr.

3) Aber auch in solchen vom AngVG. als entschuldbar angesehenen Säumnisfällen muß der Anspruch, um anerkannt zu werden, bei der Krankenversicherung längstens binnen acht Tagen, bei der Unfall- oder Pensionsversicherung längstens binnen drei Monaten nach Wegfall des Hindernisses angemeldet werden.

4) Die Verzögerungszinsen betragen derzeit infolge der Vdg. vom 21. August 1926, B. 255, sieben Prozent.

b) Das Erlöschen der Versicherungsleistungen tritt in der Regel mit dem Wegfall der zu ihrem Bezug nötigen Voraussetzungen ein. Beim Tod des Rentners, bei Wiederverheiratung der Witwe, Zurückkehr eines Verschollenen und Ablauf der Zeit, für die eine Rente zuerkannt wurde, vollzieht sich die Einstellung des Rentenbezuges ohne weiteres Verfahren. In allen anderen Fällen ist gemäß § 94 AngVG. bei Entziehung oder Herabminderung laufender Versicherungsleistungen, ebenso auch bei Rückforderung ungebührlicher Bezüge ein Ab-erkennungs- bzw. Minderungsbescheid¹⁾ an den Bezugsberechtigten hinauszugeben. Besondere Vorschriften enthält § 41 AngVG. über die Verjährung der auf Versicherungsleistungen gerichteten Ansprüche. Diese erfolgt bei Forderungen aus der Krankenversicherung binnen sechs Monaten vom Zeitpunkte ihres Entstehens, bei solchen aus der Unfallversicherung binnen zwei Jahren nach dem Unfälle und bei Ansprüchen aus der Pensionsversicherung binnen fünf Jahren nach Eintritt des Versicherungsfalles. Im übrigen finden auch hier ergänzend die Vorschriften des ABGB. über die Verjährung (§§ 1451 bis 1502) Anwendung.

c) Die Sicherung der Ansprüche auf Versicherungsleistungen. Damit diese letzteren ihren eigentlichen Zwecken nicht entzogen werden, untersagt § 42 AngVG., daß derartige Ansprüche oder Anwartschaften an Dritte übertragen, gepfändet oder verpfändet werden. Sie unterliegen also auch dann nicht der Exekution, wenn sie ihrer Höhe nach das exekutionsfreie Minimum übersteigen. Diese Einschränkungen treffen allerdings nur insoweit zu, als die in Frage kommenden Ansprüche auf einer Bemessungsgrundlage von höchstens 400 S beruhen. Falls also Sondersicherungsanstalten höhere Leistungen gewähren,²⁾ unterliegen diese mit dem Mehrbetrag nicht der Vorschrift des § 42 AngVG. und sind daher teilweise pfändbar. Die sonstigen Ausnahmen von dieser Gesetzesbestimmung sind im engsten Rahmen gehalten. Sie beschränken sich auf die begünstigte Behandlung von Forderungen, die aus Vorschüssen entstanden sind, welche auf Rechnung bereits angefallener, aber noch nicht flüssiggemachter Versicherungsansprüche dem Bezugsberechtigten über dessen Ansuchen vom Dienstgeber, vom Versicherungsträger, von einer Gemeinde oder einer anderen öffentlich-rechtlichen Körperschaft³⁾ bewilligt wurden. Während in solchen Fällen Pfändung oder Übertragung des Leistungsanspruches im vollen Ausmaße zulässig erscheint, ist sie lediglich im halben Ausmaße zugunsten von Unterhaltsforderungen statthaft, die auf einem gesetzlichen Rechtstitel⁴⁾ beruhen.

1) Bescheide im Sinne des AngVG. sind schriftliche Verständigungen der Versicherungsträger, welche das konkrete Rechtsverhältnis zwischen diesen und der Partei — als solche kommen Dienstgeber oder Versicherte in Betracht — entsprechend formalisieren.

2) Siehe hierüber die Ausführungen auf S. 531 ff.

3) So z. B. einem Bezirksarmenrat.

4) Ein solcher Rechtstitel besteht nach § 91 ABGB. zugunsten der Ehegattin gegen ihren Mann, ferner gemäß der §§ 139, 141, 169 und 166 ABGB. zugunsten der Kinder.

d) Die Behandlung von Doppelbezügen aus der Sozialversicherung. Der durch die neuen Versicherungsgesetze erfolgte Ausbau der Leistungen erscheint nur dann tragbar, wenn dort, wo es ohne Härte und Unbilligkeit geschehen kann, die Auslagen möglichst eingeschränkt werden. Solche vermeidbare Ausgabsposten stellen nun die Doppelbezüge aus einem oder mehreren Versicherungszweigen dar. Deshalb regelt § 45 AngVG. das Verhältnis solcher mehrfacher Ansprüche untereinander in folgender Weise. Treffen Rentenansprüche aus der Unfall- und Pensionsversicherung der Angestellten in der Person eines und desselben Bezugsberechtigten zusammen, so gebührt demselben nur die Summe aus der höheren und der Hälfte der niedrigeren Rente samt Anhang. Es tritt also in diesen Fällen eine Kürzung des Gesamtanspruches ein. Günstiger behandelt das Gesetz Rentenempfänger, die Anspruch auf Wochenhilfe oder infolge einer neuen versicherungspflichtigen Beschäftigung das Recht auf den Bezug von Krankengeld besitzen. Diese beiden Geldleistungen können ungekürzt neben der Rente einhergehen. Sonst gebührt jedoch beim Zusammentreffen von Barleistungen aus verschiedenen Rechtstiteln des AngVG. nur die höchste Leistung.¹⁾ In eigenartiger Weise wird endlich der Fall behandelt, wo Ansprüche aus der Pensionsversicherung, die auf Grund des AngVG. zustehen, mit Renten konkurrieren, die auf Grund der gesetzlichen Arbeiterunfallversicherung gebühren.²⁾ In solchen Fällen wird die Unfallrente lediglich auf jene Summe ergänzt, die sich aus der Zusammenrechnung der höheren und der halben niedrigeren Rente samt Anhang ergibt.

§ 83. Die Organisation der Angestelltenversicherung.

I. Die Versicherungsträger. In diesen verkörpert sich der Gedanke der Selbstverwaltung der Beteiligten,³⁾ auf welchem die Angestelltenversicherung organisch aufgebaut ist. Die Versicherungsträger sind öffentlich-rechtliche Zwangskorporationen, welche die Eigenschaft von juristischen Personen besitzen, daher unter ihrem eigenen Namen Rechte erwerben und Pflichten eingehen können.⁴⁾ Sie bestehen aus

die sich nicht selbst erhalten können, gegen die Eltern, gemäß § 163 ABGB. zugunsten der Enkel gegen die Großeltern, falls die Eltern mittellos sind oder nicht mehr leben, endlich nach § 154 ABGB. zugunsten der in Dürftigkeit lebenden Eltern gegen die Kinder.

1) Dies gilt auch dann, wenn mehrere Rentenleistungen aus ganz verschiedenen Versicherungsfällen stammen, so z. B. beim Zusammentreffen einer Invaliditäts- und einer Witwenrente.

2) Dies kann sich bei Werkmeistern und ähnlichen Dienstnehmern ereignen, die früher gewerbliche Arbeitnehmer waren und erst im späteren Verlauf ihrer Dienstzeit die Angestelltenschaft erlangten.

3) Siehe hierüber die Ausführungen auf S. 490.

4) Vgl. in dieser Hinsicht auch die erläuternden Bemerkungen bei Kerber, a. a. O., S. 481.

gewählten Vertretern der Versicherten und ihrer Dienstgeber, welche die Verwaltung der Angestelltenversicherung ehrenamtlich besorgen. Diese war bis zur Erlassung des AngVG. eine recht komplizierte. Erst durch die Vorschriften dieses Gesetzes ist sie wesentlich vereinfacht und verbilligt worden. Insbesondere finden wir in diesem modernen Gesetz eine Abkehr von dem früheren System, das neben der Pensionsanstalt für Angestellte als dem gesetzlichen Zwangsträger der Pensionsversicherung noch zahlreiche Ersatzeinrichtungen kannte. In der Krankenversicherung wiederum hat der sich überall vollziehende Konzentrationsprozeß zur Abstoßung der kleinen, wenig leistungsfähigen Gebilde und zur Vereinigung der Agenden bei einigen großen Versicherungskassen geführt. Auf dieser Basis fußt denn die gegenwärtige Organisation der Angestelltenversicherung. Diese berücksichtigt zwar auch bis zu einem gewissen Grade jene Gruppen von Angestellten, deren eigenartig gestaltetes Dienstrecht sowie deren von früher her bestandenen autonomen Versicherungseinrichtungen einen speziellen organisatorischen Aufbau heischten. Bei Schaffung derartiger Sondersicherungsanstalten wurde jedoch weises Maß gehalten. Das AngVG. läßt sie nur für drei¹⁾ Gruppen zu: für die Angestellten in der Land- und Forstwirtschaft, für jene der Presse und für Pharmazeuten. Für alle anderen Angestellten fungieren die allgemeinen Versicherungsträger, und zwar zur Durchführung der Krankenversicherung die »Versicherungskassen für Angestellte« und zur Durchführung der übrigen Versicherungszweige sowie auch zusammenfassend und ergänzend, die »Hauptanstalt für Angestelltenversicherung«. Diese letztere, ebenso wie die drei Sondersicherungsanstalten haben ihren Sitz in Wien und erstrecken ihren Wirkungskreis auf das gesamte Bundesgebiet. Die Versicherungskassen hingegen sind territorial organisiert und werden in der Regel für je ein Bundesland errichtet.²⁾ Nur in Wien bestehen vier Versicherungskassen nebeneinander, und zwar je eine für die kaufmännischen, die Bank- und Sparkassenangestellten und die Industrieangestellten. Hiezu kommt noch die Wahlkasse »Collegialität«, ein Versicherungsverein, der auf Grund der Zulassungsbewilligung des BM. für soziale Verwaltung gemäß

1) Das Stammgesetz kannte auch noch eine vierte Sondersicherungsanstalt für die Angestellten von Kreditunternehmungen. Die I. Novelle zum AngVG. hat diese Sonderanstalt jedoch wiederum beseitigt. Dafür wurde in Wien eine besondere Versicherungskasse für Bank- und Sparkassenangestellte errichtet, welche die Krankenversicherung dieser Dienstnehmer besorgt, im übrigen jedoch wie alle anderen Pflichtkassen der Hauptanstalt für Angestelltenversicherung untersteht.

2) Der Sitz dieser Versicherungskassen wird gemäß § 52 AngVG. vom BM. für soziale Verwaltung nach Anhörung der beteiligten Landesregierungen sowie der Handels- und Arbeiterkammern bestimmt. Durch die I. Durchführungsvdg. zum AngVG. vom 24. Juni 1927, B. 189, ist in allen Bundesländern mit Ausnahme von Wien je eine Versicherungskasse für Angestellte mit dem Sitz in der Landeshauptstadt errichtet worden. Der Sitz der niederösterreichischen und der burgenländischen Versicherungskasse befindet sich in Wien.

§ 53, Abs. 2, AngVG.¹⁾ in eine Versicherungskasse umgewandelt wurde.

a) Die Sondersicherungsanstalten besorgen für die ihnen unterstellten Dienstnehmergruppen die Agenden aller Versicherungszweige, sind daher vertikal aufgebaut. Ihre Zuständigkeit fußt im allgemeinen auf dem für die betreffende Gruppe erlassenen Sonderdienstrecht, so daß die Abgrenzung der Kompetenzen keine allzu großen Schwierigkeiten bereitet. Ihre Leistungen gehen zumeist über das Normale hinaus, da sie infolge der bei ihnen obwaltenden speziellen Verhältnisse die Obergrenze der Beitragsgrundlagen entsprechend hinaufsetzen konnten.²⁾ Im einzelnen gelten nun hinsichtlich der Sondersicherungsanstalten folgende Bestimmungen:

1. Die Versicherungsanstalt für Angestellte in der Land- und Forstwirtschaft ist berufen, die Versicherung aller Angestellten durchzuführen, deren Dienstverhältnis durch das Gutsangestelltengesetz geregelt ist.³⁾ Außerdem wurde ihr durch § 54 AngVG. auch die Versicherung der Angestellten jener Unternehmungen zugewiesen, die, auf Grund öffentlichen Rechtes oder auf Vereinsgrundlage errichtet, den Interessen von Land- und Forstwirtschaft zu dienen haben. Hieher gehören unter anderem die Vertretungskörper der Land- und Forstwirtschaft,⁴⁾ die Organisationen von Dienstgebern und Dienstnehmern in derselben, ferner jene Vereine sowie Erwerbs- und Wirtschaftsgenossenschaften, die sich satzungsgemäß die Förderung oder Vertretung der Interessen der Land- und Forstwirtschaft zur Aufgabe setzen,⁵⁾ ferner Aktiengesellschaften, deren Mehrheit sich im Besitz einer der genannten Körperschaften befindet, falls diese Gesellschaften den Interessen der Land- und Forstwirtschaft dienen; endlich unterstehen ihr auch die Vertragsangestellten⁶⁾ des Wirtschaftskörpers »Österreichische Bundesforste« sowie Angestellte, die auf

1) Gemäß § 53, Abs. 2, AngVG. kann das BM. für soziale Verwaltung für den Bereich des Bundeslandes Wien anordnen, daß eine Vereinskassenkasse, die bis zum Wirksamkeitsbeginn des AngVG. Träger der gesetzlichen Krankenversicherung war, zur Versicherungskasse umgewandelt werde.

2) Siehe diesbezüglich die Zifferansätze auf S. 532.

3) Hiezu gehören nach § 1 GutsAngG. alle Personen, die in land- und forstwirtschaftlichen Betrieben oder deren Nebengewerben vorwiegend zur Leistung höherer oder kaufmännischer Dienste oder zu Kanzleiarbeiten angestellt sind, sofern das Dienstverhältnis ihre Erwerbstätigkeit hauptsächlich in Anspruch nimmt. Den in land- und forstwirtschaftlichen Betrieben Beschäftigten sind die in Jagd- und Fischerei- sowie im nichtgewerblichen Gartenbau tätigen Angestellten gleichgehalten.

4) So z. B. die Landwirtschaftskammern, die Landeskulturräte und die Landwirtschaftsgesellschaften.

5) Die Zuständigkeit der Sondersicherungsanstalt für die Angestellten solcher Vereine und Genossenschaften ist jedoch nur dann gegeben, wenn ihre Mitglieder vorwiegend land- und forstwirtschaftliche Betriebsinhaber sind.

6) Nicht aber die unter das Gehaltsgesetz fallenden pragmatischen Angestellten der Bundesforstverwaltung, die sich am Tage der Errichtung des Wirtschaftskörpers »Österreichische Bundesforste«, d. i. am 1. Jänner 1926, bereits im Dienststande befanden.

Grund gesetzlicher Bestimmungen zum Forstschutz- und Aufsichtsdienst berufen,¹⁾ bzw. in Bundes- oder Landesanstalten bedienstet sind, welche, wie z. B. landwirtschaftliche Schulen oder Versuchsstationen, zwecks fachlicher Förderung der Land- und Forstwirtschaft errichtet wurden. So umfaßt denn diese Anstalt einen Versichertenstock, dessen Dienstrecht auf der Grundlage des Gutsangestelltengesetzes ruht oder sich derselben nähert. Auch sind es die Besonderheiten der Entlohnung — hier spielt das Deputatwesen eine maßgebende Rolle —, die Geringfügigkeit des Stellenwechsels sowie die Gleichartigkeit der Krankheits- und Sterblichkeitsverhältnisse, die bei allen hier vereinigten Gruppen mehr oder weniger aufscheinen. Ihr Riskenkreis kann daher als ein homogener angesehen werden.

2. Die Versicherungsanstalt der Presse. Ihr obliegt die Versicherung aller Angestellten, die ausschließlich oder vorwiegend in der Schriftleitung, Verwaltung oder dem Verschleiß von periodischen Druckschriften tätig sind, ferner der Angestellten der Organisationen von Zeitungsunternehmungen und Zeitungsangestellten, weiters jener von Zeitungsbetrieben des Bundes, eines Bundeslandes, einer Statutargemeinde oder öffentlich verwalteter Anstalten, Stiftungen und Fonds sowie aller Angestellter der genannten Dienstgeber, deren Tätigkeit darauf gerichtet ist, den Zeitungen Mitteilungen zu machen.²⁾ Endlich hat die Versicherungsanstalt der Presse auch die von den Zeitungsunternehmungen in Pauschalform entlohten Herausgeber von Zeitungskorrespondenzen³⁾ und deren ständige Mitarbeiter zu versichern. Es sind also die Journalisten und Zeitungsangestellten, die hier in einer besonderen Standesversicherung zusammengefaßt werden. Ist ihr Versicherungsträger seinem Umfange nach auch klein, so waltet bei demselben doch eine altüberlieferte Tradition vor, die sich noch von den früheren, in der Presse stets üblichen Wohlfahrtsinstituten⁴⁾ herleitet. Diese Tatsache, verbunden mit dem Umstand, daß sich die eigenartigen Standes- und Berufsverhältnisse der Journalisten nur schwer von Außenstehenden beurteilen lassen, ist für die Aufrechthaltung ihrer Sonderstellung in der Sozialversicherung ausschlaggebend gewesen.⁵⁾

3. Die Versicherungsanstalt für Pharmazeuten besorgt die Versicherung des pharmazeutischen Hilfspersonals, auf welches das Gehaltskassengesetz⁶⁾ Anwendung findet, sowie der Angestellten pharma-

1) So z. B. die mit der Forstverwaltung betrauten Gemeindeorgane.

2) Hierunter sind insbesondere auch die gegen Zeilenhonorar tätigen Reporter zu verstehen.

3) Bei diesen Personen ist ein Anstellungsverhältnis nicht gegeben. Es handelt sich daher hier um eine Ausnahme von § 1 AngVG.

4) In diesen auf freiwilliger Grundlage beruhenden Wohlfahrtsinstituten der Presse und Journalistik verkörperte sich schon frühzeitig der Gedanke weitgehender Berufssolidarität und Hilfsbereitschaft.

5) Siehe diesbezüglich auch die Begründung zur Regierungsvorlage des AngVG.

6) Vgl. hierüber die Ausführungen auf S. 86 und 149.

zeitischer Standesorganisationen. Sie bildet mit der Gehaltskasse eine Verwaltungsgemeinschaft, wodurch eine Arbeitsvereinfachung und Verbilligung herbeigeführt werden konnte. Insbesondere ist solcher Art die Evidenhaltung der Dienstgeber und Versicherten wesentlich erleichtert worden.

Alle diese Sondersicherungsanstalten sind auch für ihre eigenen Angestellten versicherungszuständig; sie sind ferner zur freiwilligen Versicherung der ihrem Kreis zugehörigen Personen sowie für alle Rentenempfänger kompetent, für die sie es gewesen wären, wenn das AngVG. schon bei Bestand des den Rentenanspruch auslösenden Dienstverhältnisses wirksam gewesen wäre. Durch ihre Satzungen kann bestimmt werden, ob und unter welchen Bedingungen gewisse, der Versicherungspflicht nach dem AngVG. nicht unterliegende Arbeitnehmer jener Dienstgeber, deren Angestellte bei ihnen versichert sind, oder gleichartiger ausländischer Dienstgeber¹⁾ als Mitglieder aufgenommen werden können. Da eine derartige Versicherung nach § 57, Abs. 2, AngVG. als Erfüllung der Versicherungspflicht nach dem ArbVG. oder dem LandArbVG. anzusehen ist, ergibt sich hieraus für den Dienstgeber die Möglichkeit, sein gesamtes Personal bei einer und derselben Stelle versichern zu lassen. Endlich ist auch die Versicherung selbständig Erwerbstätiger verwandter Art bei den Sondersicherungsanstalten möglich. Auch hier bleibt es den Satzungen überlassen, ob und unter welchen Bedingungen sie diese Einbeziehung gestatten wollen.

b) Die allgemeinen Versicherungsträger. Als solche fungieren, wie erwähnt, die territorialen Versicherungskassen und die Hauptanstalt für Angestelltenversicherung. Ihnen obliegt die Versicherung aller nach dem AngVG. Versicherungspflichtigen, soweit hiefür nicht eine Sondersicherungsanstalt zuständig ist. Während diese letzteren Anstalten jedoch sämtliche Versicherungszweige besorgen, ist bei den allgemeinen Versicherungsträgern eine Arbeitsteilung insofern vorgesehen, als den Versicherungskassen die Krankenversicherung, der Hauptanstalt hingegen die Unfall- und Pensionsversicherung anvertraut ist.²⁾ Diese Scheidung der Agenden wird allerdings nicht in voller Reinheit durchgeführt, da die Versicherungskassen, gewissermaßen im unselbständigen Wirkungskreis, auch vorbereitende Arbeiten für Zwecke der Unfall-

¹⁾ Durch diese erst durch die II. Novelle in den § 57, Abs. 2, AngVG. eingefügte Bestimmung sollte insbesondere den österreichischen Korrespondenten auswärtiger Zeitungen die Versicherung nach dem AngVG. ermöglicht werden.

²⁾ Für die Übertragung der Krankenversicherungsagenden an auf kleineren Gebiets-einheiten tätige Versicherungsträger sprachen nicht nur verwaltungstechnische Erwägungen, sondern auch die durch die lokalen Verhältnisse bedingte Verschiedenheit der Ärztefragen, der sanitären Einrichtungen usw. Im Unterschiede hiezu gestaltet sich das Risiko der Berufsunfähigkeit im ganzen Bundesgebiete ziemlich gleichmäßig, so daß für den durch dasselbe belasteten Träger der Unfall- und Pensionsversicherung eine zentrale Organisation geboten schien.

und Pensionsversicherung übernehmen,¹⁾ während die Hauptanstalt wiederum als zentraler Versicherungsträger eine zusammenfassende und beaufsichtigende Tätigkeit ausübt. So ergibt sich aus diesen Wechselbeziehungen der Versicherungsträger, ungeachtet ihrer rechtlichen Selbständigkeit, eine Einheitlichkeit des Versicherungsapparates, die mancherlei Doppelarbeit, insbesondere auf dem Gebiet der Standesführung, vermeidet und auch sonst eine größere Geschlossenheit der Verwaltung verbürgt. Hinsichtlich der Zuständigkeit und des Aufgabenkreises der allgemeinen Versicherungsträger trifft das AngVG. folgende Vorschriften:

1. Die Versicherungskassen sind für die Krankenversicherung jener Angestellten zuständig, deren Dienstort in ihrem Sprengel liegt. Im Zweifel gilt als Dienstort der Sitz des Unternehmens oder jener Zweigniederlassung, von welcher der Angestellte seine Bezüge angewiesen erhält. Die Kassen haben gemäß § 61, Abs. 1, AngVG. auch die Krankenversicherung jener Rentenempfänger²⁾ durchzuführen, die in ihrem Sprengel wohnen. Für Wien, wo mehrere Versicherungskassen nebeneinander bestehen, wird deren Kompetenz nach sachlichen Gesichtspunkten geschieden. So erfaßt die Kasse für kaufmännische Angestellte vornehmlich die Angestellten jener Dienstgeber, deren Gewerbeberechtigung auf ein Handelsgewerbe oder ein Hilfgewerbe des Handels (Spedition, Agentur, Kommission, Lagerhaus, Wäge- und Meßanstalten) lautet, ferner jene von Versicherungsvereinen und Versicherungsanstalten,³⁾ von Notaren⁴⁾ und Rechtsanwältinnen, von öffentlichen Agenten und Privatgeschäftsvermittlern, von Bühnen- und Orchesterunternehmungen, Varietés und Zirkusunternehmungen.⁵⁾ Die Kasse für Bank- und Sparkassenangestellte⁶⁾ versichert, wie schon ihr Name sagt, die Angestellten von Bankgewerbeunternehmungen und von Sparkassen, während der Kasse für Industrieangestellte die Versicherung aller sonstigen Wiener Angestellten ob-

1) Diese vorbereitenden Arbeiten können von den Versicherungskassen um so leichter für die Unfall- und Pensionsversicherung mitbesorgt werden, als sie ja auch zum größten Teil für die Krankenversicherung nötig sind, so z. B. die Entgegennahme der An- und Abmeldungen, die Standesführung der Versicherten u. dgl. m.

2) Mit Ausnahme jener, für die eine Sondersicherungsanstalt zuständig ist.

3) Jedoch mit Ausschluß der Sozialversicherungsträger.

4) Notariatskandidaten unterliegen als Standesanwälter der Notarversicherung im Sinne des Bundesgesetzes vom 28. Oktober 1926, B. 317, und sind daher bei der »Versicherungsanstalt des österreichischen Notariates« in Wien versichert. Die sonstigen Angestellten der Notare jedoch gehören in Wien zur Versicherungskasse für kaufmännische Angestellte, in den übrigen Bundesländern zur territorialen Versicherungskasse.

5) Sofern solche Unternehmungen keinen festen Betriebssitz haben, sind deren Angestellte, wo immer auch sie innerhalb des gesamten Bundesgebietes tätig sein mögen, bei der Kasse für kaufmännische Angestellte in Wien versichert.

6) Diese ist erst durch die I. Novelle zum AngVG. geschaffen worden, nachdem die im Stammgesetz ursprünglich vorgesehene Sondersicherungsanstalt für Kreditunternehmungen wiederum beseitigt worden war.

liegt, für die weder eine der vorgenannten Kassen, noch eine Sonderversicherungsanstalt oder die für Wien zugelassene Wahlkasse »Collegialität« in Betracht kommt.¹⁾ Die Zuständigkeit dieser letzteren ist nur auf Grund eines schriftlichen Vertrages gegeben, in dem sich der Unternehmer eines in Wien gelegenen Betriebes der Wahlkasse gegenüber verpflichtet, alle Angestellten seines Betriebes bei ihr versichert zu halten. Der Abschluß eines solchen Vertrages kann jedoch nur dann erfolgen, wenn die Angestellten vorher von diesem Vorhaben verständigt wurden und nicht mehr als die Hälfte derselben den Plan ablehnt.²⁾

Was nun die Aufgaben der Versicherungskassen anbelangt, so beziehen sich dieselben gemäß § 64 AngVG. auf die Durchführung der Krankenversicherung und die Mitwirkung an der Stellenlosen-, Unfall- und Pensionsversicherung. Im einzelnen obliegt ihnen: die Entgegennahme der An- und Abmeldungen sowie die Überwachung der Versicherungspflicht; die Standesführung der Versicherten und ihrer Angehörigen; die Einhebung der Versicherungsbeiträge; die Gewährung der Leistungen der Krankenversicherung; die Krankenkontrolle; die Entgegennahme der von den Mitgliedern oder deren Hinterbliebenen erhobenen Ansprüche auf Leistungen der Unfall- und Pensionsversicherung; die Bewilligung der erweiterten Heilbehandlung;³⁾ die Durchführung der Wahlen in die eigenen Verwaltungskörper sowie der Beisitzer des Rentenausschusses und des Schiedsgerichtes. Alle diese Agenden bilden den unmittelbaren Aufgabenkreis der Versicherungskassen. Diesen pflegt man wiederum in den selbständigen Wirkungskreis zu scheiden, der die Aufgaben der Krankenversicherung umfaßt, und den unselbständigen Wirkungskreis, der sich auf die Mitwirkung an der Stellenlosen-, Unfall- und Pensionsversicherung bezieht. In beiden Fällen kommen eigentliche Agenden der Sozialversicherung in Frage. Eine andere Bewandnis hat es mit dem übertragenen Wirkungskreis der Kassen, der ihnen gemäß § 146 AngVG. auferlegt ist. Hiebei handelt es sich um gewisse Verpflichtungen, die mit der Sozialversicherung an sich nichts zu tun haben, so z. B. die Pflicht zur Einhebung der Gehilfenumlagen, der Beiträge für die Arbeiterkammern, für den Bundes-Wohn- und Sied-

1) Das Kräfteverhältnis dieser in Wien nebeneinander bestehenden vier Versicherungskassen für Angestellte spiegelt sich am deutlichsten in ihren Mitgliederständen wieder. Diese umfaßten am 31. Dezember 1928 bei der Kasse für kaufmännische Angestellte 71.978, bei der Kasse für Bank- und Sparkassenangestellte 9154, bei der Kasse für Industrieangestellte 43.617 und bei der Wahlkasse »Collegialität« 25.364 Personen.

2) Die Stellungnahme der in geeigneter Weise zu befragenden Angestelltenschaft hat innerhalb von sechs Wochen zu erfolgen; unterbleibt dieselbe, so kann der Vertragsabschluß durch den Dienstgeber ohne weiteres vollzogen werden.

3) Hierunter versteht man die über Ansuchen des Versicherten einzuleitende Krankenfürsorge, die über die Pflichtleistungen der Krankenpflege hinausgeht. Als erweiterte Heilbehandlung kommt nach § 47, Abs. 2, AngVG. hauptsächlich in Betracht: Beistellung von Hauspflege, Pflege in Genesungsheimen, Aufenthalt am Lande sowie in Kurbädern und -Heilstätten. Vgl. hierüber auch die Fußnote ³⁾ auf S. 534.

lungsfonds u. dgl. m. Zur Besorgung derartiger, ihnen durch Gesetz übertragener Agenden sind die Kassen zwar verpflichtet, doch gebührt ihnen hiefür eine angemessene Vergütung.¹⁾

2. Die Hauptanstalt für Angestelltenversicherung ist nicht bloß Träger der Unfall- und Pensionsversicherung, sondern es obliegt ihr auch innerhalb gewisser Grenzen eine Einflußnahme auf die Tätigkeit der Versicherungskassen. Ihr gesamter Wirkungskreis umfaßt folgende Aufgaben: die Überwachung der Beitragseinhebung für die Unfall- und Pensionsversicherung und die Regelung der Mitwirkung der Kassen bei Feststellung der Ansprüche aus diesen Versicherungszweigen; die Entscheidung über Leistungsansprüche aus der Unfall- und Pensionsversicherung sowie die Auszahlung der zuerkannten Renten und einmaligen Leistungen; die Standesführung und Kontrolle der Rentempfänger; die Bewilligung der erweiterten Heilbehandlung für letztere und deren Angehörige; die Aufstellung einheitlicher Richtlinien für die Standesführung der Versicherten sowie die Einrichtung der Buch- und Kassaführung; die Regelung der Beziehungen zwischen den Kassen und der Hauptanstalt auf dem Gebiete der erweiterten Heilbehandlung, der Heilfürsorge und der Bekämpfung von Volkskrankheiten;²⁾ die Aufstellung von gemeinsamen Richtlinien für die Dienst- und Entlohnungsvorschriften der Beamten der Kassen und der Hauptanstalt; die versicherungstechnische Auswertung der Ergebnisse der Statistik³⁾ auf dem Gesamtgebiete der Angestelltenversicherung; endlich auch die Berichtserstattung an den BM. für soziale Verwaltung über die bei Durchführung der Angestelltenversicherung gemachten Wahrnehmungen. Es ist also eine teils ausführende, teils leitende und überwachende Tätigkeit, welche die Hauptanstalt auszuüben hat.

II. Die Satzungen der Versicherungsträger bilden die konstitutionelle Norm, welche die Einrichtung und Durchführung der internen Verwaltung sowie innerhalb der gesetzlichen Vorschriften auch das Ausmaß der Versicherungsleistungen⁴⁾ regelt. Die Satzung

1) Eine solche Vergütung wird übrigens den Versicherungskassen durch § 112, Abs. 2, AngVG. auch für jenen Mehraufwand an Verwaltungskosten zugestanden, der ihnen durch ihre Mitwirkung an den Aufgaben der Stellenlosen-, Unfall- und Pensionsversicherung erwächst. Sie erhalten aus diesem Titel alljährlich zwei Tausendteile der Summen der für die Pensionsversicherung in Betracht kommenden Beitragsgrundlagen, für die im Geschäftsjahre Beiträge bei der Hauptanstalt eingegangen sind — dieser Zuschuß betrug im Jahre 1928 rund 1,350.000 S —, ferner aus den Mitteln der Stellenlosenversicherung 3 Prozent der für diese eingeflossenen Beiträge.

2) Ebenso auch bezüglich der Errichtung, Instandhaltung und des Betriebes gemeinsamer Heilstätten und Erholungsheime.

3) Für deren Führung und Bearbeitung erläßt das BM. für soziale Verwaltung die entsprechenden Weisungen.

4) Dieses Ausmaß ist, soweit die Krankenversicherung in Frage kommt, auch durch die Krankenordnungen wesentlich beeinflußt worden. Diese letzteren weichen ihrem Inhalte nach erheblich von einander ab, je nachdem es sich um die Wiener Versicherungskassen oder um jene in den übrigen Bundesländern handelt.

eines jeden Versicherungsträgers wurde erstmalig vom BM. für soziale Verwaltung erlassen¹⁾ (§ 67, Abs. 1, AngVG.). Hiedurch sollte die nötige Einheitlichkeit in der Arbeitsweise der verschiedenen Versicherungsträger erzielt und der Einfluß der Aufsichtsbehörde gestärkt werden. Damit jedoch auch jener der Interessenten zur Geltung komme, legte das AngVG. der Aufsichtsbehörde die Verpflichtung auf, vor Erlassung der Satzungen der Hauptanstalt und der Sondersicherungsanstalten die beteiligten Spitzenverbände der Dienstgeber und Dienstnehmer, vor Erlassung der Satzungen der Versicherungskassen hingegen die in Betracht kommenden Landesregierungen und Kammern zu hören. Die Satzungen selbst sind in den amtlichen Zeitungen zu verlautbaren und erlangen damit verbindliche Kraft. Spätere Änderungen der Satzungen oder der Krankenordnungen unterliegen der Genehmigung des BM. für soziale Verwaltung. Ihrem Inhalt nach haben die Satzungen insbesondere die Zusammensetzung, Wahl und Einberufung der Hauptversammlung sowie die Art ihrer Beschlußfassung zu regeln; weiters haben sie Bestimmungen über Wahl und Befugnisse des Vorstandes, über die Form rechtsverbindlicher Akte und Kundmachungen, über die An- und Abmeldungen sowie über die Geltendmachung von Leistungsansprüchen zu enthalten.

III. Die Verwaltungskörper der Versicherungsträger sind als Organe der Beschlußfassung und Vollziehung zur Führung der Versicherungsgeschäfte berufen. Sie werden aus Vertretern der Dienstgeber und der Versicherten gebildet, die durch Wahl²⁾ auf die Dauer von vier Jahren zu ihrem Amte berufen werden. Diese Wahl vollzieht sich in getrennten Wahlgängen der beiden Kurien nach den Grundsätzen des Proporz, der auch den Minderheiten eine entsprechende Vertretung sichert. Wahlberechtigt sind alle vollversicherten³⁾

1) Dies ist durchwegs in der zweiten Hälfte des Jahres 1927 geschehen. Vgl. die übersichtliche Zusammenstellung der Verlautbarungsdaten bei Kerber, a. a. O., S. 481—482.

2) Diese Wahlen werden für die Hauptversammlungen der Kassen direkt, für jene der Hauptanstalt indirekt durchgeführt. Bei den direkten Wahlen bildet der gesamte Sprengel der betreffenden Kasse einen Wahlkreis. Doch werden die Dienstgeber je nach der Anzahl der von ihnen beschäftigten Angestellten in drei Wahlgruppen eingeteilt, um sowohl den Groß-, als auch den Mittel- und Kleinbetrieben eine angemessene Vertretung in den Verwaltungskörpern zu sichern. Hiebei bestimmt sich die Zahl der jeder Wahlgruppe zukommenden Vertreter nach dem Verhältnisse der zugehörigen Zahl von Dienstnehmern. Die näheren Vorschriften über die Wahlen werden durch die Satzungen getroffen. Für die ersten, Ende 1928 ausgeschriebenen Wahlen der Dienstnehmer-vertreter konnten von den Angestelltensektionen der örtlich zuständigen Arbeiterkammern Wahlvorschläge eingereicht werden; falls diese die Unterschrift sämtlicher Sektionsmitglieder trugen, entfiel die Durchführung der Wahl und galten gemäß § 23, Abs. 4, AngVG. die in die gemeinsame Liste aufgenommenen Dienstnehmervertreter als gewählt. Diese Art des Wahlvorganges wurde denn auch mit einer einzigen, die Versicherungskasse in Graz betreffenden Ausnahme tatsächlich eingehalten.

3) »Vollversichert« sind alle versicherungspflichtigen Angestellten, die das 17. Lebensjahr vollendet haben und damit gemäß § 1, Abs. 4, AngVG., auch der Pensionsversicherung unterworfen sind.

Mitglieder des betreffenden Versicherungsträgers, die an dem dem Monate der Wahlausschreibung vorangehenden Monatsersten¹⁾ bei der zuständigen Kasse gemeldet waren, sowie deren Dienstgeber. Wählbar sind alle Wahlberechtigten, die das 21. Lebensjahr vollendet haben und die Voraussetzungen für die Wählbarkeit in den Nationalrat erfüllen,²⁾ überdies unter der gleichen Bedingung auch die Vorstandsmitglieder und Beamten von Organisationen³⁾ der Dienstgeber und Dienstnehmer. Von der Wählbarkeit ausgeschlossen sind jedoch Personen, über deren Vermögen das Konkurs- oder das Ausgleichsverfahren eröffnet wurde, desgleichen Angestellte des Versicherungsträgers selbst.

Die Zahl und Art der Verwaltungskörper ist bei den einzelnen Versicherungsträgern nicht gleich. Bei den Versicherungskassen unterscheidet man die Hauptversammlung, den Vorstand und den Überwachungsausschuß; bei der Hauptanstalt gibt es neben den beiden erstgenannten Organen noch die Rentenausschüsse, bei den Sondersicherungsanstalten den Krankenversicherungs- und den Rentenausschuß. Hiezu kommt noch bei jedem Versicherungsträger der Obmann, der von der Hauptversammlung mit Stimmenmehrheit gewählt wird, aber dem Versicherungsträger weder als Dienstgeber noch als Dienstnehmer anzugehören braucht. Ihm stehen der von der Gruppe der Versicherten gewählte zweite und der von den Dienstgebern gewählte dritte Obmann zur Seite.⁴⁾ Die Mandatsaufteilung zwischen den beiden Kurien vollzieht sich nach verschiedenen Grundsätzen. Während die Dienstnehmer in der Hauptversammlung und im Vorstand der Versicherungskassen sowie im Krankenversicherungsausschüsse der Sondersicherungsanstalten vier Fünftel der Mandate besetzen und nur ein Fünftel derselben den Vertretern der Dienstgeber überlassen bleibt, herrscht im Überwachungsausschuß der Versicherungskassen das umgekehrte Verhältnis vor.⁵⁾ Hingegen werden Hauptversammlung und Vorstand der Hauptanstalt sowie der Sondersicherungsanstalten von beiden Gruppen paritätisch mit der gleichen

1) Dieser Tag gilt somit als Stichtag.

2) Siehe hierüber die Fußnote 2) auf S. 294.

3) Unter »Organisationen« der Dienstnehmer sind nur die gewerkschaftlichen Berufsverbände der Angestellten, nicht aber konfessionelle, politische oder genossenschaftliche Vereinigungen zu verstehen (Erlaß des BM. für soziale Verwaltung vom 17. Jänner 1928, Z. 7171).

4) Die Obmänner der Hauptanstalt und der Sondersicherungsanstalten werden vom BM. für soziale Verwaltung, jene der Versicherungskassen vom Landeshauptmanne bei Antritt ihres Amtes auf Verschwiegenheit sowie gewissenhafte und unparteiische Ausübung ihres Amtes verpflichtet.

5) Die Frage des Vertretungsverhältnisses beider Kurien bildete bei Gesetzwerdung des AngVG. den Gegenstand lebhafter Kämpfe, zumal auch die Wirkungen der einzuführenden Verhältniswahl in dieses Problem mit hineinspielten. Schließlich wurde die nunmehr in § 71 AngVG. verankerte Lösung gefunden, welche den Dienstnehmern den vorherrschenden Einfluß in den Vorständen und Hauptversammlungen sowie den Dienstgebern jenen in den Überwachungsausschüssen der Kassen sichert.

Zahl von Vertretern beschickt. Was nun die Zusammensetzung und den Wirkungskreis der einzelnen Verwaltungskörper betrifft, so gelten hierfür folgende Vorschriften:

a) Die Hauptversammlung setzt sich aus einer bestimmten Zahl von Versicherungsvertretern — hierunter versteht § 70, Abs. 1, AngVG. sowohl die Mandatare der Dienstgeber als auch jene der Dienstnehmer — zusammen. Diese Zahl wird bei den Sonderversicherungsanstalten und den Versicherungskassen durch deren Satzungen bestimmt; hinsichtlich der Hauptanstalt stellt das AngVG. selbst die diesbezüglichen Normen auf. Demnach entsenden die Vertreter der Dienstgeber und Dienstnehmer in den Kassenvorständen ihre Delegierten in die Hauptversammlung der Hauptanstalt, wobei gemäß § 74 AngVG. auf je 3000 Dienstnehmer je ein Mandat beider Kurien entfällt. Doch muß jede Versicherungskasse mindestens durch je vier Dienstgeber- und Dienstnehmerdelegierte in der Hauptversammlung der Hauptanstalt vertreten sein. Auf diese Art kommt der Charakter dieser letzteren als Spitzeneinrichtung auch äußerlich zum Ausdruck. Die Hauptversammlung jedes Versicherungsträgers hat mindestens einmal jährlich zusammenzutreten. Ihr ist vorbehalten: die Wahl der Vorstandsmitglieder sowie jener des Renten-, Überwachungs- und Krankenversicherungsausschusses; die Beschlußfassung über den Jahresbericht des Vorstandes sowie über die Satzungen und deren Änderungen; die Verfolgung von Ansprüchen, die dem Versicherungsträger gegen Vorstandsmitglieder aus deren Amtsführung erwachsen; endlich auch die Beschlußfassung über Zuweisungen an den Unterstützungsfonds¹⁾ und Heilfürsorgefonds.

b) Der Vorstand besteht aus der satzungsmäßigen Zahl von Mitgliedern, die durch Wahl seitens der Hauptversammlung entsendet werden. Diese Zahl muß jedoch einschließlich der Obmänner mindestens 15 betragen.²⁾ Ihm obliegt die eigentliche Geschäftsführung, soweit diese nicht durch Gesetz oder Statut anderen Verwaltungskörpern zugewiesen ist. Insbesondere gehört zu den Vorstandssachen: Die Aufstellung des Jahresvoranschlags und des Rechnungsabschlusses, die Vorbereitung der Beschlüsse der Hauptversammlung, die Festsetzung der Dienst-, Besoldungs- und Pensionsordnung für die Angestellten des Versicherungsträgers sowie die Ernennung und Beförderung derselben, die Beschlußfassung über die Anlage des verfügbaren Vermögens, die Bestimmung der den Obmännern und Versicherungsvertretern gebührenden Ent-

1) Die Mittel dieses Unterstützungsfonds sind gemäß § 120 AngVG. ausschließlich für Wohlfahrtszwecke zu verwenden. Ihm fließen die gemäß der §§ 101—106 AngVG. verhängten Geldstrafen, ferner die an den präliminierten Verwaltungskosten gemachten Ersparungen endlich auch die von den Versicherungsträgern selbst bestimmten Dotationen zu.

2) Wird der Obmann weder dem Kreis der Versicherten, noch jenem der Dienstgeber entnommen, so erhöht sich die Zahl der Vorstandsmitglieder um eines (§ 75 AngVG.).

schädigungen¹⁾ u. dgl. Besondere Vorschriften trifft § 79 AngVG. für den Vorstand der Hauptanstalt, der sich in einen engeren und erweiterten scheidet. Während der erstere vornehmlich die laufenden Geschäfte besorgt und wegen der Häufigkeit seiner Sitzungen der Mehrzahl nach aus in Wien wohnhaften Versicherungsvertretern besteht, ist der erweiterte Vorstand zur Beschlußfassung über solche normative Angelegenheiten berufen, die gleicherweise den Wirkungskreis der Versicherungskassen und der Hauptanstalt berühren.²⁾ Derselbe wird derart gebildet, daß dem Vorstand der Hauptanstalt Delegierte der einzelnen Versicherungskassen, und zwar je ein Dienstgeber- und Dienstnehmervertreter für jede Kasse, mit beschließender Stimme beigezogen werden.³⁾ Auf diese Weise erhalten die Repräsentanten der Kassen die Möglichkeit, auf die Beratung dieser gemeinsamen Angelegenheiten im Schoße der Hauptanstalt entsprechenden Einfluß zu nehmen.

c) Der Überwachungsausschuß. Dessen Mitgliederzahl wird durch das Statut der Versicherungskasse bestimmt, hat jedoch mindestens fünf und höchstens ein Drittel der Zahl der Vorstandsmitglieder zu betragen. Er ist berufen, die gesamte Gebarung der Kasse ständig zu überwachen, der Hauptversammlung über seine Wahrnehmungen Bericht zu erstatten und die entsprechenden Anträge zu stellen. Lehnt die Hauptversammlung auf Grund dieses Berichtes die Entlastung des Vorstandes ab, so ist letzterer von der Aufsichtsbehörde seines Amtes zu entheben. Sowohl der Vorstand als auch der leitende Beamte der Kasse sind verpflichtet, dem Überwachungsausschuß alle Aufklärungen zu geben und jene Belege vorzuweisen, deren er zur Ausübung seiner Funktion bedarf. Er ist insbesondere auch berechtigt, in den Jahresvoranschlag der Kasse vor der hierüber erfolgenden Beschlußfassung des Vorstandes Einsicht zu nehmen. Ferner kann er sich an den Sitzungen des Vorstandes durch drei Delegierte mit beratender Stimme beteiligen.⁴⁾ Bei dauernder Veranlagung von Vermögensbeständen sowie bei Erwerbung, Belastung und Veräußerung von Liegenschaften hat der Vorstand im Einvernehmen mit dem Überwachungsausschuß vorzugehen. Auch über die Bestellung und Entlassung des leitenden Beamten wird in gemeinsamer Sitzung

1) Diese stellen nur Aufwandentschädigungen, nicht aber ein Entgelt für die ehrenamtlich zu leistende Tätigkeit dar. Deshalb wurde z. B. gegen die für den Obmann einer Sondernversicherungsanstalt mit mehr als 400 S monatlich festgesetzte Entschädigung seitens des Aufsichtskommissärs Einspruch erhoben.

2) Hierzu gehören unter anderem die Richtlinien für die Standesführung sowie für die Einrichtung der Buch- und Kassaführung, die gemeinsamen Dienst- und Besoldungsvorschriften für die Beamten, die versicherungstechnische Auswertung der Statistik, die Regelung der gemeinsamen Beziehungen auf dem Gebiete der Heilfürsorge usw.

3) Der erweiterte Vorstand faßt seine Beschlüsse in getrennten Abstimmungen der Dienstgeber- und Dienstnehmervertreter mit Zweidrittelmehrheit.

4) Der Überwachungsausschuß ist deshalb von jeder Sitzung des Vorstandes ebenso wie dessen Mitglieder in Kenntnis zu setzen und mit den entsprechenden Behelfen (Tagesordnung, Ausweise, Berichte usw.) zu beteiligen.

beider Körper entschieden.¹⁾ So sind es denn wichtige kontrollierende und beratende Funktionen, die § 80 AngVG. dem vorzugsweise aus Dienstgebervertretern bestehenden Überwachungsausschuß zubilligt und so den Einfluß dieser, im Vorstände der Kassen nur mit einem Fünftel der Mandate ausgestatteten Kurie entsprechend zur Geltung bringt.

d) Der Rentenausschuß ist als Organ der Hauptanstalt bei jeder Versicherungskasse zu bestellen, um über Ansprüche der Versicherten oder ihrer Hinterbliebenen auf Leistungen aus der Unfall- oder Pensionsversicherung zu entscheiden.²⁾ Der Rentenausschuß, zu dessen Beschlüssen über Zu- oder Aberkennung eines Anspruches Einstimmigkeit erforderlich ist, besteht nach § 76 AngVG. aus je einem Vertreter der bei der Kasse versicherten Dienstnehmer und ihrer Dienstgeber sowie aus einem Beamten der Hauptanstalt. Die Versicherungsvertreter führen abwechselnd den Vorsitz, wobei der Vorsitzende mitstimmt. Kommen einhellige Beschlüsse nicht zustande, so devolviert die Entscheidung an den Vorstand der Hauptanstalt. Die Vorbereitung der einzelnen Rentenfälle obliegt dem dem Rentenausschuß angehörenden Beamten der Hauptanstalt. Auf diese Weise wird der Einfluß letzterer entsprechend gewahrt und die so notwendige Einheitlichkeit im Rentenzuspruchsverfahren gesichert. In analoger Weise vollzieht sich auch die Bildung der Rentenausschüsse bei den Sondersicherungsanstalten, bei denen jedoch das territoriale Moment in Wegfall kommt. Es wird daher für jede dieser Anstalten nur ein Rentenausschuß errichtet.

e) Der Krankenversicherungsausschuß besteht als besonderer Verwaltungskörper nur bei den Sondersicherungsanstalten. Ihm obliegt die laufende Geschäftsführung auf dem Gebiete der Krankenversicherung, insbesondere die Zuerkennung von Leistungen und die Verfügung über die für die erweiterte Heilbehandlung bereitgestellten Mittel. Ferner vollzieht er vorbehaltlich der Zustimmung des Vorstandes auch den Abschluß von Ärzteverträgen³⁾ und die Ernennung der vorwiegend mit Geschäften der Krankenversicherung betrauten Beamten.

§ 84. Die Aufbringung, Verwendung und Anlage der finanziellen Mittel.

I. Die Beiträge zur Angestelltenversicherung. Die für die Durchführung der Versicherung erforderlichen Mittel werden durch laufende Beiträge der Dienstgeber und Dienstnehmer zur Gänze auf-

1) Ferner ist dem Überwachungsausschuß auch bei Regelung der Dienstbezüge sowie der Ruhe- und Versorgungsgenüsse der Kassenbeamten Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

2) Diese Entscheidungen des Rentenausschusses sind nicht endgültig. Es steht den Versicherten vielmehr dagegen noch die Klage an das Schiedsgericht offen (§ 96 AngVG.).

3) Solche zwischen den Trägern der Krankenversicherung und den zur Behandlung der Versicherten berufenen Ärzten abzuschließende Verträge bedürfen nach § 87, Abs. 1, AngVG. der schriftlichen Form. Sie müssen jedenfalls das dem Arzte für seine Mühewaltung gebührende Entgelt, Art und Umfang der beiderseitigen Obliegenheiten, den Beginn des Vertragsverhältnisses und die Art seiner Auflösung regeln.

gebracht. Ein aus öffentlichen Mitteln fließender Zuschuß zu den Invaliditäts-, Alters- und Hinterbliebenenrenten, so wie ihn die Arbeiterversicherung kennt, ist im AngVG. nicht vorgesehen. Der in der Regel¹⁾ von beiden Teilen je zur Hälfte zu entrichtende Angestelltenversicherungsbeitrag²⁾ ist ein einheitlicher, der für sämtliche Zweige der Versicherung in Prozenten der Beitragsgrundlage erstellt wird. Das Prozentausmaß setzt sich aus drei Teilen zusammen, jenem für die Krankenversicherung, jenem für die Stellenlosenversicherung und jenem für die Unfall- und Pensionsversicherung.

a) Der Beitrag zur Krankenversicherung macht bis auf weiteres $4\frac{1}{2}\%$ der Beitragsgrundlage aus. Lediglich für Personen unter 17 Jahren wird er mit einem fixen Betrage, nämlich mit 3.60 S im Monat festgesetzt, ebenso auch für die die Krankenversicherung freiwillig fortsetzenden Personen, die 7 S im Monate³⁾ zu bezahlen haben. Eine Erhöhung des $4\frac{1}{2}\%$ igen Beitragssatzes im Wege der Statuten kann insbesondere bei einem stärkeren Anschwellen der Sachleistungen, und zwar dann erfolgen, wenn die Kosten der Anstaltspflege 10% der im Geschäftsjahr fällig gewordenen Beiträge übersteigen, ferner wenn die bei Entlohnung der Ärzte nach Einzelleistungen einfließenden Einnahmen aus der Ärztegebühr 5% der fälligen Beiträge erreichen oder wenn die der Kasse obliegenden Pflichtleistungen aus den eingehenden Beiträgen selbst unter Heranziehung des Heilfürsorge- und Unterstützungsfonds nicht gedeckt werden können. Andererseits ist auch eine Herabsetzung des Beitragssatzes im Wege der Statuten dann statthaft, wenn der Reservefonds bereits so angewachsen ist, daß er den Gesamtaufwand des letzten Geschäftsjahres übersteigt.

1) Ausnahmen von dieser Regel verfügt § 107, Abs. 2, AngVG., der normiert, daß für Versicherte unter 17 Jahren der Beitrag zur Gänze vom Dienstgeber zu entrichten ist; desgleichen fallen die Krankenversicherungsbeiträge der Rentempfänger dem Träger der Pensionsversicherung allein zur Last. Auch haben die die Versicherung freiwillig Fortsetzenden sowie Selbstversicherer die Beiträge zur Gänze aus eigenen Mitteln zu leisten.

2) Der Beitrag zur Angestelltenversicherung wird am letzten Tage jedes Kalendermonates fällig. Einzahlungsstellen sind die Versicherungskassen, an welche die gesamten für einen Monat zu leistenden Beiträge seitens des Dienstgebers bis zum 10. des folgenden Monats konsignationsweise abzuführen sind (§ 113, Abs. 1, AngVG.). Dies hat mit »Beitragsabfuhranzeigen« zu geschehen, die nicht bloß die Summe der zu leistenden Versicherungsbeiträge, sondern auch alle im Vergleiche zum Vormonat eingetretenen Änderungen (Neueintritte, Austritte und Gehaltsänderungen) auszuweisen haben. Das Formular für diese Abfuhranzeigen wurde als Anlage 6 der III. Durchführungsvdg. zum AngVG. vom 24. Juni 1927, B. 191 (in ihrer durch die Vdg. vom 23. November 1928, B. 310, abgeänderten Fassung), verlaubarbart. Wird die Abfuhr der Beiträge seitens des Dienstgebers durch mehr als einen Monat verzögert, so sind Verzugsgebühren von derzeit $\frac{3}{4}\%$ für den Monat, wenn jedoch die Zahlung um mehr als zwei Monate hinausgeschoben wird, solche von $1\frac{1}{2}\%$ pro Monat zu entrichten.

3) Dieser Betrag von 7 S pro Monat gilt nur solange, als der $4\frac{1}{2}\%$ ige Normalbeitrag zur Krankenversicherung bei dem betreffenden Versicherungsträger aufrecht bleibt. Ändert sich der letztere, so ist auch das Ausmaß des laufenden Beitrages für die freiwillige Fortsetzung der Krankenversicherung entsprechend abzuändern.

b) Der Beitrag zur Stellenlosenversicherung. Dieser beträgt dormalen 2·8 Prozent der Beitragsgrundlage,¹⁾ bei Personen unter 17 Jahren jedoch 90 g monatlich. Eine Änderung dieser Sätze kann nur durch Vdg. des BM. für soziale Verwaltung im Einvernehmen mit dem BM. für Finanzen verfügt werden. Außer diesem Normalbeitrag sind noch Zusatzbeiträge zu entrichten, die zur Bestreitung des Aufwandes für die Notstandsauhilfen dienen. Sie werden bei den nach dem AngVG. versicherungspflichtigen Angestellten derart ermittelt, daß je 5 Prozent des nach dem KrVG. zu leistenden Normalbeitrages 0·2 Prozent der Beitragsgrundlage entsprechen. Auf diese Weise errechnen sich je nach dem sich bei den einzelnen Industriellen Bezirkskommissionen ergebenden Bedarf Zusatzbeiträge, die zwischen 0·04 Prozent und 1·20 Prozent der Beitragsgrundlage ausmachen.²⁾ Für Jugendliche unter 17 Jahren wird der Zusatzbeitrag auf Basis derselben Verhältniszahlen pauschaliert³⁾ und schwankt derzeit in den verschiedenen Kommissionssprengeln zwischen 2 g und 38 g monatlich.

c) Der Beitrag zur Unfall- und Pensionsversicherung wurde gemäß § 110 AngVG. für das Geschäftsjahr 1927 mit 6 Prozent der Beitragsgrundlage festgesetzt, mit der Maßgabe, daß er in den folgenden vier Geschäftsjahren (1928 bis 1931) um je $\frac{1}{3}$ Prozent zu steigen hat.⁴⁾ Vom Beginne des sechsten Jahres an ist der Beitrag vom BM. für soziale Verwaltung durch Vdg. alljährlich derart zu bestimmen, daß die Summe der laufenden Beiträge zur Deckung des um das Zinsenerträgnis verminderten Gesamtaufwandes der Hauptanstalt zuzüglich des Betrages, um den der halbe Rentenaufwand dieses Versicherungsträgers dessen Zinsenerträgnis überschreitet, voraussichtlich ausreicht. Dieser Formel liegt somit der Gedanke des Aufwanddeckungsbedarfes, kombiniert mit jenem einer gewissen Reservenbildung⁵⁾ zugrunde. Bei den Sonderversicherungsanstalten

1) Im Stammgesetze war der Beitrag zur Stellenlosenversicherung mit 3·2 Prozent bestimmt. Dieses Prozentausmaß erwies sich jedoch als zu hoch und konnte durch die II. Novelle auf 2·8 Prozent herabgesetzt werden.

2) Vgl. hierüber auch die Ausführungen auf S. 694.

3) Siehe hierüber den an die Industriellen Bezirkskommissionen gerichteten Erlaß des BM. für soziale Verwaltung vom 25. Oktober 1928, Z. 61.302, abgedruckt bei Kerber, a. a. O., S. 640—642.

4) Der gesetzliche Beitrag für die Unfall- und Pensionsversicherung macht somit für das Jahr 1929 7 Prozent aus und steigt dann in den folgenden zwei Jahren bis auf 8 Prozent, welche Obergrenze er am 1. Jänner 1931 erreicht. Vom Beginne des Jahres 1932 an hat die Festsetzung der Beitragshöhe im Verordnungswege zu erfolgen. Leider macht es jedoch das schon jetzt wahrnehmbare stetige Ansteigen der Rentelast — diese erfaßte bei der Hauptanstalt allein Ende 1928 rund 17.800 Renten (7800 Invaliden-, bzw. Altersrenten, 7000 Witwen- und 3000 Waisenrenten) mit einem Jahreserfordernisse von rund 24,400.000 S — wenig wahrscheinlich, daß man mit den gesetzlich vorgesehenen Beitragssätzen das Auslangen finden wird. Man muß vielmehr mit der Möglichkeit rechnen, daß man noch vor Beginn des Jahres 1932 über die Obergrenze von 8 Prozent hinauszugehen genötigt sein wird.

5) Siehe hierüber auch die Ausführungen auf S. 575.

wird die Höhe des Beitrages für die Unfall- und Pensionsversicherung durch die Satzung bestimmt, wobei die gleiche Formel wie bei der Hauptanstalt als Richtschnur dient. Derzeit wird von den Versicherungsanstalten der Presse und für Pharmazeuten bei Versicherten mit einer Beitragsgrundlage bis zu 400 S der jeweilige Beitragssatz der Hauptanstalt und bei höher entlohnerten Versicherten für den über 400 S hinausgehenden Teil der Beitragsgrundlage ein Satz von 12 Prozent eingehoben. Letzteres ist auch bei der Versicherungsanstalt für die Angestellten in der Land- und Forstwirtschaft der Fall, die jedoch die Versicherten mit einer Beitragsgrundlage bis zu 400 S schon derzeit mit einem Beitrage von 8 Prozent, somit in etwas stärkerem Maße heranzieht, als dies bei der Hauptanstalt und den übrigen Sondersicherungsanstalten der Fall ist. Von den Pensionsversicherungsbeiträgen der die Versicherung freiwillig fortsetzenden Personen war bereits an früherer Stelle¹⁾ die Rede; es kann daher auf das dort Gesagte verwiesen werden.

II. Die Verwendung und Anlage der finanziellen Mittel.

a) Die Verwendung der eingehenden Beiträge. Die den Versicherungsträgern zufließenden Beiträge sind zunächst zur Deckung der ihnen obliegenden Pflichtleistungen und zur Bestreitung der Verwaltungskosten zu verwenden. Damit diese letzteren nicht ungebührlich ansteigen und eine möglichst sparsame Wirtschaft getrieben werde,²⁾ maximiert § 112, Abs. 1, AngVG. den für Verwaltungskosten zulässigen Aufwand in der Weise, daß für diese Zwecke seitens der Versicherungskassen nicht mehr als 3¹/₂ Tausendteile der Summen der für die Krankenversicherung in Betracht kommenden Beitragsgrundlagen, seitens der Hauptanstalt nicht mehr als 2¹/₂ Tausendteile der Summen der auf die Pensionsversicherung entfallenden Beitragsgrundlagen und seitens der Sondersicherungsanstalten nicht mehr als 5¹/₂ Tausendteile der Summen der für die Krankenversicherung errechneten Beitragsgrundlagen³⁾ verausgabt werden dürfen. Falls jedoch die Zahl der mittelbar Versicherten jene der unmittelbar Versicherten um wenigstens 25 Prozent übersteigt, so erhöhen sich die zulässigen Ausgabensätze bei den Versicherungskassen und den Sondersicherungsanstalten⁴⁾ für je

1) Vgl. die diesbezüglichen Darlegungen auf S. 526 und 530.

2) In der Öffentlichkeit sind häufig Klagen über das starke Ansteigen der Verwaltungskosten laut geworden. Um diesem Übelstande abzuhelpen, bringt das AngVG. das zulässige Höchstausmaß des Verwaltungsaufwandes mit gewissen vom allgemeinen Gehaltsniveau der Versicherten abgeleiteten Summen in Zusammenhang und schreibt die Hereinbringung allfälliger Überschreitungen im Wege einer besonderen Umlage vor.

3) Der höhere Satz an Verwaltungsauslagen rechtfertigt sich bei den Sondersicherungsanstalten nicht nur durch die bei ihnen Platz greifende Konzentration aller Versicherungszweige, sondern auch durch den verhältnismäßig geringeren Stand der Versicherten.

4) Bei der Hauptanstalt kommt die Zahl der mittelbar Versicherten für die Errechnung des zulässigen Verwaltungsaufwandes weniger in Betracht, weil die Familienangehörigen hauptsächlich in der Krankenversicherung eine Rolle spielen.

weitere volle 3 Prozent der unmittelbar Versicherten um je 0·1 Tausendteile. Auf diese Art soll dem verstärkten Geschäftsandrang der durch die Familienversicherung in höherem Grade belasteten Versicherungsträger Rechnung getragen werden. Wenn, abgesehen von den Auslagen der ersten Einrichtung, der Aufwand für die Verwaltungskosten in einem Geschäftsjahr den zulässigen Höchstbetrag übersteigt, so hat der Versicherungsträger den Mehraufwand durch eine besondere Umlage¹⁾ binnen Jahresfrist hereinzubringen. Diese Bestimmung, durch welche eine allzu opulente Ausgabenwirtschaft eines Versicherungsträgers dessen Mitgliedern gewissermaßen ad oculos demonstriert und fühlbar gemacht wird, dürfte sich in der Praxis sehr wirksam erweisen. Umgekehrt spornt das AngVG. auch in positiver Weise zu sparsamer Verwaltung an, indem es in § 112, Abs. 5, gestattet, daß beim Zurückbleiben des Verwaltungsaufwandes hinter den gesetzlichen Höchstgrenzen der erübrigte Betrag dem Unterstützungsfonds zufließen darf.

Abgesehen von der Bestreitung der Pflichtleistungen und der Verwaltungskosten können die Mittel der Versicherungsträger innerhalb gewisser Grenzen auch für Zwecke der erweiterten Heilfürsorge herangezogen werden. § 118, Abs. 1, AngVG. setzt das Höchstmaß der diesbezüglichen Aufwendungen bei den Versicherungskassen und den Sonderversicherungsanstalten mit 6 und bei der Hauptanstalt mit 3 Tausendteilen der Summen der für die Krankenversicherung in Betracht kommenden Beitragsgrundlagen fest.

Als letzter Verwendungszweck wird endlich vom AngVG. die Ansammlung von Sicherheitsreserven sowie die Bildung des für Wohlfahrtsausgaben bestimmten Unterstützungsfonds angeführt. In ersterem Belange bestimmt § 119, Abs. 1, AngVG., daß die Überschüsse aus der Jahresgebarung der Krankenversicherungsträger dem Reservefonds, hingegen der aus der Jahresgebarung stammende Vermögenszuwachs der Träger der Unfall- und Pensionsversicherung dem Fonds zur Sicherstellung der Renten und Anwartschaften (Deckungsreserve) zuzuweisen sind. Durch diese Reservenbildung werden solide Unterlagen für die Vermögensgebarung der Versicherungsträger geschaffen, ohne daß, wie dies beim früheren Kapitalsdeckungsverfahren der Fall war, der Volkswirtschaft allzu bedeutende Geldmittel entzogen werden.²⁾ Neben dem Reservefonds haben speziell die Träger der

¹⁾ Die Umlage unterliegt der Genehmigung des BM. für soziale Verwaltung.

²⁾ Dieses Moment spielt gerade in Österreich anlässlich der daselbst herrschenden Kapitalsarmut eine ausschlaggebende Rolle. Dennoch ist es fraglich, ob nicht in der Pensionsversicherung eine etwas stärkere Deckung der Anwartschaften am Platze gewesen wäre, um ein unvermittelt hohes Ansteigen der Beiträge für die Zukunft zu vermeiden. Die von der Hauptanstalt für Angestelltenversicherung mit 31. Dezember 1928 ausgewiesene Deckungsreserve betrug buchmäßig 41,775.283 S. Tatsächlich waren jedoch die in diesem Zeitpunkte vorhandenen Reservebestände etwas niedriger, weil die in den Monaten November und Dezember 1928 vorgeschriebenen Beiträge für die Hauptanstalt erst im Jänner, bzw. Februar 1929 fällig wurden.

Krankenversicherung noch einen Unterstützungsfonds zu bilden. Diese Einrichtung wurde durch die II. Novelle zum AngVG. in der Absicht neu geschaffen, in berücksichtigungswerten Fällen auch dann ein helfendes Eingreifen zu ermöglichen, wenn eine gesetzliche Leistungspflicht der Kassen nicht besteht. Auf diese Weise wird eine nicht unbedeutende Ausweitung ihrer sozialen Fürsorgetätigkeit herbeigeführt.¹⁾ Dem Unterstützungsfonds fließen außer Geldstrafen und den am Etat der Verwaltungskosten erzielten Ersparungen auch gewisse Dotationen der Krankenversicherungsträger aus deren Jahresüberschüssen²⁾ zu.

b) Die Vermögensanlage. Die hierüber in § 119 AngVG. enthaltenen Vorschriften³⁾ sind von der Absicht geleitet, den Kreis der zulässigen Anlagemöglichkeiten bei Bedachtnahme auf ausreichende Sicherheit tunlichst zu erweitern. Im einzelnen gestattet das Gesetz folgende fruchtbringende Anlagen verfügbarer Vermögensbestände: In mündelsicheren,⁴⁾ an der Börse kotierten Wertpapieren und Darlehen auf solche;⁵⁾ in Darlehen an den Bund und die Länder sowie an andere umlagenberechtigte Körperschaften öffentlichen Rechtes sowie in der Belehnung von Lagerscheinen öffentlicher Lagerhäuser; in Ertrag abwerfenden inländischen Liegenschaften sowie in mündelsicheren verbücherten Darlehen auf solche;⁶⁾ in Einlagen bei inländischen Sparkassen. Zur Bereithaltung des Bedarfes an flüssigen Mitteln können auch Einlagen auf laufende Rechnung bei der Postsparkasse oder bei anderen Kreditunternehmungen von anerkanntem Rufe gemacht werden. Neben diesen allgemeinen Anlagevorschriften enthält § 119, Abs. 4 und 5, AngVG. noch spezielle Anordnungen über die Veranlagung der Reservebestände, die auf eine zwangsläufige Begünstigung gewisser öffentlich-rechtlicher Schuldverschreibungen hinauslaufen. So

1) Insbesondere können die Kassen auf diese Weise auch gewisse Härten des Gesetzes in der Praxis mildern.

2) Die Zuweisungen dürfen, solange der Reservefonds noch nicht den dreijährigen Durchschnitt der Jahresausgaben erreicht hat, 25 Prozent des Jahresüberschusses, andernfalls aber 50 Prozent desselben nicht übersteigen.

3) Diese finden ihre Ergänzungen in dem Runderlasse des BM. für soziale Verwaltung vom 30. April 1926, Z. 14.102, betreffend die Vermögensanlage der Sozialversicherungsträger (abgedruckt in den »Amtlichen Nachrichten« dieses BM., VIII. Jahrgang, S. 169—170). Obgleich dieser Erlaß noch vor Gesetzwerdung des AngVG. erließ, sind seine die Rechtsauffassung der Aufsichtsbehörde zum Ausdruck bringenden Weisungen auch dormalen noch für die Träger der Angestelltenversicherung von Bedeutung.

4) Siehe die Liste der in neuerer Zeit mit dem Erfordernis der Mündelsicherheit ausgestatteten Wertpapiere bei Kerber a. a. O., S. 561.

5) Derartige Darlehen auf Wertpapiere dürfen nur auf längstens ein Jahr und höchstens bis zur Hälfte ihres Börsenwertes gewährt werden.

6) Die Vermögensanlage in Hypotheken ist nur insofern statthaft, als die betreffenden Liegenschaften während der ganzen Dauer des Darlehens im vollen Werte gegen Elementarschäden und, soweit es sich um industriellen oder gewerblichen Zwecken dienende Realitäten handelt, auch gegen den durch solche Schäden verursachten Betriebsstillstand versichert sind.

muß mindestens je ein Achtel der von den Trägern der Unfall- und Pensionsversicherung angesammelten Deckungsreserven in Wertpapieren des Bundes und der Länder, bzw. Gemeinden, ferner ein Zehntel hievon in den Zwecken der Wohnungsfürsorge dienenden Obligationen und Schuldverschreibungen¹⁾ angelegt werden.²⁾ Der Reservefonds der Krankenversicherungsträger, bei denen es vornehmlich auf stetige Mobilhaltung ankommt, ist mindestens zu einem Drittel in mündelsicheren, börsenmäßig kotierten Wertpapieren, bzw. in inländischen Sparkassenguthabungen zu veranlagen. Schließlich schreibt § 119, Abs. 6, AngVG. noch der Hauptanstalt und den Sonderversicherungsanstalten vor, daß ihre Vermögensanlagen in den einzelnen Bundesländern möglichst der Zahl der in diesen beschäftigten Versicherten entsprechen sollen.³⁾

§ 85. Das Verfahren in der Angestelltenversicherung.

Das Wesen der Sozialversicherung als einer eminent gemeinnützigen Einrichtung beeinflußt auch die Natur und den Gang des ihr anhaftenden Verfahrens. Dessen Eigentümlichkeiten treten namentlich dort hervor, wo es sich um die Durchsetzung von Leistungsansprüchen handelt. Hiebei sind es vorwiegend zwei Maximen, die das Verfahren beherrschen. Die eine ist der Grundsatz der materiellen Wahrheitsforschung. Diesem zufolge haben alle im Zuge des Verfahrens tätig werdenden Faktoren, also sowohl die Versicherungsträger als auch die Schiedskommissionen, Versicherungsgerichte und Aufsichtsbehörden im öffentlichen Interesse darauf hinzuwirken, daß die aus dem Versicherungsverhältnis entspringenden Rechte und Pflichten durch Auffindung des wahren Sachverhaltes geklärt werden. Es wird daher, wenn einmal der Anspruch erhoben ist, innerhalb des durch das Parteibegehren gezogenen Rahmens von Amts wegen alles Nötige vorgekehrt, um den Fall aufzuhellen und auf Basis dieser Feststellungen den geltend gemachten Anspruch der Verwirklichung zuzuführen. Der zweite Grundsatz, der dem Versicherungsverfahren seine eigentümliche Prägung verleiht, ist die Zurückdrängung aller unnötigen Formalitäten. An deren Stelle tritt möglichste Einfachheit und Durchsichtigkeit des prozessualen Vorganges, um auch den rechtsunkundigen und weniger geschäftsgewandten Personen, die hier als Parteien in Frage kommen, vollen Einblick in alle Stadien des Verfahrens zu gestatten. Hiedurch soll

1) Vgl. näheres hierüber bei Kerber, a. a. O., S. 563.

2) Im Jahresbericht der Hauptanstalt für Angestelltenversicherung für 1928 wird die Veranlagung ihres Vermögens folgendermaßen ausgewiesen: a) Realitäten 3,970.000 S; b) Hypotheken 1,986.000 S; c) Wertpapiere 3,545.000 S; d) Darlehen 4,776.000 S; e) Guthaben bei Kreditinstituten und Sparkassen 16,130.000 S; f) Forderungen, namentlich solche an rückständigen Beiträgen 8,642.000 S.

3) Eine von den geschilderten Vorschriften abweichende Art der Vermögensanlage ist nur mit fallweiser Zustimmung des BM. für soziale Verwaltung statthaft.

das Vertrauen der Arbeitnehmer zur Sozialversicherung gesteigert und die Durchsetzung ihrer Rechte erleichtert werden.

Diese allgemeinen Grundsätze spiegeln sich nun auch in den Verfahrensvorschriften des AngVG. wieder. Bei Untersuchung derselben müssen wir das Verfahren vor den Versicherungsträgern von dem Verfahren vor den Schiedsgerichten und vor den Verwaltungsbehörden auseinanderhalten.

I. Das Verfahren vor den Versicherungsträgern. Hierüber treffen die §§ 89 bis 95 AngVG. ausführliche Bestimmungen, die insbesondere das Verfahren bei An- und Abmeldung der Versicherungspflichtigen, bei Erstattung von Änderungsanzeigen und Auskunftserteilungen, bei Erhebung von Ansprüchen sowie das Bescheid- und Rechtsmittelwesen regeln.

a) Die An- und Abmeldung der Versicherungspflichtigen obliegt den Dienstgebern. Diese sind verpflichtet, jeden bei ihnen beschäftigten, den Bestimmungen des AngVG. unterliegenden Angestellten binnen drei Tagen nach Eintritt in die versicherungspflichtige Beschäftigung in der hiefür vorgeschriebenen Form zur Versicherung anzumelden und innerhalb dreier Tage nach Beendigung des Dienstverhältnisses abzumelden.¹⁾ Die Meldung hat, falls zur Durchführung der Versicherung eine Sonderanstalt berufen ist, bei dieser, sonst bei der zuständigen Versicherungskasse zu erfolgen.²⁾ Der Dienstnehmer hat die vom Dienstgeber zu erstattende Anmeldung mitzufertigen, kann also deren Richtigkeit kontrollieren.³⁾ Es steht ihm frei, die Anmeldung selbst durchzuführen, wenn sie der Dienstgeber nicht fristgerecht vornimmt;⁴⁾ auch kann er den auf seine Familienverhältnisse Bezug nehmenden Teil der Anmeldung unmittelbar bei der zuständigen Stelle erstatten, wobei er natürlich für die Richtigkeit dieser Angaben die Verantwortung zu tragen hat. Der Versicherungsträger hat, falls die Meldung nicht bescheidmäßig erledigt wird,⁵⁾ deren Empfang dem Dienstgeber und dem Dienstnehmer binnen einem Monat zu bestätigen.

1) Die Unterlassung der vorgeschriebenen Meldung begründet Straffälligkeit und Nachzahlungspflicht für den Dienstgeber und den allfälligen Verlust der Beitragszeiten für den Dienstnehmer.

2) Die Meldepflicht gilt noch nicht mit der postalischen Aufgabe des Anzeigenschreibens, sondern erst mit dessen Einlangen bei der zuständigen Stelle als erfüllt.

3) Deshalb machen unwahre Angaben in den Meldungen auch beide Teile, den Dienstgeber sowie den Versicherten, straffällig. Die in § 101 AngVG. hiefür angedrohten Strafen sind ziemlich strenge (Geldstrafen bis zu 1000 S., im Nichteinbringungsfalle Arrest bis zu 3 Monaten).

4) Da die Angestellten schon im Hinblick auf die Anrechnung ihrer Dienstzeiten das größte Interesse an der Versicherung haben, kommt diesem suppletorischen Anmeldeungsrecht, das ihnen das AngVG. einräumt, praktische Bedeutung zu.

5) Die Hinausgabe eines Bescheides wird insbesondere dann entfallen können, wenn sowohl der Versicherungsträger wie auch Dienstgeber und Dienstnehmer bezüglich der Versicherung einig sind, was, praktisch genommen, durch die einverständliche Anmeldung und deren Bestätigung durch den Versicherungsträger zum Ausdruck kommt.

b) Änderungsanzeigen und Auskunftspflicht. Die unmittelbar und mittelbar Versicherten haben jede Änderung in ihren Verhältnissen, sofern sie für die Versicherung von Belang ist, binnen 14 Tagen anzuzeigen. Zu derlei Veränderungen zählen z. B. Vergrößerungen oder Verkleinerungen des Familienkreises, Entfall der Voraussetzungen für einen Bezug, Übersiedlung ins Ausland, Wiederverheiratung einer Witwe u. dgl. Gehaltsveränderungen haben die Versicherten¹⁾ nicht anzuzeigen, da diese dem Versicherungsträger ohnehin aus den regelmäßigen Beitragsabfuhranzeigen der Dienstgeber bekannt werden und überdies aus den von letzteren zu führenden Gehaltslisten ersichtlich sind. Was die Auskunftspflicht anbelangt, so trifft sie nicht nur den Dienstgeber und die von ihm Beschäftigten, sondern auch die Mitglieder des Betriebsrates, bzw. die Vertrauensmänner. Alle diese sind gehalten, den anfragenden Behörden und Versicherungsträgern oder deren Vertretern über sämtliche das Versicherungsverhältnis betreffenden Umstände jederzeit Auskunft zu erteilen.²⁾ Die Dienstgeber haben diesen Vertretern auch Einsicht in jene Aufzeichnungen zu gewähren, die zur Klarstellung der für die Versicherung maßgebenden Verhältnisse dienlich sind. Hierzu gehören insbesondere die Gehaltslisten, zu deren Führung § 113, Abs. 1, AngVG. die Dienstgeber verpflichtet. Dies sind fortlaufend zu führende, der Ermittlung und Evidenzhaltung der Beitragsgrundlagen dienende Aufzeichnungen, aus denen die Unterlagen der jeden einzelnen Versicherten betreffenden Beiträge ersichtlich sein müssen. Die näheren Vorschriften über Form und Inhalt dieser Gehaltslisten wurden im Verordnungswege erlassen.³⁾

c) Die Erhebung von Ansprüchen. Alle auf Leistungen nach dem AngVG. abzielenden Ansprüche sind unter Beibringung der erforderlichen Nachweise bei jenem Versicherungsträger anzumelden,⁴⁾ der zur Entgegennahme der laufenden An- und Abmeldungen berufen ist. Was die Form der Anspruchserhebung anbelangt, so trifft, soweit es sich um Ansprüche aus der Krankenversicherung handelt, die Krankenordnung die näheren Bestimmungen. Kommt jedoch eine seitens des Anspruchwerbers behauptete Berufsunfähigkeit in Frage,

1) Wohl aber krankenversicherte Invaliditätsrentenempfänger, deren allfällige Gehaltsbezüge, wenn sie 80 S im Monat übersteigen, gemäß § 44 AngVG. das teilweise Ruhen der Rente bewirken können.

2) Diese Auskunft muß eine wahrheitsgetreue sein. Sonst tritt Straffälligkeit nach § 101 AngVG. ein.

3) Dies geschah durch die III. Durchführungsvdg. zum AngVG. vom 24. Juni 1927, B. 191, deren auf die Anlage und Führung der Gehaltslisten Bezug nehmenden §§ 6—9 und 14 durch die Vdg. vom 23. November 1928, B. 310, eine neue Fassung erhielten.

4) Das Feststellungsverfahren über erhobene Ansprüche setzt also nicht von Amts wegen, sondern nur über Antrag der Partei ein. Wohl aber ist es, wenn einmal der Anspruch erhoben ist, von Amts wegen fortzuführen.

so ist diese gemäß § 93, Abs. 2, AngVG. durch ein ärztliches Zeugnis nachzuweisen, das durch einen Vertrauensarzt des Pensionsversicherungsträgers auf seine Richtigkeit überprüft werden kann. Die erforderlichen Erhebungen läßt die Hauptanstalt in der Regel durch die zuständige Versicherungskasse vornehmen. Über Antrag des Versicherten ist das Verfahren zur Feststellung seiner Berufsunfähigkeit auch dann durchzuführen, wenn er sich noch in versicherungspflichtiger Beschäftigung befindet. Vom Ergebnis ist der Anspruchswerber schriftlich zu verständigen. Für die zu gewärtigenden Verfahrenskosten hat derselbe eine Sicherstellung¹⁾ zu leisten, die bei Verneinung der Berufsunfähigkeit zugunsten des Versicherungsträgers als verfallen erklärt werden kann. Wird die Berufsunfähigkeit jedoch anerkannt, so ist die Sicherstellung zurückzugeben; auch ist der Versicherungsträger an diese Anerkennung durch ein Jahr gebunden. Ist der Anspruch auf Zuerkennung einer Invaliditätsrente abgewiesen oder eine solche Rente entzogen worden, so kann der Anspruch hierauf vor Ablauf eines Jahres nur dann erneuert werden, wenn durch ein ärztliches Zeugnis²⁾ glaubhaft gemacht wird, daß eine wesentliche Änderung des zuletzt festgestellten Gesundheitszustandes vorliegt.

d) Bescheide und Rechtsmittel. Unter »Bescheid« im Sinne des AngVG. versteht man schriftliche, mit einer Rechtsmittelbelehrung³⁾ versehene Verständigungen, die seitens der Versicherungsträger an Dienstgeber oder Dienstnehmer hinausgegeben werden und die hinsichtlich des in ihnen formalisierten Tatbestandes⁴⁾ mangels Anfechtung durch die Parteien so wie behördliche Bescheide in Rechtskraft erwachsen können. Das AngVG. hat das in der früheren Pensionsversicherung überwuchernde Bescheidwesen ziemlich zurückgedrängt. Es beschränkt deren Hinausgabe auf eine Reihe von Fällen, die im § 94 taxativ aufgezählt werden. Lassen daher die Versicherungsträger in anderen, nicht unter die Normen des § 94 fallenden Angelegenheiten schriftliche Verständigungen an die Parteien ergehen, so sind diese bloß als Korrespondenzen zu betrachten, die der formellen Rechtskraft nicht fähig sind.⁵⁾ Zu den Fällen, in denen den Beteiligten Bescheide zuzustellen sind, zählen nun: Die Ablehnung von An- und Abmeldungen versicherungspflichtiger Personen; die Einbeziehung eines nicht ordnungsmäßig vom Dienstgeber Gemeldeten in die Versicherungspflicht; die Einforderung von Beiträgen, Nebengebühren und Nachtrags-

1) Die Höhe dieser Sicherstellung beträgt derzeit 50 S.

2) Mangels eines solchen Zeugnisses ist der neuerliche Antrag ohne weiteres Verfahren abzuweisen.

3) Diese Belehrung hat die Art des Rechtsmittels (Klage oder Einspruch), ferner die im Einzelfalle zuständige Instanz und endlich auch die Frist anzugeben, innerhalb welcher der Bescheid angefochten werden kann.

4) Diesem Tatbestand muß ein konkretes Versicherungsverhältnis zugrunde liegen.

5) Solche Verständigungen können daher auch jederzeit zurückgenommen werden, da sie den Versicherungsträger nicht binden.

zahlungen; die Ablehnung von Ansprüchen oder Entziehung von Leistungen aus der Krankenversicherung; die Feststellung der Bemessungsgrundlagen auf Grund der letzten 60 Monate vor dem Bemessungszeitpunkt; die Zuerkennung oder Ablehnung von Ansprüchen oder die Entziehung von Leistungen aus der Unfall- und Pensionsversicherung; die Rückforderung ungebührlicher Bezüge. Es sind somit die wichtigsten Fragenkomplexe, welche als bescheidfähig anzusehen sind.

Was nun die gesetzlichen Fristen für die Hinausgabe der Bescheide anbelangt, so sind solche über Ansprüche aus der Krankenversicherung binnen zwei Wochen und solche über Ansprüche aus der Unfall- oder Pensionsversicherung binnen vier Wochen nach Anmeldung des Anspruches zu erlassen. Sie haben im Falle der Anerkennung desselben zugleich Höhe und Berechnung der zuerkannten Leistung, im Falle der Ablehnung deren Begründung zu enthalten. Derartige Bescheide sowie solche, durch welche eine Rückforderung ungebührlicher Bezüge erfolgt, können gemäß § 94, Abs. 3, AngVG. nur im Wege der Klage beim zuständigen Schiedsgericht angefochten werden, u. zw. bei Ansprüchen aus der Krankenversicherung binnen einem Monat, bei solchen aus der Unfall- und Pensionsversicherung binnen sechs Monaten nach Zustellung.¹⁾ Klageberechtigt ist der Anspruchswerber oder dessen Rechtsnachfolger. Diesen steht übrigens innerhalb der genannten Fristen die Klagemöglichkeit beim Schiedsgericht auch dann offen, wenn über einen Anspruch der genannten Art ein Bescheid nicht fristgerecht erlassen wurde. Im Unterschiede zu diesen

¹⁾ Das AngVG. macht also hinsichtlich der Schiedsgerichtsbarkeit zwischen Leistungsansprüchen aus der Krankenversicherung einerseits und jenen aus der Unfall- und Pensionsversicherung andererseits keinen Unterschied, obgleich ein solcher im Wesen dieser Ansprüche wohl begründet wäre. Sind doch die ersteren nur auf vorübergehende Leistungen abgestellt, während bei Beurteilung der Rentenansprüche namentlich der aus der Invalidität abgeleiteten, zumeist über das Schicksal eines ganzen Menschenlebens entschieden wird. Die neuesten Sozialversicherungsgesetze, u. zw. § 235 ArbVG. sowie § 211 LandarbVG. verweisen daher mit gutem Grund Streitigkeiten über Leistungsansprüche aus der Krankenversicherung an die zuständigen Schiedskommissionen, während Klagen auf sonstige Versicherungsleistungen an die Versicherungsgerichte, somit an mit Unabhängigkeitscharakter ausgestattete richterliche Instanzen zu gehen haben. Es muß als bedauerlich bezeichnet werden, daß das AngVG., wengleich als vorläufiges Provisorium gedacht, einen anderen Weg eingeschlagen und auch die Leistungsansprüche aus der Unfall- und Pensionsversicherung der inappellablen Entscheidung von Schiedsgerichten überlassen hat, deren Zusammensetzung und Verfahren keine ausreichenden Sicherheiten für eine sachgemäße, alle die verschiedenartigen arbeitsrechtlichen Vorfragen berücksichtigende Rechtsprechung bieten. Es ist jedoch zu hoffen, daß die bevorstehende gesetzliche Einführung von Versicherungsgerichten den Anlaß bieten wird, um die erwähnte Inkongruenz zwischen dem AngVG. einerseits und den beiden späteren Sozialversicherungsgesetzen andererseits auszugleichen. Siehe über die hier berührten Fragen der schiedsgerichtlichen Kompetenz in Versicherungsangelegenheiten auch die interessanten Reformvorschläge von Leitich in dessen Artikel: »Krise der Schiedsgerichte in der österreichischen Sozialversicherung«, Juristische Blätter, 58. Jahrgang, Nr. 4, S. 76—78.

die Leistungsansprüche betreffenden Bescheiden sind alle übrigen von den Versicherungsträgern erlassenen Bescheide binnen zwei Wochen nach Zustellung schriftlich oder telegraphisch beim Landeshauptmann durch Einspruch¹⁾ anfechtbar. So gibt es hier zweierlei Geleise, welche die in Frage kommenden Angelegenheiten je nach ihrer inneren rechtlichen Natur entweder auf das schiedsgerichtliche oder auf das administrative Verfahren²⁾ hinüberführen.

II. Das Verfahren vor den Schiedsgerichten wird vorläufig noch durch die dürftigen Grundsatzbestimmungen des § 96 AngVG. geregelt. Da jedoch die Erlassung eines Sondergesetzes über die neu einzuführenden Versicherungsgerichte³⁾ in baldiger Aussicht steht, kommt den diesbezüglichen Normen des AngVG. nur ein provisorischer Charakter zu. Gemäß § 96, Abs. 1, ist nun für jedes Bundesland am Sitze der Versicherungskasse ein Schiedsgericht zu errichten. Jenes für Wien ist sowohl für die Sonderversicherungsanstalten als auch für alle Wiener Kassen zuständig. Das Schiedsgericht besteht aus einem ständigen Vorsitzenden und je einem Beisitzer aus dem Kreise der Dienstgeber und Dienstnehmer. Ersterer wird dem Richterstande entnommen und vom BM. für Justiz im Einvernehmen mit dem BM. für soziale Verwaltung ernannt. Die Beisitzer hingegen werden von den Hauptversammlungen der Sonderversicherungsanstalten und der Kassen gewählt. Sie dürfen, um in voller Unabhängigkeit ihres Amtes walten zu können, weder Mitglieder eines Verwaltungskörpers eines Versicherungsträgers noch Angestellte eines solchen sein. Klagen, die sich gegen Bescheide der Hauptanstalt richten, sind beim Schiedsgericht jener Kasse zu erheben, die nach dem letzten Dienstort des Klägers zuständig ist. Rechtsmittel oder Klagen gegen das schiedsrichterliche Erkenntnis sind nicht zulässig. Die näheren Vorschriften über die Zusammensetzung der Schiedsgerichte, das Verfahren vor denselben sowie die Pflichten und eine allfällige Entlohnung der Beisitzer sind dem Verordnungswege vorbehalten. Eine derartige Vdg. wird dem Vernehmen nach bereits in allernächster Zeit erscheinen. Hiemit werden dann die bisher noch in Kraft stehenden für die früheren Schiedsgerichte der Pensionsversicherung im Verordnungswege erlassenen Verfahrensvorschriften⁴⁾ ihre Geltung verlieren.

1) Dieser Einspruch hat keine aufschiebende Wirkung.

2) Hinsichtlich dieses letzteren gelten die Vorschriften des Allgemeinen Verwaltungsverfahrensgesetzes vom 21. Juli 1925, B. 274.

3) Diese Versicherungsgerichte werden voraussichtlich ihre Wirksamkeit auf das Gesamtgebiet der Sozialversicherung, somit auf die Angestellten-, die Arbeiter- und die Landarbeiterversicherung zu erstrecken haben. Es ist beabsichtigt, ihnen einen instanzmäßigen Aufbau zu geben und insbesondere durch Schaffung eines Versicherungsobergerichtes für Einheitlichkeit der Rechtsprechung Sorge zu tragen.

4) Diese gründen sich auf die MinVdg. vom 10. Oktober 1908, R. 223, in der durch die Vdg. vom 28. September 1914, R. 262, abgeänderten Fassung. Näheres hierüber siehe bei Kerber, a. a. O., S. 532, sowie in der Schrift von Zampis: »Zur Schiedsgerichtsbarkeit in der österreichischen Sozialversicherung«, Wien 1928.

III. Das Verfahren vor den Verwaltungsbehörden. Diese sind berufen, Streitigkeiten der Versicherungsträger untereinander¹⁾ zu entscheiden. In erster Reihe kommt hierfür das BM. für soziale Verwaltung in Betracht, das auch als Aufsichtsbehörde über sämtliche nach dem AngVG. bestehende Versicherungseinrichtungen fungiert. In dieser Eigenschaft ist das BM. berechtigt, die Versicherungsträger einer Untersuchung zu unterziehen, die Vorstände derselben, wenn sie ungeachtet zweimaliger schriftlicher Verwarnung gesetzliche oder satzungsgemäße Vorschriften außer acht lassen, aufzulösen und die vorläufige Geschäftsführung einem Verwalter²⁾ zu übertragen, dem ein aus Dienstgeber- und Dienstnehmervertretern bestehender Beirat zur Seite zu stellen ist. Ferner kann der BM. für soziale Verwaltung zur unmittelbaren Handhabung der Aufsicht besondere Kommissäre bestellen, die berechtigt sind, an den Sitzungen der Hauptversammlung und des Vorstandes mit beratender Stimme teilzunehmen. Diesen Beauftragten steht auch die Befugnis zu, Beschlüsse, die dem Gesetz oder dem Statut zuwiderlaufen, bis zur Entscheidung der Aufsichtsbehörde, Beschlüsse des Vorstandes, die geeignet sind, dem Versicherungsträger einen unwiederbringlichen Schaden zuzufügen, bis zur Entscheidung durch die Hauptversammlung mittels Einspruches zu hemmen.³⁾ So sind denn dem BM. für soziale Verwaltung als dem obersten Organ der amtlichen Sozialversicherung weitgehende Kontrollrechte⁴⁾ eingeräumt, die ein gewisses Korrektiv zu der umfassenden Autonomie der Versicherungsträger bilden. Abgesehen von dieser beaufsichtigenden Tätigkeit steht dem BM. für soziale Verwaltung aber auch eine entscheidende Funktion zu. Insbesondere werden Streitigkeiten der Versicherungsträger untereinander vom genannten BM. mit Ausschluß des ordentlichen Rechtsweges entschieden. Bei der in der Praxis am häufigsten vorkommenden Gruppe derartiger Streitigkeiten —

1) Solche Streitigkeiten sind vor allem über die örtlichen und sachlichen Zuständigkeiten in konkreten Versicherungsfällen möglich, dann auch über die gegenseitige Verrechnung zwischen Versicherungskassen und der Hauptanstalt, ferner über Ersätze aus dem Titel geleisteter Verwaltungshilfe u. dgl. mehr.

2) Die Funktionsdauer dieses Verwalters ist jedoch eine zeitlich beschränkte. Er hat gemäß § 98, Abs. 1, AngVG. binnen 8 Wochen nach Auflösung des Vorstandes die Hauptversammlung zur Neuwahl desselben einzuberufen.

3) Es kann also nur gesetz- oder satzungswidriges Verhalten durch die Aufsichtsbehörde selbst verhindert werden, während zweckwidrige Beschlüsse des Vorstandes der Überprüfung durch das vorgesetzte autonome Organ, das ist die Hauptversammlung, zugeführt werden. Der Einspruch des Aufsichtskommissärs ist binnen zwei Tagen, nachdem er von dem Beschlusse Kenntnis erlangt hat, dem Vorstand mitzuteilen. Trifft die Aufsichtsbehörde über den wegen eines gesetz- oder satzungswidrigen Beschlusses erhobenen Einspruch nicht binnen vier Wochen eine Verfügung, so wird der Einspruch wirkungslos und kann der dadurch gehehmte Beschluß vollzogen werden.

4) Die Ausübung derselben verursacht naturgemäß gewisse Kosten. Zu deren Deckung haben die Versicherungsträger eine Aufsichtsgebühr zu entrichten, deren Höhe vom BM. für soziale Verwaltung in einem gewissen Prozentsatz der eingehobenen Beiträge — dieser schwankt derzeit bei den einzelnen Versicherungsträgern zwischen 4 und 7½ Zehnteln vom Tausend — bestimmt wird.

das sind jene über die örtliche und sachliche Zuständigkeit in konkreten Versicherungsangelegenheiten — entscheidet jedoch gemäß § 63 AngVG. in erster Instanz der nach dem Dienstort des Versicherten zuständige Landeshauptmann, gegen dessen Spruch die Berufung an das BM. für soziale Verwaltung offen steht. Alle übrigen aus dem Versicherungsverhältnis entspringenden Streitigkeiten zwischen den Versicherungsträgern werden unmittelbar vom BM. entschieden. Handelt es sich hingegen um Streitfälle zwischen Gemeinden¹⁾ oder anderen öffentlich-rechtlichen Körperschaften sowie Heil- und Pflegeanstalten einerseits und Versicherungsträgern andererseits, so ist, soweit nicht die Zuständigkeit der Gerichte eintritt, zu deren Austragung ausschließlich der Landeshauptmann berufen, in dessen Gebiet der belangte oder verpflichtete Teil seinen Sitz hat. Aber auch abgesehen von Streitfällen, bestehen zwischen den Versicherungsträgern und den politischen sowie Gemeindebehörden enge Wechselbeziehungen. Namentlich sind diese Behörden gemäß § 100 AngVG. verpflichtet, den an sie gerichteten Ersuchen der Versicherungsträger um Verwaltungshilfe nach Tunlichkeit zu entsprechen und ihnen auch unaufgefordert alle Mitteilungen zukommen zu lassen, die für deren Geschäftsbetrieb von Wichtigkeit sind. Es tritt also ein enges Zusammenwirken mit den lokalen Behörden ein, das nicht nur in der öffentlich-rechtlichen Funktion der Versicherungsträger, sondern auch in ihrer so gemeinnützigen Tätigkeit seine Rechtfertigung findet.

Drittes Kapitel.

Die Arbeiterversicherung.²⁾

§ 86. Der Umfang der Arbeiterversicherung.

I. Die Pflichtversicherung. Das die Arbeiterversicherung regelnde ArbVG. vom 1. April 1927, B. 125, umfaßt in sachlichem Belange drei große Zweige: die Kranken-, die Unfall- sowie die Alters- und Invaliditätsversicherung. Hinsichtlich des persönlichen Umfanges

¹⁾ Zu den Streitfällen zwischen Versicherungsträgern und Gemeinden gehören insbesondere jene über die Spitalsverpflegskosten.

²⁾ Bei Darstellung dieser Materie ergab sich eine nicht unbeträchtliche Schwierigkeit. Zur Zeit, in welcher dieser Teil des Werkes bearbeitet wurde (Frühjahr 1929), sowie auch bei Herausgabe des Buches selbst standen auf dem Gebiete der Arbeiterversicherung noch die aus früherer Zeit stammenden Kranken- und Unfallversicherungsvorschriften in Geltung, wohingegen das am 1. April 1927 beschlossene neue Arbeiterversicherungsgesetz zwar schon kundgemacht, jedoch mit Ausnahme weniger, die provisorische Altersfürsorge betreffender Teile in seinem Wirksamkeitsbeginne auf unbestimmte Zeit hinausgeschoben war. Wenn sich der Verfasser dennoch dazu entschloß, der folgenden Darstellung des Arbeiterversicherungsrechtes nicht mehr die veralteten, durch zahlreiche Novellen aufgeklärten Gesetzesvorschriften, sondern das aus einheitlichem Guß entstandene neue Recht zugrunde zu legen, so geschah

der Versicherungspflicht ist das ArbVG. weniger kasuistisch gehalten wie das AngVG. Der Aufbau des ArbVG. wird vielmehr von zwei wichtigen Grundsätzen beeinflusst, von jenem der »Ex lege-Versicherung« sowie vom Prinzip der »Identität des Personenkreises«. Der erste Grundsatz will besagen, daß jeder Arbeiter beim Eintritt in ein versicherungspflichtiges Arbeits-, Dienst- oder Lehrverhältnis von Gesetzes wegen als versichert gilt¹⁾ und somit durch die bloße Tatsache seiner Beschäftigung Anspruch auf Versicherungsleistungen erwirbt, auch wenn eine Meldung hierüber an die Kasse nicht erstattet wurde. Auf diese Art wird dem Arbeitnehmer ein unbedingter Versicherungsschutz zuteil, der schon des großen Risikos wegen, das er den Versicherungsträgern auferlegt, die Abstellung der Versicherungspflicht auf einen möglichst weiten und auch verwaltungstechnisch leicht erfassbaren Personenkreis erfordert. Deshalb umgrenzt § 3 ArbVG. diesen letzteren mit einer ebenso umfassenden als elastischen Formel, der in § 4 ArbVG. eine nur knapp gehaltene Liste von Ausnahmen gegenübergestellt wird. Das zweite die Arbeiterversicherung beherrschende Prinzip ist jenes der »Identität des Personenkreises«, wonach jeder Arbeiter, der krankenversicherungs-pflichtig ist, zugleich der Versicherungspflicht in der Unfall- und Invalidenversicherung unterliegt.²⁾ Beide Grundsätze zusammengenommen bewirken nicht nur eine restlose Erfassung aller Versicherungspflichtigen, sondern auch eine wesentliche Vereinfachung des Verfahrens und eine ökonomische Gestaltung des Versicherungsapparates.

Wenn wir uns nun den positiv-rechtlichen Vorschriften des ArbVG. über den Umfang der Versicherungspflicht zuwenden, so steckt dieses Gesetz zunächst seinen Wirkungsbereich gegenüber den anderen Sozialversicherungsgesetzen dadurch ab, daß es in § 2 die in der

dies in der Zuversicht, daß die Inkraftsetzung desselben nicht mehr allzulange auf sich warten lassen wird. Aber auch sachliche Erwägungen sprachen dafür, die Benützer dieses Werkes gleich in das neue, mit den übrigen Sozialversicherungsgesetzen, insbesondere mit dem AngVG. und dem LandArbVG. in enger Kongruenz stehende Recht der Arbeiterversicherung einzuführen und sie nicht mit Einzelheiten der absterbenden Vorschriften zu belasten. Um jedoch anderseits in den für die Praxis wichtigsten Fragen auch über den gegenwärtigen Rechtszustand eine Orientierung zu bieten, wurden in die Darstellung des neuen Rechtes mannigfache Hinweise auf die noch geltenden Normen eingearbeitet, die gleichzeitig ein interessantes Vergleichsmaterial ergeben und die Entwicklungstendenzen der österreichischen Arbeiterversicherung deutlich erkennen lassen.

¹⁾ Infolge der Anwendung dieses Grundsatzes wird die Zahl der nach dem ArbVG. Versicherten eine sehr bedeutende sein und insbesondere die große Masse der industriellen, gewerblichen und Bergarbeiter, der Tagelöhner, Hausgehilfen, Geschäftsdienner, Kutscher u. dgl. umfassen. Bundesminister Dr. Resch schätzte die Zahl der Versicherten in seiner am 1. April 1927 im Nationalrat gehaltenen Rede bei normaler Wirtschaft auf annähernd 1,250.000, wozu noch ungefähr ebensoviele Familienangehörige hinzutreten.

²⁾ Dies ist nach dem geltenden Rechte nicht der Fall, da § 1 KrVG. die Versicherungspflicht auf die individuelle Beschäftigung des Arbeiters, § 1 UnfVG. hingegen auf dessen Zugehörigkeit zu einem unfallversicherungspflichtigen Betrieb abstellt. Die beiden Kreise sind daher durchaus verschieden; jener des KrVG. ist weiter, der des UnfVG. bedeutend enger gezogen.

Land- und Forstwirtschaft Beschäftigten, ferner die nach dem AngVG. und dem Krankenversicherungsgesetz der Bundesangestellten Versicherten sowie die im Betriebe der dem öffentlichen Verkehr dienenden Eisenbahnen und ihrer Hilfsanstalten tätigen Personen¹⁾ von vornherein von seiner Wirksamkeit ausschließt. Dann folgt in § 3 ArbVG. die schon erwähnte positive Formel, in der es heißt: »Versicherungspflichtig und nach diesem Gesetz für die Fälle der Krankheit, der Invalidität, des Alters und des Todes sowie für die Folgen eines Arbeitsunfalles versichert ist, wer auf Grund eines Arbeits-, Dienst- oder Lehrverhältnisses berufsmäßig beschäftigt ist. Der Versicherungspflicht unterliegt grundsätzlich auch, wer berufsmäßig als Heimarbeiter oder Mittelsperson im Sinne des Gesetzes über die Heimarbeit vom 19. Dezember 1918, St. 140, beschäftigt ist.« Die Versicherung ist daher eine individuelle,²⁾ die den einzelnen Arbeiter automatisch bei seinem Eintritt in ein Arbeits-, Dienst- oder Lehrverhältnis ergreift.

Ausgenommen von der Versicherungspflicht sind nach § 4 ArbVG. jedoch folgende Gruppen von Arbeitnehmern: Die Bediensteten der Österreichischen Nationalbank sowie jene der dem internationalen Verkehr dienenden Donauschiffahrtsunternehmungen, falls ihnen bei Krankheit, Unfall, Alter und Invalidität Leistungen gesichert sind, die jenen des ArbVG. als gleichwertig betrachtet werden können;³⁾ die Heeresangehörigen des Präsenzstandes,⁴⁾ die Zwischen(Stück)meister im Sinne des Heimarbeitsgesetzes;⁵⁾ die Gattin, die Eltern, Stief- und Schwiegereltern des Arbeitgebers;⁶⁾ endlich Personen, die

1) Für diese Verkehrsbediensteten ist eine ihren speziellen Versicherungsbedürfnissen dienende Sonderregelung in Aussicht genommen. Bis zum Zustandekommen derselben bleiben für sie die bisherigen Vorschriften über die Kranken- und Unfallversicherung in Kraft. Vgl. hierüber auch die Ausführungen auf S. 522.

2) Im Unterschiede zu der kollektiven Versicherung, so wie sie bisher betriebsweise in der Unfallversicherung bestand.

3) Über die Gleichwertigkeit der Leistungen entscheidet der BM. für soziale Verwaltung.

4) Die präsent dienenden Heeresangehörigen sind zwar gemäß § 4, Abs. 1, Z. 2, ArbVG. von der Versicherungspflicht ausgenommen, doch wird ihnen zufolge § 100 ArbVG. die im Heeresdienst zurückgelegte Präsenzdienstzeit im Höchstausmaße von 104 Wochen als auf Grund der Pflichtversicherung zugebrachte Beitragszeit in der Invalidenversicherung angerechnet.

5) Vgl. hierüber die Ausführungen auf S. 421.

6) Kinder und Kindeskinde des Arbeitgebers, die bis zum Wirksamkeitsbeginn der XXIII. Novelle zum KrVG., wenn auch nur unter gewissen Bedingungen — sie durften nicht nach Art und Maß eines versicherungspflichtigen Arbeiters entlohnt sein — versicherungsfrei waren, fallen demnach sowohl nach dem geltenden als auch nach dem künftigen Recht in die Versicherungspflicht. Wie das BM. für soziale Verwaltung in seinem an alle Krankenkassen gerichteten, der Interpretation einiger Bestimmungen der XXIII. Novelle dienenden Erlasse v. 24. Mai 1929, Z. 30.065, ausführt, wird jedoch in den meisten Fällen praktisch genommen eine Änderung nicht eintreten. »Denn auch nach den Bestimmungen der XXIII. Novelle,« so heißt es in dem zitierten Erlasse, »ist das Kind eines Arbeitgebers nur dann als versicherungspflichtig anzusehen, wenn es auf Grund eines Arbeits-, Dienst- oder Lehrverhältnisses bei seinem Vater (Mutter) berufsmäßig beschäftigt ist. Für die Begründung der Ver-

ohne als Hausgehilfen oder als Aufzugwärter, Gärtner, Hausbesorger oder Kraftwagenlenker beschäftigt zu sein, zur Verrichtung von Arbeiten im Einzelhaushalte verwendet werden, wie z. B. Bedienerinnen, Wäscherinnen, Krankenpflegerinnen, Näherinnen und dgl. Bei dieser letzteren Gruppe handelt es sich um verwaltungstechnisch schwer erfassbare Beschäftigungsverhältnisse, die nur deshalb aus der Pflichtversicherung ausgeschlossen wurden, um deren exakte Durchführung nicht übermäßig zu erschweren. Da jedoch andererseits bei derlei weiblichen Bediensteten ein offenkundiges Versicherungsbedürfnis vorhanden ist — es sei nur auf ihr häufig so trauriges Los im Alter verwiesen —, wurde in dieser bei Beratung des ArbVG. viel umstrittenen Frage ein Ausweg insofern gefunden, daß diesen Frauen durch § 6 ArbVG. die Berechtigung zum freiwilligen Beitritt zur Versicherung¹⁾ zuerkannt wurde. Übrigens wurde für die Zukunft durch § 4, Abs. 4, ArbVG. auch die Möglichkeit offen gelassen, einzelne Gruppen dieser im Haushalt beschäftigten Personen durch Vdg. in die Versicherungspflicht einzubeziehen.²⁾

Umgekehrt liegt der Fall bei den Arbeitern³⁾ des Bundes, der Länder, Bezirke und Gemeinden sowie gewisser von diesen Gebietskörperschaften verwalteter Fonds, Stiftungen und Anstalten. Hier sieht das ArbVG. die Einbeziehung dieser öffentlichen Bediensteten in die Versicherung vor, obgleich deren Vertreter im Zuge der parlamentarischen Verhandlungen ihre Ausscheidung aus dem ArbVG. verlangten, weil ihnen die derzeit bestehenden dienstpragmatischen Versorgungseinrichtungen günstiger schienen. Man einigte sich schließlich dahin, diese öffentlichen Arbeiter zwar unter der Herrschaft des ArbVG. zu belassen, der Regierung jedoch durch eine in § 4, Abs. 2, ArbVG. verankerte Ermächtigungsnorm die Möglichkeit zu geben, die Versiche-

sicherungspflicht ist demnach erforderlich, daß das im elterlichen Betriebe tätige Kind einen sonst von einer anderen Arbeitskraft bekleideten Posten versieht und gleich einem anderen Arbeitnehmer in einem deutlich erkennbaren, arbeitsrechtlichen Verpflichtungsverhältnisse steht. Dabei ist es gleichgültig, ob und in welcher Höhe das Kind für seine Arbeitsleistung entlohnt wird.*

1) Dieser freiwillige Beitritt zur Versicherung muß sich auf sämtliche Versicherungszweige beziehen. Im Vdgswegen kann die Berechtigung zum Beitritt von dem Ergebnis einer ärztlichen Untersuchung der Beitrittswerber abhängig gemacht und die Versicherung selbst auf bestimmte Lohnklassen beschränkt werden.

2) Durch die vom BM. für soziale Verwaltung auf Grund der §§ 2, Abs. 2, und 7a, Abs. 3, KrVG., erlassene Vdg. v. 12. Juni 1929, B. 220, wurden in die Versicherungspflicht insbesondere jene Bedienerinnen, Wäscherinnen, Hausnäherinnen usw. einbezogen, die bei einem Arbeitgeber im Durchschnitt mindestens 24 Stunden wöchentlich arbeiten oder die ohne Rücksicht auf ihre Beschäftigungsdauer von einem Arbeitgeber für die Dienstleistungen innerhalb eines Kalendermonates durchschnittlich einen Barlohn in der Höhe von mindestens 40 S erhalten. Ungeachtet des Zutreffens dieser Voraussetzungen besteht jedoch keine Versicherungspflicht, wenn das Arbeitsverhältnis von vornherein nur für einen kürzeren Zeitraum als drei Wochen eingegangen wurde.

3) Es handelt sich somit hier um öffentliche Bedienstete, denen keine Beamten-eigenschaft zukommt.

rungspflicht dieser Bediensteten oder einzelner Gruppen von ihnen durch Vdg. dann aufzuheben, wenn hinsichtlich ihrer Versorgung zumindest gleichwertige Leistungen, wie sie das ArbVG. bietet, gesichert sind.

Dem Ordnungswege ist auch bei anderen Grenzgebieten ein gewisser Spielraum zugebilligt worden. So sind nach § 4, Abs. 3, ArbVG. nebenberufliche, vorübergehende, bzw. der Dauer oder dem Arbeitsentgelt nach geringfügige Dienstleistungen von der Versicherungspflicht insoweit ausgenommen, als dies durch Vdg.¹⁾ bestimmt wird. Ferner ist gemäß § 5 ArbVG. die Versicherung der in der Heimarbeit sowie der bei mehreren Arbeitgebern und der unständig Beschäftigten durch Vdg.²⁾ zu regeln, wobei die Bestimmungen des ArbVG. nur insoweit Geltung finden, als nicht durch Vdg. andere, die Eigenart dieser Beschäftigungsverhältnisse besser berücksichtigende Vorschriften, insbesondere hinsichtlich der Meldungen und Anzeigen, der Versicherungszuständigkeit, des Beginnes und Endes der Versicherung, der Versicherungsbeiträge, des Ausmaßes der Versicherungsleistungen sowie der Standesführung der Versicherten getroffen werden.

II. Die freiwillige Versicherung. Diese kommt, abgesehen von dem bereits besprochenen Fall der Versicherungsberechtigung von Bedienerinnen, Wäscherinnen u. dgl., hauptsächlich für jene Personen in Betracht, welche nach ihrem Austritt aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung die Krankenversicherung freiwillig fortsetzen wollen. Diesbezüglich ordnet nun § 7 ArbVG. an, daß Kassenmitglieder, die im Laufe der letzten 12 Monate durch mindestens 26 Wochen eine nach dem ArbVG. versicherungspflichtige Beschäftigung ausgeübt haben, die Krankenversicherung gegen Zahlung des vollen Beitrages jener Lohnklasse, in die sie bisher eingereiht waren, mindestens aber der fünften Lohnklasse³⁾ freiwillig fortsetzen können, solange sie sich dauernd im Kassensprengel aufhalten und nicht zu einer selbständigen Erwerbstätigkeit oder zu einer Beschäftigung übergehen, durch welche die Versicherungspflicht nach dem ArbVG. oder einem anderen Gesetz begründet wird. Wer die Versicherung freiwillig fortzusetzen beabsichtigt, muß dies binnen zwei Wochen⁴⁾ nach dem Austritt aus der letzten Beschäftigung der Kasse anzeigen. Das Recht auf Fortsetzung der Versicherung erlischt, wenn der Versicherte mit der Leistung der Beiträge durch mehr als einen Monat im Rückstand bleibt.

1) Eine solche Vdg. über die Befreiung nebenberuflicher, vorübergehender und geringfügiger Dienstleistungen von der Krankenversicherungspflicht ist auf Grund des § 2, Abs. 4, KrVG. am 2. Juli 1929 unter B. 221 erlassen worden.

2) Die Hinausgabe dieser Vdg. auf Grund des § 2a des geltenden KrVG. steht bevor. Ein diesbezüglicher Entwurf wurde bereits in den »Amtlichen Nachrichten des BM. für soziale Verwaltung«, 11. Jahrgang, S. 201 bis 204, veröffentlicht.

3) Nach dem geltenden Recht (§ 2c, Abs. 1, KrVG.) kann die freiwillige Fortsetzung der Krankenversicherung bereits von der dritten Lohnklasse aufwärts erfolgen.

4) Derzeit gilt hierfür eine vierwöchige Frist.

§ 87. Das Lohnklassensystem in der Arbeiterversicherung.

Der organisch geschlossene Aufbau der Arbeiterversicherung, so wie ihn das neue ArbVG. anstrebt, wird durch die Einführung einheitlicher Grundsätze für die Bemessung der Beiträge und Versicherungsleistungen wesentlich gefördert. Diese bilden das einigende Band zwischen den verschiedenen Versicherungszweigen, die auf diese Art sowohl hinsichtlich ihrer Beitragswirtschaft als auch in ihren Leistungen homogen gestaltet werden. Den maßgebenden Faktor hierfür gibt das Lohn-einkommen des Arbeiters ab, das jedoch in der Arbeiterversicherung nicht individuell erfaßt, sondern schematisch nach Lohnklassen ermittelt wird. Für diese Methode spricht die Erwägung, daß es sich hier nicht wie bei den Angestellten um stabile Dienstverhältnisse mit annähernd gleichbleibenden Bezügen, sondern um fluktuierende Arbeitsverhältnisse von Personen handelt, deren Löhne häufigeren, wenn auch nicht beträchtlichen Schwankungen unterliegen. Aus diesem Grunde wurde denn auch seit jeher in der Arbeiterversicherung dem Lohnklassensystem der Vorzug vor der auf dem tatsächlichen Lohn- oder Gehaltsbezug des einzelnen sich aufbauenden Bemessungsart gegeben. Allerdings stehen diesen Vorteilen auch mancherlei Nachteile gegenüber. Vor allem brachte das Lohnklassensystem so wie es früher bestand, die Gefahr der Unterversicherung mit sich, die nicht nur in den Zeiten der Geldentwertung zutage trat, sondern noch lange darüber hinaus in krasser Form fortwirkte.¹⁾ Auch war nach der bisherigen Konstruktionsweise der Aufbau der Lohnklassen wenig systematisch und deren Zahl allzu umfangreich — gab es doch zeitweise nicht weniger als 19 Lohnklassen —, um wirklich befriedigen zu können.

Das Lohnklassenschema des ArbVG. stellt nun nicht nur deshalb einen großen Fortschritt dar, weil es die Unterversicherung fast gänzlich beseitigt. Es zeigt auch einen wesentlich besseren inneren Aufbau. Seine Lohnklassen sind derart gestaffelt, daß sie in der untersten Klasse mit Arbeitsverdiensten bis zu 1·2 S täglich beginnen und in der obersten Klasse mit solchen von 8·4 S und darüber enden.²⁾ Hiedurch wird die bisherige Unterversicherung beseitigt, da in der höchsten Lohnklasse der auf Grund der geltenden Kollektivverträge

¹⁾ Die zahlreichen Novellen zum KrVG., insbesondere die V., VI., VIII., X., XVII., XVIII., XX., XXI. und XXII. Novelle versuchten zwar, dem immer schmerzlicher empfundenen Übel der Unterversicherung beizukommen, doch stellte sich ein durchgreifender Erfolg nicht ein. Erst das durch die XXIII. Novelle vom KrVG. geschaffene, derzeit in Kraft stehende Lohnklassenschema brachte eine wirkliche Besserung, indem nunmehr Arbeitsverdienste bis zu 6 S täglich durch die Versicherung tatsächlich erfaßt sind und damit auch wesentlich höhere Krankengelder (bis zu 4·20 S täglich) erzielt wurden.

²⁾ Mit diesen Höchstsätzen nähert sich das neue ArbVG. den durch die deutsche Reichversicherungsordnung erfaßten Arbeitsverdiensten und geht über die analogen Festsetzungen des tschchoslowakischen Sozialversicherungsgesetzes hinaus, das die anrechenbaren Höchstverdienste in der Krankenversicherung mit 7·20 S, in der Invalidenversicherung sogar nur mit 6 S täglich begrenzt.

übliche Durchschnittslohn eines gelernten Arbeiters, welcher zwischen 50 und 55 S pro Woche schwankt,¹⁾ nahezu voll erfaßt wird. Die Lohnklassenintervalle verlaufen in dem neuen Schema systematischer als früher und weisen gleichmäßige Spannungen auf, die in den fünf untersten Lohnklassen je 60 g und in den fünf obersten je 1·20 S betragen. In den einzelnen Ansätzen ergeben sich folgende Ziffern:

| Lohnklasse | Arbeitsverdienst | | | | | |
|------------|------------------|-----|-------------|------|-----------|-------|
| | täglich | | wöchentlich | | monatlich | |
| | in Schilling | | | | | |
| | über | bis | über | bis | über | bis |
| 1 . . . | | 1·2 | | 7·2 | | 31·2 |
| 2 . . . | 1·2 | 1·8 | 7·2 | 10·8 | 31·2 | 46·8 |
| 3 . . . | 1·8 | 2·4 | 10·8 | 14·4 | 46·8 | 62·4 |
| 4 . . . | 2·4 | 3·0 | 14·4 | 18·0 | 62·4 | 78·0 |
| 5 . . . | 3·0 | 3·6 | 18·0 | 21·6 | 78·0 | 93·6 |
| 6 . . . | 3·6 | 4·8 | 21·6 | 28·8 | 93·6 | 124·8 |
| 7 . . . | 4·8 | 6·0 | 28·8 | 36·0 | 124·8 | 156·0 |
| 8 . . . | 6·0 | 7·2 | 36·0 | 43·2 | 156·0 | 187·2 |
| 9 . . . | 7·2 | 8·4 | 43·2 | 50·4 | 187·2 | 218·4 |
| 10 . . . | 8·4 | | 50·4 | | 218·4 | |

Im Sinne dieses Schemas wird nun der einheitliche Sozialversicherungsbeitrag²⁾ und mit ihm auch das Ausmaß der in den einzelnen Versicherungszweigen gebührenden Leistungen nach Lohnklassen abgestuft. Hiebei gilt nach § 201, Abs. 1, ArbVG., als Beitragsgrundlage die Untergrenze³⁾ des täglichen Arbeitsverdienstes jener Lohnklasse, in die der Versicherte eingereiht ist. Die Leistungen aus der Versicherung werden dann mit einem entsprechenden Vielfachen dieser Beitragsgrundlage bemessen und so mit dem Lohnausfall, den der Geschädigte erleidet, in Einklang gebracht.

Was nun die Lohnklasseneinreihung anbelangt, so ist hierfür der dem Versicherten für einen bestimmten Zeitabschnitt zugesicherte Arbeitsverdienst (Zeitlohn) maßgebend.⁴⁾ Bei Akkord- oder Stück-

¹⁾ Vgl. diesbezüglich auch die ziffermäßigen Angaben über die Löhne der Wiener Arbeiterschaft in der Fußnote ¹⁾ auf S. 154.

²⁾ Dieser beträgt nach § 201, Abs. 3, ArbVG. bis auf weiteres in der Woche 700/0 der Beitragsgrundlage, wovon 450/0 auf die Kranken-, 50/0 auf die Unfall- und 200/0 auf die Invalidenversicherung entfallen. Siehe hierüber die näheren Ausführungen auf S. 616 ff.

³⁾ Das derzeit geltende KrVG. operiert in seinen §§ 7 und 25 nicht mit der Untergrenze, sondern mit dem Durchschnitt der lohnklassenmäßigen Arbeitsverdienste, wodurch sich anders gestaffelte Beitrags- und Bemessungsgrundlagen ergeben.

⁴⁾ Leistungen, die neben dem Zeitlohn ausnahmsweise unter außergewöhnlichen Umständen gewährt werden, sowie derartige Ausfälle an Lohn haben außer Betracht zu bleiben (§ 11, Abs. 1, ArbVG.).

lohn¹⁾ ist die Lohnklasse nach jenem Betrage zu bestimmen, der im Durchschnitt oder gewöhnlich auf eine Woche oder auf einen Monat entfällt. Als Arbeitsverdienst gelten neben dem Lohn auch Zuschüsse aller Art, weiters regelmäßig gewährte Gewinnanteile, Belohnungen und Sachbezüge, ferner Leistungen Dritter (Trinkgelder u. dgl.), soweit deren Gewährung üblich und auf die Bemessung des Lohnes von Einfluß ist. Die Sachbezüge werden so wie in der Angestelltenversicherung nach Durchschnittspreisen veranschlagt, die auf die früher erörterte Weise²⁾ länderweise festzusetzen sind. Für einzelne Kategorien von Arbeitnehmern, innerhalb deren die Lohnverhältnisse nicht wesentlich verschieden sind,³⁾ ebenso für Lehrlinge, können die Lohnklassen auch im Verordnungswege bestimmt werden.

Die Arbeitgeber sind verpflichtet, der zuständigen Krankenkasse die zur Einteilung der Versicherten in die Lohnklassen erforderlichen Daten gleichzeitig mit der Anmeldung und alle Änderungen, die sich in Hinkunft daran ergeben, spätestens eine Woche nach Schluß der betreffenden Beitragsperiode mitzuteilen. Auch haben sie über die Bezüge der bei ihnen beschäftigten Personen jene Aufschreibungen (Lohnlisten) zu führen, die zur Einreihung der Versicherten in die Lohnklassen erforderlich sind, und dieselben durch fünf Jahre aufzubewahren. Den Versicherungsträgern steht es frei, in die Lohnlisten durch ihre Beauftragten Einsicht zu nehmen oder sich dieselben zur Einsicht vorlegen zu lassen. Die näheren Anordnungen über Anlage und Führung dieser Listen werden im Verordnungswege getroffen.⁴⁾

§ 88. Die Leistungen der Arbeiterversicherung.

Diese passen sich in ihrem Aufbau jenen der Angestelltenversicherung an, wenn sie auch im einzelnen, sowohl was Dauer als Ausmaß anbetrifft, hinter denselben etwas zurückbleiben.⁵⁾ Dennoch bedeuten die diesbezüglichen Vorschriften des ArbVG. einen gewaltigen Fortschritt gegenüber dem gegenwärtigen Zustand, dies aus dem Grunde, weil sie nicht nur in den schon bestehenden Versicherungszweigen mancherlei Verbesserungen, sondern in der erst einzuführenden Alters- und Invaliditätsversicherung völlig neuartige Leistungen mit sich bringen. Nachstehend sollen nun die Leistungen der Arbeiterversicherung kurz dargestellt werden, wobei in vielen Belangen auf die schon an früherer

1) Vgl. über diese verschiedenen Lohnformen die Fußnote 2) auf S. 151.

2) Siehe die Ausführungen auf S. 530.

3) Hier kommen insbesondere die Hausgehilfen und Dienstnehmer ähnlicher Stellung in Betracht, für deren Lohnklasseneinreihung auch bisher schon entsprechende Weisungen im Verordnungswege hinausgegeben wurden.

4) Die Erlassung dieser Durchführungsverordg. dürfte erst bei Wirksamkeitsbeginn des ArbVG. erfolgen.

5) Dieser Umstand erklärt sich aus der gehobenen dienstrechtlichen Position der Angestellten, welche eine gewisse Bevorzugung derselben auch auf dem Gebiete der Sozialversicherung rechtfertigt.

Stelle erörterten analogen Einrichtungen der Angestelltenversicherung wird verwiesen werden können.

I. Die Leistungen der Krankenversicherung kommen, da das neue ArbVG. ebenso wie das AngVG. die obligatorische Familienversicherung kennt,¹⁾ sowohl den Versicherten selbst, als auch ihren Angehörigen zugute. Der Kreis dieser letzteren wird in § 42, Abs. 2, ArbVG. in ähnlicher Weise wie in § 3, Abs. 2, AngVG.²⁾ umschrieben. Doch finden sich einige Abweichungen zuungunsten der Arbeiter vor; so z. B. gilt die Ehegattin nur dann als anspruchsberechtigt, wenn sie mit dem Versicherten in ehelicher Gemeinschaft lebt, das Höchstalter für Kinder wird an Stelle des 18. Lebensjahres mit dem 16. Jahr bestimmt,³⁾ Großeltern kommen für die Angehörigenversicherung überhaupt nicht in Betracht usw. Die Leistungen selbst scheiden sich in Regelleistungen, die jedem Versicherten kraft Gesetzes gebühren, und satzungsmäßige Mehrleistungen, die über das Pflichtausmaß hinausgehen. Zu den ersteren zählen die Krankenhilfe, die Mutterhilfe und das Begräbnisgeld.

a) Die Krankenhilfe umfaßt sowohl die Krankenpflege als auch das Krankengeld. Die Bezugsdauer ist bei beiden Unterstützungsformen die gleiche und währt, falls die Krankheit nicht schon früher endet, 26 Wochen. Versicherten, die vor der Erkrankung bereits ununterbrochen durch 30 Wochen versichert waren, gebührt die Krankenhilfe durch längstens 52 Wochen. In diese Zeit ist jedoch die Frist, während welcher zwar Krankenpflege, aber kein Krankengeld gewährt wird, nicht einzurechnen. Als erster Krankheitstag gilt jener der Krankmeldung. Für Zeiträume, die mehr als zwei Wochen vor diesem Tage zurückliegen, wird Krankenhilfe überhaupt nicht geleistet. Aber auch für die der Krankmeldung unmittelbar vorhergehenden zwei Wochen gebührt Krankenhilfe nur dann, wenn der Versicherte an der rechtzeitigen Meldung verhindert war und den früheren Beginn der mit Arbeitsunfähigkeit verbundenen Erkrankung in zweifelloser Art nachweist. Enger begrenzt ist die Unterstützungsdauer in der Familienversicherung. Hier billigt § 46 ArbVG. den Angehörigen einen Anspruch auf Krankenpflege — somit nicht auf Krankengeld — in der Höchstdauer von 26 Wochen für den einzelnen Erkrankungsfall zu, wenn

1) Im Unterschiede zum geltenden KrVG., das im § 9a den Kassen lediglich die Möglichkeit gibt, durch statutarische Festsetzung den Mitgliedern Anspruch auf Gewährung von Kassenleistungen an deren Familienangehörige einzuräumen. Der Übergang von der fakultativen zur obligatorischen Familienversicherung, den das neue ArbVG. mit sich bringt, ist daher als bedeutsamer sozialer Fortschritt zu werten.

2) Siehe hierüber die Darlegungen auf S. 523.

3) Dies entspricht der im allgemeinen früher eintretenden Erwerbsfähigkeit der Arbeiterjugend. Für Kinder, die wegen Gebrechens außerstande sind, sich selbst den Unterhalt zu verschaffen oder die sich ihrer Ausbildung wegen nicht selbst erhalten können, verlängert sich die Angehörigeneigenschaft bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.

ihre Erkrankung während der Dauer der Mitgliedschaft¹⁾ des Versicherten oder während einer Zeit eingetreten ist, in welcher der Versicherte Kassenleistungen bezieht. Ihrer Art nach scheidet sich die Krankenhilfe, wie erwähnt, in die Krankenpflege und das Krankengeld.

1. Die Krankenpflege. Diese gewährt, ähnlich wie in der Angestelltenversicherung, ärztliche Hilfe mit Inbegriff des notwendigen geburtsärztlichen und des Hebammenbeistandes sowie der etwa erforderlichen Lyssabehandlung, weiters die notwendigen Heilmittel und Heilbehelfe, wie Prothesen, Zahnersatzstücke, Brillen, Bruchbänder u. dgl. Die Arzthilfe kann in zweierlei Form geleistet werden, entweder durch Kassenärzte, die für gewisse Sprengel fix angestellt sind und an die sich die daselbst wohnhaften Versicherten ausschließlich zu wenden haben, oder durch Zulassung der organisierten freien Ärztwahl,²⁾ die den Versicherten die Auswahl unter verschiedenen, von der Kasse als Vertragsärzte anerkannten Heilpersonen freigibt. Die in der Arbeiterversicherung üblichere Form ist die erstgenannte, zumal sich das seit altersher bestehende System der Kassenärzte bei der Organisation der Krankenfürsorge bewährt und auch eine entsprechende Kontrolle der Versicherten ermöglicht hat.³⁾ Um das Verhältnis zwischen den Krankenkassen und den von ihnen, sei es fix, sei es nach Einzelleistungen entlohnten Ärzten zu regeln und möglichst außer Streit zu stellen, ordnet § 49 ArbVG. an, daß seitens der Kassen, bzw. ihrer Verbände mit den zur Behandlung der Anspruchsberechtigten berufenen Ärzten schriftliche Verträge abzuschließen sind, welche die beiderseitigen Rechte und Pflichten klarstellen. Über den Inhalt derartiger Verträge können auch mit der zuständigen Ärzteorganisation verbindliche Rahmenvereinbarungen⁴⁾ getroffen werden. In diesen ist vorzusehen, daß Streitigkeiten aus dem Vertragsverhältnis zwischen einer Krankenkasse und einem Arzt schiedsgerichtlich auszutragen sind. Ergeben sich jedoch Differenzen aus den von den beiderseitigen Organisationen abgeschlossenen Rahmenverträgen, so entscheidet hierüber eine von beiden Streitparteien paritätisch besetzte Einigungskommission, deren Vorsitzender vom zuständigen Landeshauptmann, bzw. vom BM. für soziale Verwaltung⁵⁾ aus dem Kreise der rechtskundigen Beamten zu bestellen ist.⁶⁾

1) Nach beendeter Mitgliedschaft des Versicherten gebührt dessen Angehörigen Krankenpflege noch durch 6 Wochen.

2) Die unbeschränkt freie Ärztwahl ist der österreichischen Arbeiterversicherung fremd.

3) Anders liegen die Dinge in der Angestelltenversicherung, in der die freie Ärztwahl die künftig vorherrschende Lösung bedeutet. Hiezu mag wohl auch das höhere Bildungsniveau der Angestellten beitragen, das sie zu selbständigerem Vorgehen befähigt.

4) Diese haben somit den Charakter von Kollektivverträgen, da sie bestimmend auf den Inhalt der von ihnen beeinflussten Einzelverträge einwirken.

5) Dieser ist dann kompetent, wenn es sich um Krankenkassen oder Kassenverbände handelt, deren Wirkungskreis sich auf mehrere Bundesländer erstreckt.

6) Die in § 49, Abs. 2 und 3, ArbVG. imperativ angeordneten Schiedsgerichte und Einigungskommissionen sollen Konflikte mit der Ärzteschaft möglichst rasch bereinigen, damit hiedurch die lebenswichtigen Interessen der Versicherten nicht bedroht werden.

2. Das Krankengeld stellt jene Barleistung dar, die den Versicherten für den aus der Krankheit entstehenden Lohnausfall schadlos halten soll. Es ist je nach der Lohnklasse, in die der Versicherte eingereiht ist, in folgender Höhe auszuzahlen:

| Lohnklasse | Krankengeld täglich S |
|--------------|--------------------------|
| 1 | 0·8 |
| 2 | 1·2 |
| 3 | 1·6 |
| 4 | 2·0 |
| 5 | 2·4 |
| 6 | 3·0 |
| 7 | 3·6 |
| 8 | 4·2 |
| 9 | 4·8 |
| 10 | 5·4 |

Die Ansätze sind somit wesentlich höher gehalten, als sie sich nach den derzeit geltenden Normen ergeben.¹⁾

Die Verpflichtung zur Leistung des Krankengeldes trifft die Kassen gemäß § 43, Z. 2, ArbVG. jedoch erst vom vierten Tage der Arbeitsunfähigkeit an. Die Statuierung dieser dreitägigen Karenzfrist bildet in der österreichischen Arbeiterversicherung ein Novum,²⁾ da § 6, Abs. 1, Z. 2, des geltenden KrVG. eine solche nicht kennt, das Krankengeld vielmehr schon vom ersten Krankheitstag an zubilligt, falls der Versicherte länger als drei Tage infolge Krankheit arbeitsunfähig ist. Das neue ArbVG. glaubte jedoch, von dieser bisherigen Gepflogenheit abgehen und die erwähnte Karenzfrist generell festsetzen zu sollen, nicht nur um die Kassen gegen allzu starke Inanspruchnahme durch schein- oder leichterkrankte Versicherte zu schützen, sondern um auch nach Möglichkeit Doppelbezüge zu vermeiden, die sich sonst in den zahlreichen Fällen des § 1154 b ABGB.³⁾ ergeben würden. Naturgemäß fehlte es bei Beratung des ArbVG. nicht an oppositionellen Bemühungen, die erwähnte Karenzfrist zu beseitigen. Sie erzielten schließlich auch insofern einen Teilerfolg, als die Karenzfrist zwar aufrechterhalten, den Kassen jedoch durch § 57, Z. 1, ArbVG. die Möglichkeit eröffnet wurde, im Wege satzungsgemäßer Mehrleistung das Krankengeld auch für die ersten drei Tage der Arbeitsunfähigkeit zu gewähren, falls dem Erkrankten für diese Zeit ein Anspruch auf Bezug des Entgelts

1) Nach den bereits geltenden, durch die XXIII. Novelle zum KrVG. neu geschaffenen Ansätzen steigt das Krankengeld in den 10 Lohnklassen folgendermaßen an: 0·86 S, 1·00 S, 1·24 S, 1·44 S, 1·68 S, 2·00 S, 2·40 S, 3·00 S, 3·60 S und 4·20 S.

2) Nicht hingegen in der deutschen und tschechoslowakischen Sozialversicherung, die beide derartige Karenzfristen kennen. Über die Karenzfristen in der österreichischen Angestelltenversicherung siehe S. 537 ff.

3) Vgl. hierüber die Ausführungen auf S. 170—171.

gemäß § 1154 *b* ABGB. nicht zusteht. Abgesehen von der Karenzfrist gebührt Krankengeld jedoch auch dann nicht, wenn der Versicherte sich die Krankheit vorsätzlich zugezogen hat. Durch die Satzung kann ferner der Entzug des Krankengeldes ausgesprochen werden, falls sich die Krankheit als unmittelbare Folge der Trunkenheit erweist. Schließlich ruht der Krankengeldbezug während der Dauer einer auf Rechnung der Krankenkasse erfolgenden Anstaltspflege. Über die Fälle, wann Anstaltspflege einzutreten hat, treffen die §§ 51—54 ArbVG. nähere Bestimmungen, die durchwegs jenen des AngVG.¹⁾ gleichen.

b) Die Mutterhilfe gebührt nach § 55, Abs. 1 und 2, ArbVG. in erster Reihe weiblichen Versicherten, welche innerhalb der letzten zwölf Monate, vom Tage der Entbindung an gerechnet, wenigstens durch 26 Wochen in einer versicherungspflichtigen Beschäftigung, im Bezuge von Krankengeld oder der Arbeitslosenunterstützung gestanden sind, ferner der als Angehörige geltenden Ehegattin eines Versicherten, wenn dieser in seiner Person die vorerwähnten Voraussetzungen erfüllt. In ihrem Ausmaß ist die Mutterhilfe verschieden, je nachdem sie weiblichen Versicherten oder der Ehefrau eines Versicherten gewährt wird. Im ersten Falle wird sie als Schwangeren- und Wöchnerinnenunterstützung durch je 6 Wochen vor der voraussichtlichen und nach der tatsächlichen Niederkunft in der Höhe des vollen Krankengeldes, im zweiten Falle nur in der Höhe des halben Krankengeldes geleistet. Voraussetzung für den Bezug dieser Versicherungsleistung ist indessen in allen Fällen, daß sich die Schwangere oder Wöchnerin während der genannten Zeit der Lohnarbeit enthält. Die Stillprämien, die nach § 55, Abs. 3, ArbVG. bis zum Ablauf der 12. Woche nach der Niederkunft, falls die Satzung es anordnet, aber bis zu 26 Wochen gebühren, werden jedoch für beide Arten von Empfängerinnen gleichmäßig mit dem halben Krankengeld bemessen.²⁾

c) Das Begräbnisgeld wird beim Tode eines Versicherten dessen Familienangehörigen im 50fachen Betrage des Krankengeldes flüssig gemacht, auf das der Verstorbene zuletzt Anspruch hatte, mindestens jedoch mit dem Betrage von 80 S. Stirbt hingegen ein mit der Angehörigeneigenschaft ausgestatteter Verwandter des Versicherten, so gebührt diesem letzteren das Begräbnisgeld, und zwar je nachdem der Tod in der ersten Lebenswoche oder im Alter von weniger oder mehr als sechs Jahren erfolgte, im 20-, 30- oder 50fachen Betrag seines

1) Siehe hierüber S. 536.

2) Die Mutterhilfe als Pflichtleistung ist auch dem geltenden KrVG. bekannt, das sie im § 6, Z. 3, weiblichen Versicherten in gleichem Umfange wie das neue ArbVG. zubilligt. Hingegen wird derzeit der Ehefrau eines Versicherten Mutterhilfe nur als statutarische Mehrleistung, nicht aber von Gesetzes wegen gewährt. Das neue deutsche Gesetz über die Wochenhilfe vom 18. Mai 1929, das dem § 195 a der Reichsversicherungsordnung eine geänderte Fassung verliehen hat, geht in seinen Leistungen insofern noch weiter, als es das Wochengeld durch 10 Wochen hindurch (4 Wochen vor und 6 Wochen nach der Niederkunft) unter allen Umständen, also auch dann zubilligt, wenn die Schwangere vor der Niederkunft gearbeitet hat.

Krankengeldes, jedoch in den beiden ersten Fällen mindestens mit 50, im letzten Falle mindestens mit 80 S.¹⁾

Zu den hier geschilderten Regelleistungen der Krankenversicherung treten noch gewisse satzungsmäßige Mehrleistungen hinzu. So kann gemäß § 57 ArbVG. durch Kassenstatut bestimmt werden, daß das Krankengeld auch für die ersten drei Krankheitstage gewährt und daß es verheirateten Versicherten je nach der Größe ihres Familienstandes um 10 bis 30% erhöht werde, daß die Stillprämien bis zu 26 Wochen laufen, daß das Begräbnisgeld bis zum 75fachen Betrage des Krankengeldes flüssiggemacht wird und daß Angehörigen des Versicherten, bei denen sich Anstaltspflege nötig erweist, ein Kostenbeitrag hiezu bewilligt werde. Auch die Einrichtung der erweiterten Heilfürsorge²⁾ ist dem ArbVG. nicht fremd. Obgleich ein Rechtsanspruch hierauf nicht besteht, wird sie doch von den leistungsfähigen Kassen, bzw. von deren Verbänden in der Regel innerhalb gewisser Grenzen zugestanden. Sie umfaßt, ähnlich wie in der Angestelltenversicherung, die Beistellung von Hauspflege, die Unterbringung in Genesungsheimen, Landaufenthalt, den Besuch von Kurbädern und Heilstätten usw.

II. Die Leistungen der Unfallversicherung. Da das ArbVG. den in der bisherigen Gesetzgebung³⁾ festgehaltenen Unterschied zwischen unfallversicherungspflichtigen und nichtunfallversicherungspflichtigen Betrieben nicht mehr kennt, sondern in Anwendung des Grundsatzes der Identität des Personenkreises die Leistungen der Unfallversicherung sämtlichen krankenversicherungspflichtigen Personen zuwendet, ist der Aktionskreis der Unfallversicherung in persönlicher Hinsicht sehr ausgeweitet worden. Aber auch in sachlichem Belange hat er an Umfang gewonnen, weil die §§ 62 und 63, ArbVG. in Kongruenz mit den diesbezüglichen Bestimmungen des AngVG.⁴⁾ den Begriff des Arbeitsunfalles nicht nur mit der Berufsarbeit des Versicherten in Zusammenhang bringen, sondern auch Unfälle, die sich bei häuslichen, vom Arbeitgeber veranlaßten Verrichtungen sowie auf dem Wege von und zur Arbeit ereignen, desgleichen Berufskrankheiten⁵⁾

1) Derzeit ist der Mindestbetrag des den Angehörigen eines Versicherten gebührenden Begräbnisgeldes nur mit 50 S festgesetzt (§ 6, Abs. 1, Z. 5, KrVG.).

2) Siehe hierüber die Ausführungen auf S. 534.

3) Vgl. hierüber § 1 des geltenden UnfVG., der lediglich jene Arbeiter als gegen Unfall versichert erklärt, die in Fabriken und Hüttenwerken, im Bergbau, auf Werften, Stapeln und in Brüchen, weiters bei Bauarbeiten oder bei Ausführung von gewerblichen Arbeiten an Gebäuden, dann in Betrieben, bei denen explodierende Stoffe erzeugt und verwendet werden, endlich in jenen gewerblichen oder land- und forstwirtschaftlichen Betrieben beschäftigt sind, bei denen Dampfkessel oder solche Triebwerke in Verwendung kommen, die durch elementare oder animalische Kraft bewegt werden.

4) Vgl. diesbezüglich die Darlegungen auf S. 540.

5) Deren versicherungsmäßige Entschädigung besteht zufolge der XVII. Novelle zum UnfVG. (Bundesgesetz vom 16. Februar 1928, B. 50) auch derzeit schon zu Recht. Die Liste der Berufskrankheiten in der Arbeiterversicherung wurde mit der Durchführungsvdg. vom 6. September 1928, B. 237, verlautbart. Sie geht in der Aufzählung

versicherungsmäßig entschädigen. Die Leistungen selbst zerfallen in Bar- und Sachleistungen. Zu den ersteren zählen die Verletztenrente samt Kinderzuschuß, weiters die Unfallsentschädigung bei Todesfällen, die sich wiederum aus den Hinterbliebenenrenten und dem Beitrag zu den Bestattungskosten¹⁾ zusammensetzt. Die Sachleistungen ergeben sich aus dem Heilverfahren sowie aus dem Anspruch des Versicherten auf Beteiligung mit Körperersatzstücken und orthopädischen Behelfen. Im einzelnen gilt folgendes:

a) Die Verletztenrente gebührt dem Geschädigten vom Tage der Beendigung der Heilbehandlung, spätestens aber vom Beginn des zweiten Jahres nach Eintritt des Unfalles, für die Dauer der durch letzteren herbeigeführten Minderung der Erwerbsfähigkeit (§ 64 ArbVG.). Ihrer Höhe nach wird die Verletztenrente nach dem Grade dieser Minderung bemessen. Sie beträgt bei gänzlicher Erwerbsunfähigkeit monatlich das 20fache der Bemessungsgrundlage (Vollrente), bei geringerer, jedoch zu mehr als einem Fünftel²⁾ eintretenden Erwerbsunfähigkeit jenen aliquoten Teil der Vollrente, die dem Grade der erlittenen Einbuße entspricht (Teilrente). Als Bemessungsgrundlage gilt hiebei die durchschnittliche Beitragsgrundlage innerhalb der letzten 52 Wochen vor dem Unfall, das ist die Untergrenze des Tagesarbeitsverdienstes jener Lohnklasse, in die der Versicherte eingereiht war. Als Höchstausmaß der Bemessungsgrundlage kommt daher ein Betrag von 840 S in Betracht, der mit 20 multipliziert ein Maximum der monatlichen Vollrente von 168 S ergibt. Da diese letztere nach den geltenden Vorschriften höchstens $133\frac{1}{3}$ S beträgt,³⁾ bedeuten die neuen Rentensätze immerhin einen wesentlichen Fortschritt. Zu den Verletztenrenten treten, so wie in der Angestelltenversicherung, Hilflosen- und Kinderzuschüsse hinzu. Erstere bewirken eine 50⁰/₀ige Erhöhung der Vollrente, während die letzteren nur neben solchen Verletztenrenten in Frage kommen, die zwei Drittel der Vollrente oder mehr betragen. Die Kinderzuschüsse gebühren dem Verletzten für jedes in seiner

der einzelnen Krankheitsursachen etwas weiter, als die IV. DurchführungsVdg. zum AngVG. (siehe hierüber die Fußnote 1) auf S. 541), indem sie unter anderem auch Glasbläserstar und Erkrankungen an Rotz in den Kreis der Entschädigungspflicht einbezieht. Hingegen bleiben die beiden genannten österreichischen Vdgn. inhaltlich hinter der analogen deutschen Vdg. vom 11. Februar 1929, betreffend die Ausdehnung der Unfallversicherung auf Berufskrankheiten etwas zurück.

1) Dieser einmalige Beitrag zu den Bestattungskosten gebührt den Hinterbliebenen eines Verletzten gemäß § 73, Z. 2, ArbVG. in der Höhe des Monatsbetrages der Vollrente; dieser Betrag ist jedoch auf das $2\frac{1}{2}$ fache, mindestens aber auf 80 S, zu erhöhen, wenn ein Begräbnisgeld aus der Krankenversicherung nicht gebührt.

2) Beträgt die durch den Unfall herbeigeführte Minderung der Erwerbsfähigkeit weniger als ein Fünftel, so gebührt dem Verletzten gemäß § 65, Abs. 2, ArbVG. zwar keine Rente, aber eine dem Einzelfall angemessene Geldleistung, deren Höchstausmaß den 50fachen Betrag der monatlichen Vollrente nicht übersteigen darf.

3) Dieser Maximalbetrag der Vollrente errechnet sich gemäß § 6 UnfVG. aus zwei Dritteln des höchstzulässigen Jahresarbeitsverdienstes per 2400 S, das sind 1600 S pro Jahr oder $133\frac{1}{3}$ S pro Monat.

Versorgung stehende Kind unter 16 Jahren und machen für das erste Kind ein Zehntel, für jedes weitere Kind ein Zwanzigstel der Rente aus.

b) Das Heilverfahren obliegt zunächst der Krankenkasse, welcher der durch einen Unfall Verletzte angehört, und zwar bis zu jenem Tage, an dem sein Anspruch auf Krankengeld erlischt. Bedarf derselbe noch weiterhin der Heilbehandlung, so ist diese Fürsorge von der Versicherungsanstalt¹⁾ zu leisten. Während dieser Zeit gebührt ihm eine Rente, die dem Grade der durch die Heilbehandlung verursachten Behinderung seiner Erwerbsfähigkeit entspricht. Weiters hat der Versicherte, wenn es die Art der erlittenen Verletzungen bedingt, nach § 69 ArbVG. Anspruch auf Beteiligung mit Körperersatzstücken und orthopädischen Behelfen, die seinen persönlichen und beruflichen Verhältnissen angepaßt sein müssen. Beschafft sich der Verletzte solche Behelfe selbst, so sind ihm deren Kosten bis zu dem Betrage zu vergüten, den andernfalls die Versicherungsanstalt hätte aufwenden müssen. Für die erwähnten Gegenstände kann eine nach fachmännischem Gutachten bemessene Gebrauchsdauer festgesetzt werden. Vor deren Ablauf darf der Verletzte nur dann Ersatz begehren, wenn er nachweist, daß ihn an der Unbrauchbarkeit oder dem Verlust des Behelfes kein Verschulden trifft.

c) Die Hinterbliebenenrenten. Stirbt der Verletzte infolge des Unfalles, so billigt das ArbVG. der Witwe, den Waisen, und falls keine derartigen Anspruchsberechtigten vorhanden sind, auch den vom Versicherten versorgten Eltern, Großeltern und Geschwistern den Bezug von Hinterbliebenenrenten zu. Die Witwe bezieht bis zu ihrem Tod oder ihrer Wiederverhehlung eine Rente in der Höhe eines Drittels der Vollrente des Verstorbenen. Bei Wiederverheiratung wird sie mit dem 36fachen Monatsbetrag ihrer Rente abgefertigt. Die Waisenrente gebührt nach dem versicherten Vater oder der versicherten Mutter jedem unversorgten leiblichen Kind²⁾ bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, und zwar in der Höhe von einem Sechstel, wenn es aber auch den zweiten Elternteil verloren hat, von einem Viertel der Vollrente des Verstorbenen. Uneheliche Kinder haben jedoch nur dann Anspruch auf Waisenrente nach ihrem Vater, wenn dessen Vaterschaft gerichtlich festgestellt oder schon vor dem Unfall außergerichtlich anerkannt war. Enkel, deren Unterhalt der Versicherte durch mindestens ein Jahr vor seinem Tode ganz oder überwiegend bestritten hat, sind mangels anderweitiger Versorgung den Kindern gleichgestellt. Sonstige Hinterbliebene, und zwar Eltern (Großeltern) und Geschwister des Verstorbenen, zu deren Lebensunterhalt derselbe wesentlich beigetragen

1) Die Anstalt kann auch nach abgeschlossener Heilbehandlung mit Zustimmung des Rentners jederzeit ein neues Heilverfahren einleiten, wenn zu erwarten ist, daß es dessen Erwerbsfähigkeit erhöht (§ 72 ArbVG.).

2) Den leiblichen Kindern sind auch die ehelichen Stiefkinder sowie die Wahl- und Pflegekinder des Versicherten gleichgestellt, wenn die Eheschließung, die Wahl an Kindes Statt oder die Aufnahme in Pflege vor Eintritt des Unfalls stattgefunden hat.

hat, erhalten bis zu ihrem Tod oder bis zum Wegfall der Bedürftigkeit, Geschwister jedoch nur bis zum 18. Lebensjahr, eine Rente im Ausmaß von einem Drittel der Vollrente des Verstorbenen. Dieser Betrag darf auch beim Vorhandensein mehrerer Berechtigter nicht überschritten werden; in diesem Falle gehen Eltern den Großeltern und diese den Geschwistern vor.

Ebenso wie in der Angestelltenversicherung ist auch hier gemäß § 93 ArbVG. eine gänzliche oder teilweise Kapitalsabfertigung der Unfallsrenten zulässig, die jedoch höchstens mit dem 100fachen Monatsbetrage der Rente oder des Rententeiles erfolgen darf. Sie ist bei Inländern¹⁾ nur statthaft, wenn die zweckmäßige Verwendung der Abfertigungssumme gesichert ist und die zur Armenversorgung des Rentners verpflichtete Körperschaft zustimmt.

III. Die Leistungen der Invalidenversicherung bestehen aus der Invaliditäts-, bzw. Altersrente, den Hinterbliebenenrenten und dem Ausstattungsbeitrag. Alle diese Leistungen sind an die Bedingung geknüpft, daß der Versicherte innerhalb der letzten fünf Jahre vor Eintritt des Versicherungsfalles mindestens 104 Beitragswochen²⁾ zurückgelegt hat, von denen wenigstens 52, die auf der Versicherungspflicht, oder 78, die auf der Versicherungsberechtigung beruhen,³⁾ in die letzten drei Jahre fallen müssen. Als Beitragswochen gelten jene Zeiträume, für welche vor Eintritt des Versicherungsfalles Beiträge auf Grund der Versicherungspflicht fällig geworden oder auf Grund der Versicherungsberechtigung entrichtet worden sind.⁴⁾ Diese in den §§ 98 und 99 ArbVG. niedergelegten Bestimmungen über die Wartezeit verfolgen den Zweck, die Erwerbung und Wahrung des Versicherungsanspruches von einer vorausgehenden längeren Zugehörigkeit zur Versicherung abhängig zu machen. Für die erste Eintrittsgeneration sind jedoch, abweichend hievon, wichtige Begünstigungen insofern vorgesehen, als § 252 ArbVG. Personen, welche die österreichische Bundesbürgerschaft mindestens seit 1. Jänner 1927 besitzen und die beim Wirksamkeitsbeginn des ArbVG. in versicherungspflichtiger Beschäftigung stehen oder innerhalb eines Jahres in eine solche eintreten, die Zeit, während welcher sie nach dem 1. Jänner 1927 ver-

1) Während die Kapitalsabfertigung von Rentenbezügen inländischer Versicherten nur im Einvernehmen mit diesen möglich ist, kann Ausländern, die sich dauernd außerhalb des Bundesgebietes aufhalten, auch ohne ihre Einwilligung die Rente kapitalismäßig entfertigt werden, sofern dem nicht zwischenstaatliche Übereinkommen entgegenstehen.

2) Diese stellen somit die »Wartezeit« dar.

3) Beim Zusammentreffen von Beitragswochen beider Art sind für die Berechnung des Mindestfordernisses je drei Beitragswochen auf Grund der Versicherungsberechtigung zwei Beitragswochen der Pflichtversicherung gleichzuhalten.

4) Für Versicherte, die bereits 500 Beitragswochen erworben und das 45. Lebensjahr überschritten haben, gelten in der Zeit nach Erwerbung der 500. Beitragswoche auch die Zeiträume, in denen sie Krankengeld oder Arbeitslosenunterstützung bezogen haben, als für die Invalidenversicherung anrechenbare Beitragswochen.

sicherungspflichtige Mitglieder einer als Träger der Krankenversicherung anerkannten Kasse gewesen sind, zur Gänze, die Zeit vorher jedoch bis zur Höchstdauer von 100 Wochen als in der Pflichtversicherung zurückgelegte Beitragszeit für die Erwerbung von Anwartschaften in der Invalidenversicherung anrechnet. Infolge dieser humanen Übergangsbestimmung laufen schon derzeit zahlreiche Anwartschaften für die kommende Invalidenversicherung, ohne daß hierfür Beiträge zu diesem Versicherungszweig entrichtet werden, ein Vorgang, der in finanziellen Belangen mancherlei Bedenken erweckt.¹⁾ Was nun die einzelnen Leistungen aus der Invalidenversicherung anbelangt, so trifft das ArbVG. hierüber folgende Anordnungen:

a) Die Invaliditätsrente. Auf diese hat der Versicherte Anspruch, wenn er durch Krankheit oder andere Gebrechen dauernd invalid geworden ist.²⁾ Als invalid gilt nach § 101, Abs. 2, ArbVG., »wer nicht mehr imstande ist, durch eine Tätigkeit, die seinen Kräften und Fähigkeiten entspricht und ihm unter billiger Berücksichtigung seiner Ausbildung und seines bisherigen Berufes zugemutet werden kann, ein Drittel dessen zu erwerben, was körperlich und geistig gesunde Personen derselben Art mit ähnlicher Ausbildung in derselben Gegend durch Arbeit zu verdienen pflegen«. Diese dem § 1255 der deutschen Reichsversicherungsordnung nachgebildete Begriffsbestimmung der Invalidität fußt somit auf einer abstrakten Mindestverdienstgrenze, die sich jedoch nicht nach jenem Arbeitslohn richtet, den der Versicherte zuletzt tatsächlich erreicht hat, sondern die nach dem üblichen Verdienst jener Berufsgruppe zu ermitteln ist, welcher der Versicherte nach seiner Ausbildung und Beschäftigung angehört. Ein Drittel dieses Normalverdienstes bildet nun jene Grenze, die der Versicherte außerstande sein muß zu erreichen, selbst wenn er zu einem verwandten oder ihm sonst zumutbaren Berufe übergeht. Es sind somit ziemlich strenge Voraussetzungen,³⁾ die das ArbVG. hier aufstellt. Treffen diese jedoch zu, dann besteht auch für Versicherte, die nicht dauernd invalid sind, ein Anspruch auf zeitliche Invaliditätsrente, falls sie ihren Anspruch auf Krankengeld erschöpft haben, und zwar für so lange, als ihre Arbeitsunfähigkeit andauert.

1) Dieser Vorgang bedeutet letzten Endes eine finanzielle Unterhöhung der kommenden Alters- und Invaliditätsversicherung, die bei längerer Hinausschiebung ihres Wirksamkeitsbeginnes dazu führen kann, daß mit dem derzeit im ArbVG. vorgesehenen Sozialversicherungsbeitrag von 700/0 der Beitragsgrundlage das Auslangen nicht wird gefunden werden können.

2) Auf die Ursache der Invalidität kommt es weiter nicht an. Nur wenn dieselbe vom Versicherten vorsätzlich oder beim Begehen eines Verbrechens herbeigeführt wurde, entsteht gemäß § 143, Abs. 1, ArbVG., für ihn kein Anspruch.

3) Gegen diese Fassung wurde denn auch bei der parlamentarischen Beratung des ArbVG. von oppositioneller Seite angekämpft und das Verlangen gestellt, die im § 101, Abs. 2, ArbVG. statuierte Mindestgrenze von einem Drittel auf die Hälfte des Normalverdienstes zu erhöhen. Die Mehrheit lehnte jedoch diesen Antrag mit dem Hinweis ab, daß der Invaliditätsbegriff auch in der deutschen und tschechoslowakischen Gesetzgebung auf der gleichen Grundlage beruhe.

Ihrem Ausmaß nach staffelt sich die Invaliditätsrente in einen niedrigeren und einen höheren Bezug, je nachdem der Versicherte bereits 500 Beitragswochen zurückgelegt hat oder nicht.¹⁾ Im ersten Falle beträgt sie das Zehnfache der Bemessungsgrundlage,²⁾ das ist der Untergrenze des Tagesarbeitsverdienstes jener Lohnklasse, in welche der Versicherte während des Bemessungszeitraumes — als solcher gelten die letzten 104 Kalendermonate vor Eintritt des Versicherungsfalles — eingereiht war. Der niedrigere Rentensatz, der bei Versicherten mit weniger als 500 Beitragswochen in Anwendung kommt, macht lediglich zwei Drittel des höheren Satzes aus. In absoluten Ziffern ausgedrückt, wird somit die monatliche Invaliditätsrente (höherer Satz) bei den in die oberste Lohnklasse eingereihten Versicherten das Zehnfache von 8·40 S, das sind 84 S, bzw. beim niedrigeren Satz zwei Drittel hiervon, das sind 56 S, betragen. Sie darf jedoch nicht unter 12 S monatlich herabsinken. Relativ genommen, dürfte sich die Invaliditätsrente durchschnittlich auf etwa 40% des versicherten Lohnes belaufen.³⁾

Im übrigen gelten auch hier bei Ermittlung der Bemessungsgrundlagen ähnliche Vorschriften wie in der Angestelltenversicherung. So wird insbesondere bei Versicherten, welche bei Eintritt des Versicherungsfalles das 45. Lebensjahr bereits überschritten haben, der Rentenermittlung, wenn es für sie günstiger ist, ein früherer Bemessungszeitraum⁴⁾ zugrunde gelegt. Umgekehrt wird, wenn sich der Ver-

1) Das österreichische ArbVG. kennt somit, wenn man von der erwähnten Staffelung in einen höheren und niedrigeren Bezug absieht, nur konstante Invaliditätsrenten, nicht aber wie das AngVG. solche, die mit der Beitragsdauer steigen. Wenn man bei uns, im Gegensatz zu Deutschland und der Tschechoslowakei, in der Arbeiterversicherung der gleichbleibenden Rente vor der allmählich ansteigenden den Vorzug gab, so geschah dies, abgesehen von veraltungstechnischen Gründen, hauptsächlich in der Erwägung, für die in jüngeren Jahren, also vorzeitig eintretenden und somit schwersten Invaliditätsfälle, auf diese Weise besser vorsorgen zu können. Auch wirken sich die stabilen Renten für die erste Eintrittsgeneration günstiger aus. Schließlich ist, wie der technische Teil der Erläuterungen zur Regierungsvorlage des ArbVG. (Nr. 451 der Beilagen — Nationalrat, II. Gesetzgebungsperiode) zutreffend ausführt, die steigende Rente dem Versicherungsgedanken wesensfremd und beruht mehr auf dem Spar- und Belohnungsprinzip, das in Anerkennung langjähriger Dienste höhere Versorgungsbezüge bieten will. Dies ist jedoch nicht das eigentliche Ziel der Arbeiterversicherung, die sich im allgemeinen damit begnügen muß, das wirtschaftliche Existenzminimum zu sichern.

2) Der günstigere Bemessungssatz wird auch angewendet, wenn die Invalidität infolge eines Arbeitsunfalls eingetreten ist, gleichviel, ob der Versicherte bereits 500 Beitragswochen erworben hat oder nicht.

3) Dieses Rentenausmaß wurde von sozialdemokratischer Seite als zu gering bezeichnet und dessen Hinaufsetzung teils im Wege der Erfassung höherer Arbeitsverdienste, teils durch eine Änderung der Rentenbemessungsformel angestrebt. Seitens der Regierung konnte jedoch demgegenüber auf die Gesetzgebung der Nachbarstaaten hingewiesen werden, wo sich im allgemeinen selbst bei längeren Beitragszeiten niedrigere Rentensätze ergeben.

4) Und zwar der Bemessungszeitraum der letzten 104 Kalenderwochen, zurückgerechnet von jenem Tage, an dem der Versicherte das 45. Lebensjahr vollendet oder unmittelbar nachher die Wartezeit vollstreckt hat.

sicherungsfall vor erreichter Volljährigkeit ergibt, als Bemessungsgrundlage die Untergrenze jener Lohnklasse angenommen, in die Arbeiter derselben Art in der gleichen Gegend nach erreichter Volljährigkeit eingereiht zu werden pflegen.¹⁾ Neben der Invaliditätsrente, die bei Hilflosigkeit um die Hälfte zu erhöhen ist, gebührt dem Rentner noch ein Kinderzuschuß, der für jedes in seiner Versorgung stehende Kind unter 16 Jahren mit denselben Zusatzquoten wie in der Unfallversicherung²⁾ flüssiggemacht wird.

b) Die Altersrente wird gemäß § 102 ArbVG. in gleicher Höhe wie die Invaliditätsrente solchen Versicherten zugestanden, die das 65. Lebensjahr³⁾ vollendet und mindestens 500 Beitragswochen erworben haben,⁴⁾ und zwar auch dann, wenn sie noch nicht invalid sind. Es müssen somit beide Bedingungen, die Zurücklegung der erwähnten Beitragszeit und die Erreichung der Altersgrenze, nebeneinander erfüllt sein, damit der Anspruch auf Altersrente geltend gemacht werden kann. Dieser Anspruch ist ein absoluter, er fällt also auch dann an, wenn der Versicherte noch weiterhin erwerbstätig bleibt.⁵⁾ Schiebt er jedoch aus freien Stücken den Bezug der Altersrente auf, so erhöht sich das Ausmaß der letzteren für jeden Monat um $\frac{3}{4}\%$ jener Rente, die beim Beginn des Aufschubs gebührt hätte.

c) Die Hinterbliebenenrenten. Der Anspruch auf dieselben ist zunächst an die Voraussetzung geknüpft, daß der Versicherte im Zeitpunkt seines Todes bereits Anspruch auf die Invaliditätsrente hatte oder doch im Falle seiner Invalidität gehabt hätte. Dem Tode ist die Verschollenheit des Versicherten gleichzuhalten.⁶⁾ Bezugsberechtigt

1) Diese Schutzbestimmung soll insbesondere Versicherten jugendlichen Alters, deren Beitrags- und Bemessungsgrundlagen naturgemäß gering wären, eine Aufbesserung der Rente ermöglichen.

2) Somit beim ersten Kind mit einem Zehntel, bei jedem weiteren Kind mit einem Zwanzigstel der Rente.

3) Die Altersgrenze ist somit in der Arbeiterversicherung wesentlich höher gehalten als in der Angestelltenversicherung. Auch wird hier hinsichtlich des Geschlechtes der Versicherten kein Unterschied gemacht.

4) Die Statuierung dieser weiteren Bedingung erwies sich als notwendig, um ein allzu starkes Eindringen höherer Altersjahrgänge zu hindern, zumal die Versicherung an sich eine obere Altersgrenze für den Eintritt nicht kennt.

5) Es liegt somit hier ebenso wie bei dem analogen § 93 LandArbVG. ein bewußter und gewollter Gegensatz zu § 31 AngVG. vor, der den Anspruch auf Altersrente von dem Fehlen einer versicherungspflichtigen Beschäftigung abhängig macht. (Siehe diesbezüglich die Ausführungen auf S. 553.) Die unterschiedliche Behandlung dieser wichtigen Frage im ArbVG. einerseits und in den beiden ArbVGen. andererseits, ist nicht nur auf die in der Angestelltenversicherung zugestandene niedrigere Altersgrenze, sondern auch auf arbeitsmarktpolitische Erwägungen zurückzuführen. Diese sprechen bei den unter besonders ungünstigen Arbeitsmarktverhältnissen leidenden Angestellten in stärkerem Maße für eine Fernhaltung der mit ausreichenden Bezügen ausgestatteten Altersrentner, als bei den Arbeitern, bei welchen überdies die Evidenzhaltung allfälliger Nebenbeschäftigungen großen Verwaltungsschwierigkeiten begegnen würde.

6) Die Voraussetzungen hierfür sind dieselben wie nach § 32 AngVG. Siehe hierüber die Ausführungen auf S. 553.

sind die Witwe, der Witwer,¹⁾ Waisen, allenfalls auch Enkel. Der Anspruch der Witwe ist jedoch insofern zeitlich beschränkt, als ihr die Rente im allgemeinen nur auf 12 Monate gebührt. Über diese Zeit hinaus wird Rentenbezug nur zugestanden, solange die Witwe invalid ist, sobald sie das 65. Lebensjahr vollendet hat oder mehr als zwei unversorgte Kinder unter 18 Jahren, bzw. ein wegen Gebrechens vollständig erwerbsunfähiges Kind zu erhalten hat. Der Höhe nach beträgt die Witwenrente die Hälfte jener Invaliditätsrente, auf die der Versicherte zur Zeit seines Todes Anspruch oder Anwartschaft hatte. Ist eine anspruchsberechtigte Witwe nicht vorhanden, so gebührt der Wirtschaftsführerin²⁾ der gleiche Bezug durch 12 Monate. Im Unterschiede zur Witwenrente ist die Waisenrente dauernd, und zwar bis zum 18. Lebensjahre, flüssigzumachen; der Höhe nach errechnet sie sich bei Halbweisen mit einem Viertel, bei Vollweisen mit drei Achtein der obgenannten Grundlage.

d) Der Ausstattungsbeitrag wird weiblichen Versicherten, welche die Wartezeit von 104 Beitragswochen zurückgelegt haben, im Falle ihrer Verheiratung in der Höhe des vierfachen Monatsbetrages jener Invaliditätsrente zugestanden, auf die sie im Zeitpunkte der Eheschließung Anspruch oder Anwartschaft haben, zuzüglich eines festen Zuschlages von 24 S.³⁾ Durch Gewährung des Ausstattungsbeitrages, der nur einmal gebührt, werden die sonstigen Ansprüche aus dem Versicherungsverhältnis nicht berührt. Diese Zuwendung hat somit hier eine andere Natur als in der Angestelltenversicherung, wo dem Ausstattungsbeitrag zugleich die Funktion einer Abfertigung für die aus der Versicherung ausscheidenden Frauenspersonen innewohnt.⁴⁾

e) Die Zuschüsse aus öffentlichen Mitteln. Die bedeutende Herabminderung der Armenlast, die sich aus dem segensreichen Funktionieren der Invalidenversicherung ergeben wird, läßt es gerechtfertigt erscheinen, daß sich auch der Bund und die übrigen hiedurch entlasteten Gebietskörperschaften mit entsprechenden Zuschußleistungen an den in der Invalidenversicherung flüssig zu machenden Renten beteiligen. Deshalb sieht § 119 ArbVG. die Gewährung von derartigen Zuschüssen aus öffentlichen Mitteln vor, die mit fixen Beträgen zu den einzelnen Rentengattungen hinzutreten. In diesem Sinne gebühren nun monatliche Zuschläge von 6 S zur Invaliditäts- oder Altersrente, von 3 S zur Witwenrente, von 1·5 S zur Halbweisen- und von 2·25 S zur

1) Dem Witwer einer Versicherten, die den Lebensunterhalt ihres Gatten ganz oder überwiegend aus ihrem Arbeitsverdienst bestritten hat, gebührt nach § 107 ArbVG. eine Witwenrente, wenn und solange er erwerbsunfähig und bedürftig ist.

2) Falls sie im Sinne von § 42, Abs. 4, ArbVG. als Angehörige gilt.

3) Dieser Zuschlag suppliert den in diesem Falle nicht gewährten Zuschuß aus öffentlichen Mitteln. Seiner absoluten Höhe nach schwankt der Ausstattungsbeitrag zwischen 72 S und 360 S.

4) Siehe hierüber die Darlegungen auf S. 556.

Doppelwaisenrente, endlich von 1 S zum Kinderzuschuß.¹⁾ Diese Zuschüsse sind für die Versicherten nicht nur deshalb von Bedeutung, weil sie an sich das Ausmaß der Renten steigern, sondern auch ihrer ausgleichenden Wirkung wegen, die sich angesichts ihrer innerhalb der verschiedenen Rentengattungen gleichen Höhe bei den in den niedrigeren Lohnklassen erworbenen Renten prozentuell stärker auswirkt, als bei den in höheren Lohnklassen anfallenden Bezügen. In welchem Verhältnis der Bund, die Länder und Gemeinden zur Aufbringung der für die Zuschüsse erforderlichen Mittel beizutragen haben, wird durch ein besonderes Gesetz bestimmt werden.

§ 89. Die Organisation der Arbeiterversicherung.

I. Die Versicherungsträger sind juristische Personen, denen vom Gesetz die Durchführung der Arbeiterversicherung anvertraut ist. Ihr Aufbau ist ein verhältnismäßig einfacher, da das ArbVG. als Träger der Krankenversicherung nur die Krankenkassen und als Träger der Rentenversicherung ausschließlich die für den Bereich des gesamten Bundesgebietes in Wien zu errichtende Arbeiterversicherungsanstalt kennt.²⁾ Es ist somit eine sich in der Basis breit verästelnde, nach oben hin aber streng zentralisierte Organisation, die bei aller Berücksichtigung lokaler Verschiedenheiten und Bedürfnisse doch eine einheitliche Gestaltung des Versicherungsapparates ermöglicht.

a) Die Krankenkassen. Diesen obliegt die Durchführung der Krankenversicherung und die Mitwirkung an den Geschäften der übrigen Versicherungszweige. Ihre Aufgaben sind insbesondere: die Entgegennahme der An- und Abmeldungen der Versicherten sowie deren Standesführung; die Bemessung, Vorschreibung und Einhebung der Versicherungsbeiträge für alle Versicherungszweige;³⁾ die Gewährung der Leistungen der Krankenversicherung; die Mitwirkung an der Feststellung der Leistungsansprüche aus der Unfall- und Invalidenversicherung sowie die Kontrolle der Rentenempfänger; die Abfuhr der Beiträge für die übrigen Versicherungszweige an die zuständigen Versicherungsträger;

1) Die Höhe dieser aus öffentlichen Mitteln zu gewährenden Zuschüsse bleibt hinter jenen der Nachbarstaaten etwas zurück. Da sie sich jedoch auch auf Hinterbliebenenrenten und Kinderzuschüsse erstrecken, werden sie jedenfalls einen namhaften Aufwand erfordern.

2) In der Regierungsvorlage des ArbVG. war zunächst ein anderer Organisationsplan vorgesehen. Es sollten die derzeit bestehenden drei Arbeiterunfallsversicherungsanstalten in Wien, Graz und Salzburg zu Trägern der Rentenversicherung umgewandelt und ihnen sowie den Krankenkassen ein gemeinsamer Oberbau in der neu zu schaffenden »Hauptstelle für Arbeiterversicherung« gegeben werden. Im Zuge der parlamentarischen Beratungen entschloß man sich jedoch, an Stelle der drei Anstalten eine einzige Arbeiterversicherungsanstalt in Wien zu errichten, wodurch die ursprünglich vorhandene Notwendigkeit, zwischen Gemeinlast und Sonderlast der Invalidenversicherung zu unterscheiden, weggefallen war.

3) Somit auch für jene zur Arbeitslosenversicherung, obzwar diese nicht im ArbVG., sondern im Arbeitslosenversicherungsgesetz vom 24. Mai 1920, St. 153, geregelt erscheint.

endlich auch die Verwaltung des eigenen Kassenvermögens. Es sind somit zahlreiche und wichtige Agenden, welche die Krankenkassen teils im eigenen, teils im übertragenen Wirkungskreise zu erfüllen haben.

Ihrer Gattung nach gibt es verschiedene Arten von Krankenkassen, von denen das ArbVG. die Betriebs-, Genossenschafts-, Vereins- und Gebietskrankenkassen sowie die Bruderladen als Träger der gesetzlichen Krankenversicherung¹⁾ anerkennt. Allerdings macht § 157 ArbVG. zwischen den verschiedenen Kassenformen insofern einen wesentlichen Unterschied, als er die Neuerrichtung von Betriebs- und Genossenschaftskrankenkassen, desgleichen die Neuzulassung von Versicherungsvereinen zur Durchführung der gesetzlichen Krankenversicherung nicht mehr gestattet. Es werden somit diese geschichtlich überlieferten Formen gewissermaßen auf den Aussterbeetat gesetzt. Die Zukunft gehört vielmehr den Gebietskrankenkassen, die als Nachfolger der früheren Bezirkskrankenkassen anzusehen sind; jedoch durch das Krankenkassenorganisationsgesetz²⁾ wesentlich vergrößerte Sprengel erhalten haben. Hierbei ist der Zug der Zeit unverkennbar auf weitere Konzentration des Kassenwesens gerichtet, ein Bestreben, das erst kürzlich in dem erfreulichen Zusammenschluß der Wiener Bezirks-, Vereins- und Genossenschaftskrankenkassen zu der mehr als 400.000 Mitglieder zählenden Wiener Arbeiter-Krankenversicherungskasse seinen Ausdruck gefunden hat.³⁾

1) Die gleichen Kategorien zählt auch § 11 des geltenden KrVG. auf.

2) Dieses KrKOG. vom 29. Dezember 1926, B. 17 (in der Fassung der Textvdg. vom 22. März 1929, B. 117), kann als ein Vorläufer des neuen ArbVG. bezeichnet werden, da es, in der Absicht, einen leistungsfähigen Unterbau für die kommende Arbeiterversicherung zu schaffen, die organisatorischen Bestimmungen über das Kassenwesen aus dem ArbVG. vorweggenommen und bereits in praktische Wirksamkeit gesetzt hat.

3) Dieser Zusammenschluß von mehr als 30 Wiener Kassen zu einer Einheitskasse von imponierender Größe und Geschlossenheit birgt einen großen Fortschritt in sich. Er erleichtert vor allem die Evidenzhaltung der Versicherten und ihrer Anwartschaften. Dank des neugeschaffenen zentralen Apparates wird man trotz oftmaligen Wechsels der Beschäftigung den versicherungsmäßigen Lebenslauf eines jeden Wiener Arbeiters namentlich Jugendzeit bis an sein Alter genau verfolgen und seine hieraus fließenden Ansprüche zuverlässig beurteilen können. Ein noch erheblicherer Vorteil erwächst den Versicherten aus der gesteigerten Leistungsfähigkeit des neuen gewaltigen Versicherungsträgers, der durch die Ökonomisierung seiner Geschäftsführung in die Lage versetzt ist, den größten Teil seiner Einkünfte für die Ausgestaltung und Verbesserung der Versicherungsleistungen aufzuwenden. Diese bewegen sich bei der Wiener Arbeiter-Versicherungskasse in erfreulich aufsteigender Richtung. So wurden aus den Eingängen des Jahres 1928 folgende Beträge für Versicherungsleistungen verwendet: Krankengeld 15 Mill. S.; Arzthilfe 4·27 Mill. S.; Medikamente 1·45 Mill. S.; Spitalspflege 4 Mill. S.; ambulatorische Krankenbehandlung 3 Mill. S.; Mutterhilfe 1·6 Mill. S.; Zahnpflege 1·2 Mill. S.; erweiterte Heilbehandlung 2 Mill. S.; Lehrlings- und Kinderfürsorge 3 Mill. S. Wie diese Ziffern beweisen, haben neben den Pflichtleistungen auch die freiwilligen Kassenleistungen eine ansehnliche Höhe erreicht. Angesichts dieses Prosperierens der Wiener Einheitskasse haben die Konzentrationsbestrebungen auf dem Gebiete des Kassenwesens auch bereits auf die Bundesländer übergreifen und namentlich in Steiermark günstige Ergebnisse gezeitigt. Die in Graz bestehende Kreiskrankenkasse umfaßt denn auch bereits mehr als 45.000 Mitglieder und ist hiedurch zur zweitgrößten Arbeiterkrankenkasse Österreichs geworden.

Die allmähliche Abstoßung der leistungsschwächeren Gebilde ist aber gerade auf dem Gebiete des Kassenwesens eine unbedingte Notwendigkeit. Sind diesen Versicherungsträgern doch so bedeutsame Aufgaben anvertraut, daß für das vollständige und zuverlässige Funktionieren des Kassendienstes alle nur tunlichen Sicherheiten geboten werden müssen. Ferner ist aber auch die möglichste Stabilisierung des Mitgliederstandes¹⁾ von Wichtigkeit, damit die Kassenleitungen ohne Sorge um drohende Mitgliederbewegungen ihre volle Arbeitskraft der steten Verbesserung der Kasseneinrichtungen widmen können. Deshalb versucht das ArbVG. die Zuständigkeitsgrenzen zwischen den einzelnen Kassenarten scharf und eindeutig festzulegen, um allen Streitigkeiten in dieser Hinsicht von vornherein vorzubeugen. Im Sinne dieser Grundsätze bewegen sich nun auch die folgenden Vorschriften des ArbVG.

1. Betriebskrankenkas sen.²⁾ Besteht eine solche in einem Betriebe, so sind alle in demselben beschäftigten Personen kraft Gesetzes bei der Betriebskrankenkasse versichert. Für derartige Kassen gelten mancherlei von den allgemeinen Normen abweichende Bestimmungen. So muß gemäß § 148 ArbVG. die Rechnungs- und Kassenführung unter Verantwortlichkeit und auf Kosten des Betriebsunternehmers durch einen von ihm zu bestellenden Rechnungsführer besorgt werden, wobei allfällige sich hieraus ergebende Ansprüche der Kasse gegen den Betriebsunternehmer seitens der Aufsichtsbehörde durch die Finanzprokurator geltend gemacht werden können. Reichen die Bestände der Kasse, bzw. ihre Beitragseinnahmen nicht aus, die laufenden Ausgaben und die gesetzlichen Regelleistungen zu decken, so hat der Betriebsunternehmer die erforderlichen Vor- oder Zuschüsse aus eigenem zu leisten. Das Vermögen der Kasse gilt als dem Betriebsunternehmer anvertraut³⁾ und ist abgesondert zu verwalten. Es ist auf den Namen der Kasse anzulegen, bzw. zu vinkulieren.⁴⁾ Es sind also durchwegs gesteigerte Verpflichtungen, die hier dem Betriebsunternehmer in Form besonderer Haftungen auferlegt werden. Andererseits stehen ihm auch singuläre Befugnisse zu, so z. B. das Recht, die Arbeitgebervertreter in den Verwaltungskörpern der Kasse zu ernennen, den Vorsitz in den letzteren

1) Dieser Stabilisierung des Mitgliederstandes dient auch der im ArbVG. festgehaltene Grundgedanke, daß ein Wechsel in der Versicherungszuständigkeit eines Betriebes stets an die vorherige Zustimmung der darin Beschäftigten gebunden ist.

2) Diese stellen die älteste Kassenform dar, die sich jedoch bereits überlebt hat. Sie wurzeln noch vielfach in den patriarchalischen Verhältnissen der Vergangenheit, wo die Vorsorge für den Krankheitsfall mehr der Fürsorge des Unternehmers als einer gesetzlich auferlegten Rechtspflicht entsprang. Hieraus erklären sich denn auch die mannigfachen Kautelen, welche das ArbVG. schafft, um bei den noch bestehenden Betriebskrankenkas sen eine klare Scheidung zwischen der Rechtssphäre des Betriebsunternehmers und jener der Kasse eintreten zu lassen.

3) Diese gesetzliche Bestimmung hat auch strafrechtliche Bedeutung, da sie ein rechtswidriges Handeln des Betriebsunternehmers, welches das Kassenvermögen seinen Zwecken entzieht, als Veruntreuung erscheinen läßt.

4) Eine solche Vinkulierung wird in der Regel nur bei Wertpapieren, Sparkassebüchern u. dgl. erfolgen können.

zu führen¹⁾ u. dgl. Die Auflösung des Betriebes hat naturgemäß die Auflösung der Betriebskrankenkasse zur Folge, die vom Landeshauptmann auszusprechen ist. Dieser kann die Auflösung der Kasse aber auch verfügen, wenn der Betriebsunternehmer es unterläßt, für die ordnungsmäßige Rechnungs- und Kassenführung Sorge zu tragen, ferner wenn grobe Unregelmäßigkeiten oder erhebliche Gesetzwidrigkeiten vorkommen, die trotz aufsichtsbehördlicher Aufforderung nicht abgestellt werden, endlich auch, wenn die Auflösung der Kasse unter Zustimmung des Betriebsunternehmers von der Hauptversammlung beschlossen oder vom ersteren selbst beantragt wurde.

2. Genossenschaftskrankenkassen. Soweit solche bestehen, sind bei diesen alle Angehörigen der Gewerbegenossenschaft versichert, das sind jene Gehilfen und Lehrlinge, die bei den Pflichtmitgliedern derselben beschäftigt sind. Will jedoch eine Genossenschaft eine eigene Krankenkasse nicht errichten und beschließt sie durch übereinstimmende Willenskundgebungen der Genossenschafts- und Gehilfenversammlung den korporativen Beitritt zu einer Gebiets- oder Vereinskrankenkasse,²⁾ so hat dies für den genannten Personenkreis die Zwangszuständigkeit beim neuen Versicherungsträger zur Folge. Doch muß in solchem Falle der Sprengel des letzteren auch den gesamten Sprengel der Genossenschaft umfassen. Aus Genossenschaftskrankenkassen, welche mehrere Genossenschaften umfassen, können die Angehörigen jeder einzelnen Genossenschaft korporativ austreten.³⁾ Ein solcher Austritt hat jedoch die Auflösung der Kasse nur dann zur Folge, wenn hiedurch ihr Mitgliederstand unter das gesetzlich vorgeschriebene Mindestmaß⁴⁾ herabsinkt. Im übrigen kann die Auflösung einer Genossenschaftskrankenkasse, abgesehen von dem Falle der Auflösung der Genossenschaft, vom Landeshauptmann beim Vorkommen von Unregelmäßigkeiten, bzw. Gesetzwidrigkeiten sowie dann ausgesprochen werden, wenn dies von der Hauptversammlung der Kasse oder von der Genossenschaft unter Zustimmung der Gehilfenversammlung beantragt wird.

3. Vereinskrankenkassen. Bei diesen auf Grund des Vereinsgesetzes vom 26. November 1852, R. 253, errichteten, zur Durchführung der gesetzlichen Krankenversicherung berechtigten Krankenkassen⁵⁾ ist eine Versicherungszuständigkeit ex lege nicht gegeben. Sie tritt vielmehr nur auf Grund eines vom Arbeitgeber unter Zustimmung der Versicherten mit der Vereinskasse abgeschlossenen Ver-

¹⁾ Dies jedoch nur dann, falls die Satzung der Kasse nichts anderes vorsieht.

²⁾ Zu einer anderen Genossenschaftskrankenkasse darf somit der Übertritt nicht vollzogen werden.

³⁾ Auch hiezu sind übereinstimmende Beschlüsse der Genossenschafts- und Gehilfenversammlung erforderlich.

⁴⁾ Siehe hierüber die Ausführungen auf S. 609.

⁵⁾ Es handelt sich somit hier um Versicherungsvereine, die neben sonstigen satzungsmäßigen Aufgaben auf Grund besonderer behördlicher Zulassung auch die Durchführung der gesetzlichen Krankenversicherung besorgen.

trages ein, dem ein vom BM. für soziale Verwaltung zu erlassendes Schema zugrunde zu legen ist. Wird jedoch ein solcher Vertrag, der sich auf alle von dem betreffenden Arbeitgeber beschäftigten, versicherungspflichtigen Personen erstrecken muß, abgeschlossen, so erwächst hieraus für den genannten Personenkreis die Zwangszuständigkeit zu der gewählten Vereinskassenkasse. Von dem Abschluß, bzw. der Auflösung eines jeden derartigen Vertrages ist auch die zuständige Gebietskrankenkasse zu verständigen. Im übrigen gelten hinsichtlich der Art, in welcher die Zustimmung der Versicherten zum Vertragsabschluß sowie zu einem allfälligen späteren Kassenwechsel einzuholen ist, ähnliche Vorschriften, wie sie § 60, Abs. 2, AngVG. beim Übertritt zu der gemäß § 53, Abs. 2, AngVG. errichteten Wahlkasse anordnet.¹⁾ Bei den zur Durchführung der gesetzlichen Krankenversicherung berechtigten Vereinskassen ist eine mit getrennter Ausweisleistung und Rechnungsführung ausgestattete besondere Abteilung für die Versicherung der nach dem ArbVG. unterliegenden Personen zu errichten; der im Sinne des ArbVG. gewählte Obmann der Krankenkasse hat zugleich als solcher des Versicherungsvereines zu fungieren. Die Berechtigung zur gesetzlichen Krankenversicherung kann vom BM. für soziale Verwaltung solchen Vereinskassen entzogen werden, welche behördlichen Verfügungen nicht fristgerecht Folge leisten, die im Interesse der Erhaltung der Leistungsfähigkeit der Kasse als notwendig erachtet werden oder der Abstellung von Unregelmäßigkeiten, bzw. Gesetzeswidrigkeiten dienen. Mit der Entziehung der erwähnten Berechtigung ist die Auflösung der bezüglichen Kassenabteilung verbunden; auch verliert die Kasse damit die Eigenschaft einer Vereinskassenkasse im Sinne des ArbVG. Ihr weiterer Bestand als Versicherungsverein wird jedoch hiedurch nicht berührt.

4. Bruderladen. Die auf Grund der berggesetzlichen Vorschriften bei den einzelnen Bergbaubetrieben errichteten Bruderladen werden im allgemeinen so wie Betriebskrankenkassen behandelt.²⁾ Sie behalten daher auch weiterhin ihre Versicherungszuständigkeit für alle bei dem betreffenden Betrieb beschäftigten Bergarbeiter, und gilt für ihre Geschäftsführung und allfällige Auflösung das bei den Betriebskassen Gesagte. Revierbruderladen, die ihre Wirksamkeit nicht bloß auf eine einzelne Bergbauunternehmung, sondern auf einen bestimmten örtlichen Bereich das Revier, erstrecken, sind dem neuen ArbVG. fremd. Sie sind daher dort, wo sie noch bestehen, bei dessen Wirksamkeitsbeginn aufzulösen.

¹⁾ Siehe hierüber die Darlegungen auf S. 565. Die Einrichtung der Wahlkassen, die auf Grund des § 5, Abs. 1, KrKOG. in allen Bundesländern geschaffen wurden, hat bereits gegenwärtig in der Arbeiterversicherung große praktische Bedeutung gewonnen. Vgl. über das Wesen der Wahlkassen und die bei der gesetzlichen Schaffung derselben maßgebenden Beweggründe auch den instruktiven Artikel von Schmitz: »Die Reorganisation der österreichischen Krankenversicherung« in der »Österreichischen Zeitschrift für Sozialversicherung«, Jahrgang 1927, S. 12 ff.

²⁾ Sie unterliegen somit auch den für Betriebskrankenkassen aufgestellten Verwaltungsvorschriften.

5. Gebietskrankenkassen. Bei diesen sind alle nach dem ArbVG. versicherungspflichtigen Personen versichert, die im Sprengel der Gebietskasse beschäftigt sind und keiner der früher genannten Krankenkassen angehören. Die Gebietskrankenkassen sind daher als subsidiäre Versicherungsträger anzusehen, die überall dort eingreifen, wo eine spezielle Versicherungszuständigkeit entweder nicht gegeben ist oder mangels der gesetzlichen Voraussetzungen zu bestehen aufgehört hat. Ihrem Gebietsumfange nach können sie entweder Bezirks-, Kreis- oder Landeskrankenkassen sein. Die gegenwärtig geltende Sprengelteilung der Gebietskrankenkassen ist in einem Anhang zu dem bereits erwähnten Krankenkassenorganisationsgesetz verzeichnet. Der BM. für soziale Verwaltung ist jedoch berechtigt, nach Anhörung des Landeshauptmannes Änderungen in der Sprengelbildung sowie die Vereinigung oder Teilung von Gebietskassen anzuordnen. Vor einer jeden solchen Verfügung ist den beteiligten Versicherungsträgern und Kassenverbänden sowie den interessierten Handels- und Arbeiterkammern Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

Für alle die genannten Kassenarten fordert das ArbVG. das Vorhandensein gewisser Mindeststände von Mitgliedern, wenn sie in ihrem Bestand aufrechtbleiben sollen. Es verfügt daher in § 158, daß Betriebs- und Genossenschaftskassen vom Landeshauptmann aufzulösen, bzw. den Vereinskassen ihre Berechtigung zur Durchführung der gesetzlichen Krankenversicherung seitens des BM. für soziale Verwaltung zu entziehen ist, wenn ihr Stand an versicherungspflichtigen Mitgliedern im Durchschnitt eines Kalenderjahres um mehr als 25 Prozent unter die in den §§ 3, 4 und 5 KrKOG. festgesetzten Mindestzahlen gesunken ist. Diese letzteren betragen nun bei Betriebskrankenkassen in der Regel 1000,¹⁾ bei Genossenschaftskrankenkassen 2000, bzw., wenn ihr Sprengel ein ganzes Bundesland umfaßt, 3000 Mitglieder; bei Vereinskassen hingegen wird, wenn ihre Wirksamkeit sich nur auf ein Bundesland erstreckt, eine Mindestzahl von 5000, sonst jedoch eine solche von 10.000 versicherungspflichtigen Mitgliedern gefordert. Lediglich für die im Sinne des § 5, Abs. 2, KrKOG. neu zugelassenen Wahlkassen begnügt sich das Gesetz fürs erste mit etwas geringeren Ständen.²⁾ Kommt es nun zur behördlichen Auflösung solcher an Mitgliederstand unter die gesetzlichen Grenzen gesunkenen Kassen, so hat die auflösende Stelle die erforderlichen Anordnungen über die Vermögensauseinandersetzung und die

1) Betriebskrankenkassen, die weniger als 1000, jedoch mehr als 400 Mitglieder besitzen, diesen aber erhebliche Mehrleistungen bieten, kann der Landeshauptmann gemäß § 3, Abs. 2, KOG. den Weiterbestand gestatten, falls Inhaber und Betriebsrat des Unternehmens darum ansuchen und die Hauptversammlung der Kasse in gleichem Sinne beschließt. Ebenso ist Betriebsunternehmern, die im Bundesgebiete mehr als 5000 Arbeitnehmer bei eigenen Betriebskassen versichert haben, die Erhaltung der bestehenden Kassen ohne Rücksicht auf deren Mitgliederzahl gestattet.

2) Die Mindeststände erfordern bei den gemäß § 5, Abs. 2, KrKOG. zugelassenen Wahlkassen in Wien und Niederösterreich je 2500, sonst je 1500 Mitglieder.

Geschäftsabwicklung der zum Verschwinden gebrachten Versicherungsträger zu treffen. Die von der Auflösung betroffenen Arbeitnehmer sind, falls zwischen ihnen und dem Arbeitgeber ein Einvernehmen über die Kasse, bei der sie weiterhin versichert werden sollen, nicht zustande kommt, bei der zuständigen Gebietskasse zu versichern.

b) Die Arbeiterversicherungsanstalt hat ihren Sitz in Wien und fungiert als alleiniger Versicherungsträger auf dem Gebiete der Unfall- und Invalidenversicherung der Arbeiter. Ihre Aufgaben sind insbesondere: die Überwachung der Vorschreibung und Einhebung der Beiträge für alle Versicherungszweige; die Feststellung der Ansprüche aus der Unfall- und Invalidenversicherung sowie die Gewährung der Leistungen aus derselben; die Standesführung und Kontrolle der Rentenempfänger; die Durchführung des Heilverfahrens in der Unfall- und Invalidenversicherung; die Regelung der Beziehungen zwischen der Anstalt und den Krankenkassen auf dem Gebiete der Heilfürsorge und der Bekämpfung von Volkskrankheiten; die Bereitstellung der Unterlagen für die Überprüfung der Zulänglichkeit der Beiträge zur Unfall- und Invalidenversicherung; die Aufstellung gemeinsamer Richtlinien für die Dienst- und Geschäftsordnung der Versicherungsträger sowie die Entlohnung ihrer Angestellten; die versicherungstechnische Auswertung der Statistik auf dem Gebiete der Arbeiterversicherung sowie die an den BM. für soziale Verwaltung ergehende Berichterstattung über die Wahrnehmungen bei Durchführung derselben. Es sind somit teils ausführende, teils überwachende, teils berichterstattende Agenden, die hier zusammenfließen. Die günstigen Erfahrungen, die mit der ähnlich aufgebauten Hauptanstalt für Angestelltenversicherung¹⁾ gemacht wurden, berechtigen zur Hoffnung, daß sich die Anwendung des Zentralisationsprinzips auch in der Organisation der Arbeiterversicherung bewähren wird.

II. Die Verwaltungskörper der Versicherungsträger. In diesem Belange besteht insofern eine weitgehende Analogie mit der Angestelltenversicherung, als wir auch hier als maßgebende Verwaltungskörper der Krankenkassen die Hauptversammlung, den Vorstand und den Überwachungsausschuß, bei der Arbeiterversicherungsanstalt hingegen die Hauptversammlung, den Vorstand und die Rentenausschüsse vorfinden.

a) Die Hauptversammlung ist das eigentlich beschließende Organ des Versicherungsträgers, zu dessen Wirkungskreis bei den Krankenkassen insbesondere nachstehende Angelegenheiten gehören: die Beschlußfassung über den Jahresbericht des Vorstandes und seine Entlastung; ferner jene über die Satzung und deren Änderungen; die Wahl des Vorstandes, des Überwachungsausschusses und der Beisitzer der Schiedskommissionen; die Entscheidung über die Verfolgung von Ansprüchen, die der Kasse gegen Mitglieder des Vorstandes oder

1) Siehe hierüber die Ausführungen auf S. 566.

Überwachungsausschusses aus deren Amtsführung erwachsen; die Beschlußfassung über die Auflösung oder die freiwillige Vereinigung mit einer anderen Kasse; endlich der Beitritt zu einem Kassenverband und der Austritt aus diesem. Ähnlich ist es bei der Hauptversammlung der Arbeiterversicherungsanstalt. Hier kommt noch zu den genannten Agenden die Feststellung des Jahresvoranschlages, ferner die Beschlußfassung über die Errichtung von Rentenausschüssen sowie jene über Erwerbung, Veräußerung und Belastung von Liegenschaften hinzu.

Ihrer Zusammensetzung nach besteht die Hauptversammlung der Krankenkassen aus einer Anzahl von Delegierten, die zu einem Fünftel von den Arbeitgebern und zu vier Fünfteln von den Arbeitnehmern aus deren Mitte durch direkte Wahl¹⁾ bestellt werden. Hierbei gelten für alle Wahlen in die Verwaltungskörper, wenn mehr als zwei Personen zu wählen sind, die Grundsätze des Verhältniswahlrechtes; ansonsten ist die Mehrheit der abgegebenen Stimmen entscheidend. Die Zahl der Delegierten richtet sich nach der Zahl der Kassenmitglieder und beträgt nach § 163 ArbVG. bei Kassen bis zu 3000 Mitgliedern 30 Delegierte, dann für je 1000 weitere Mitglieder 5 Delegierte mehr. Bei Kassen, die mehr als 10.000 Mitglieder besitzen, tritt dann insofern eine sinkende Skala ein, als die Staffeln, auf die je 5 weitere Delegierte entfallen, mit dem wachsenden Mitgliederstand immer größer werden. Auf andere Weise wird die Hauptversammlung der Arbeiterversicherungsanstalt gebildet, die außer dem Präsidenten, der über Vorschlag der Regierung vom Bundespräsidenten ernannt wird,²⁾ aus der gleichen Zahl von Delegierten der Arbeitgeber und Arbeitnehmer besteht. Deren Wahl ist eine indirekte, da sie in getrennten Wahlgängen von den Vertretern der Arbeitgeber und Arbeitnehmer in den Vorständen und Überwachungsausschüssen der Krankenkassen bestellt werden. Hierbei hat jeder Wahlberechtigte so viele Stimmen, als sich aus der Teilung der Zahl der Kassenmitglieder durch die Zahl der Vorstandsmitglieder ergibt. Jedes Bundesland bildet einen Wahlkreis. Die Zahl der Mandate jeder der beiden Gruppen beträgt für Wien 65, für Niederösterreich und Steiermark je 15, für Oberösterreich 10 und für

1) Wahlberechtigt sind gemäß § 164, Abs. 1, ArbVG. Arbeitnehmer und Arbeitgeber, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, und zwar erstere nur dann, wenn sie am Beginn des der Wahlausschreibung vorhergehenden Monats Mitglieder der betreffenden Kasse waren, letztere hingegen, wenn sie am genannten Stichtage versicherungspflichtige Mitglieder der Kasse beschäftigten. Wählbar sind nach § 164, Abs. 2, ArbVG. nur Personen, die das 21. Lebensjahr vollstreckt haben und die Voraussetzungen für die Wählbarkeit in den Nationalrat [vgl. hierüber die Fußnote ²⁾ auf S. 294] erfüllen. Als Vertreter der Arbeitnehmer können neben Vorstandsmitgliedern und Beamten ihrer Organisationen nur versicherungspflichtige oder versicherungsberechtigte Kassenmitglieder gewählt werden. Die Amtsdauer aller in die Verwaltungskörper der Versicherungsträger gewählten Funktionäre beträgt vier Jahre (§ 22 ArbVG.).

2) Dem Präsidenten, dessen Funktionsdauer mit jener der Hauptversammlung zusammenfällt, stehen zwei Stellvertreter zur Seite, die in getrennten Wahlgängen aus den Gruppen der Arbeitgeber und Versicherten im Vorstand auf ein Jahr gewählt werden.

die Bundesländer Salzburg, Kärnten, Tirol, Vorarlberg und Burgenland je 5. Die Hauptversammlung der Arbeiterversicherungsanstalt wird daher, vom Präsidenten abgesehen, je 130 Vertreter der Arbeitgeber und Arbeitnehmer umfassen. Es handelt sich somit sowohl bei der Hauptversammlung der Anstalt als auch bei jener der Kassen um vielköpfige Körperschaften, die wohl kaum öfter, als es das Gesetz vorschreibt — die §§ 170 und 185 ArbVG. sehen eine mindestens einmalige Einberufung jährlich vor —, zusammentreten dürften.¹⁾

b) Der Vorstand. Diesem obliegt sowohl bei den Krankenkassen als auch bei der Arbeiterversicherungsanstalt die laufende Geschäftsführung. Er vertritt daher den Versicherungsträger nach außen und besorgt alle Angelegenheiten desselben, soweit diese nicht durch Gesetz der Hauptversammlung oder anderen Organen vorbehalten sind. Insbesondere ist der Vorstand der Kassen zum Abschlusse von Verträgen mit Ärzten, Apothekern, Zahntechnikern und Heilanstalten zuständig; er kann Angestellte aufnehmen und entlassen, wobei er lediglich hinsichtlich des leitenden Beamten gemeinsam mit dem Überwachungsausschuß vorzugehen hat. Der Vorstand der Arbeiterversicherungsanstalt wiederum hat unter anderem auch über die fruchtbringende Anlage des verfügbaren Vermögens zu beschließen. Den Vorständen der Versicherungsträger steht das Recht zu, unbeschadet ihrer eigenen Verantwortlichkeit einzelne Obliegenheiten engeren Ausschüssen²⁾, sowie die Besorgung bestimmter laufender Agenden besoldeten Beamten³⁾ zu übertragen.

Die Art, wie die Mitglieder des Vorstandes zu ihrer Funktion berufen werden, sowie die Zusammensetzung des Vorstandes ist bei den Kassen und der Anstalt verschieden. Bei ersteren wird der Vorstand von der Hauptversammlung kurienweise gewählt, und zwar derart, daß die Vertreter der Arbeitgeber ein Fünftel und jene der Arbeitnehmer vier Fünftel der Mandate besetzen. Die Zahl derselben steigt mit der Mitgliederzahl der Kasse und beträgt bei einem Stand bis zu 50.000 Mitgliedern 15, bei einem von über 50.000 Mitgliedern 30, bei einem von über 200.000 Mitgliedern 45 und bei den ganz großen Kassen mit über 300.000 Mitglieder⁴⁾ 60 Mandate. Bei der Arbeiterversicherungsanstalt hingegen begegnen wir im Vorstand drei Kurien.

1) Eine Verkleinerung dieser Körperschaften wäre nicht nur aus Gründen der Ersparung an Verwaltungskosten erwünscht, sondern würde auch eine Erhöhung ihrer Verhandlungsfähigkeit zur Folge haben.

2) Solche Ausschüsse werden insbesondere bei den Vorständen großer Kassen gebildet, um den Geschäftsgang nicht allzu schwerfällig zu machen.

3) Unter diesen kommt insbesondere dem leitenden Beamten eine gehobene Stellung sowie eine gesteigerte Verantwortlichkeit zu. Dies tritt schon in der Art seiner Ernennung zutage, die sich bei den Krankenkassen in gemeinsamer Sitzung des Vorstandes und Überwachungsausschusses, bei der Arbeiterversicherungsanstalt hingegen nach vorher eingeholter Zustimmung des BM. für soziale Verwaltung vollzieht. Der leitende Beamte ist berechtigt, den Sitzungen des Vorstandes mit beratender Stimme beizuwohnen.

4) Eine solche Kasse wird wohl nur in Wien bestehen.

Ihm gehören nämlich gemäß § 184 ArbVG. neben dem Präsidenten je 20 Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber und überdies 8 Vertreter der öffentlichen Verwaltung an. Während die beiden ersteren aus den betreffenden Gruppen in der Hauptversammlung gewählt werden, beruht das Mandat der Vertreter der öffentlichen Verwaltung auf Ernennung der Bundesregierung. Ihre Heranziehung zu den Vorstandsgeschäften erklärt sich aus dem Interesse, das die durch Zuschüsse zu den Invaliditäts-, Alters- und Hinterbliebenenrenten beitragenden öffentlich-rechtlichen Gebietskörperschaften an einer guten und sparsamen Verwaltung der Versicherung haben.

c) Der Überwachungsausschuß hat auch in der Arbeiterversicherung die gleichen Aufgaben, die ihm in der Angestelltenversicherung zukommen. Es kann daher auf das dort Gesagte¹⁾ verwiesen werden. Er setzt sich zu einem Fünftel aus Vertretern der Arbeitnehmer und zu vier Fünfteln aus Vertretern der Arbeitgeber zusammen.

d) Die Rentenausschüsse sind sowohl bei der Arbeiterversicherungsanstalt als auch außerhalb Wiens am Sitze eines jeden Versicherungsgerichtes zu dem Zwecke einzusetzen, um über Leistungsansprüche aus der Unfall- und Invalidenversicherung zu entscheiden. Ihre Zusammensetzung ist die gleiche wie in der Angestelltenversicherung.²⁾ In allen Fällen, in denen die Erwerbsfähigkeit oder Invalidität festgestellt oder überprüft werden soll, ist dem Rentenausschuß auch ein von der Anstalt zu bestimmender Arzt mit beratender Stimme beizuziehen. Bei der Wahl der Versichertenvertreter ist darauf Bedacht zu nehmen, daß die hauptsächlichsten Berufsgruppen der Versicherten im Rentenausschuß vertreten sind. Zur Gültigkeit von Beschlüssen über Zu- oder Aberkennung von Ansprüchen sowie über das Ausmaß der Versicherungsleistung ist Einstimmigkeit aller Mitglieder des Rentenausschusses erforderlich. Kommt ein einhelliger Beschluß nicht zustande, so steht die Entscheidung dem Vorstand der Arbeiterversicherungsanstalt zu.

III. Die Kassenverbände stellen zusammenfassende Organisationen dar, deren Zweck es ist, die mehreren Krankenkassen gemeinsamen Angelegenheiten auf einheitliche und zweckmäßige Art zu besorgen.³⁾ Zu ihren Aufgaben zählen insbesondere: der Abschluß gemeinsamer Verträge mit Ärzten, Hebammen, Apothekern, Zahntechnikern und Krankenhäusern; die Beschaffung von Heilmitteln und Heilbehelfen; die gemeinsame Besorgung der Krankenkontrolle; die Vorsorge für erweiterte

¹⁾ Vgl. die Ausführungen auf S. 570.

²⁾ Siehe diesbezüglich S. 571.

³⁾ Die Krankenkassenverbände sind auch dem geltenden Recht nicht fremd, in das sie durch die II. Novelle zum KrVG. (Gesetz vom 20. November 1917, R. 457) Eingang gefunden haben. Ihre rechtliche Stellung, ihr Aufgabenkreis sowie ihre Verwaltung und Geschäftsführung werden derzeit durch die §§ 67 bis 69a KrKOG. geregelt.

Heilbehandlung; die Anlage und der Betrieb gemeinsamer Heilanstalten; die Anstellung gemeinsamer Beamten und Kontrollorgane sowie die Besorgung der Statistik innerhalb ihres Aufgabenkreises. Es sind somit wichtige, die Kraft kleinerer Kassen übersteigende Agenden, die hier größeren und leistungsfähigeren Körpern, nämlich den Verbänden, überwiesen werden.

Der Beitritt zum Verband, ebenso auch der Austritt aus demselben ist dem Belieben der einzelnen Kassen anheimgestellt, die hierüber durch ihre Hauptversammlung Beschluß zu fassen haben. Es ist also bloß eine fakultative Einrichtung, mit der wir es hier zu tun haben. Die innere Organisation der Kassenverbände, namentlich die Art ihrer Verwaltung, Geschäftsführung und Vertretung sowie die Aufbringung der Mittel für die Verbandszwecke werden durch die Satzung geregelt, die der Genehmigung der Aufsichtsbehörde bedarf. Deren Funktionen werden, soweit es sich um Kassenverbände handelt, die ihre Wirksamkeit nur auf ein Bundesland erstrecken, vom Landeshauptmann, sonst vom BM. für soziale Verwaltung ausgeübt. Die Verwaltungskörper der Kassenverbände werden wie jene der Kassen gebildet; auch das Vertretungsverhältnis von Arbeitgebern und Versicherten ist dasselbe.¹⁾ Desgleichen stehen die den Überwachungsausschüssen der Kassen eingeräumten Befugnisse auch jenen der Verbände zu.

Die Gründung von Kassenverbänden kann nach § 175 ArbVG. nur erfolgen, wenn nachgewiesen wird, daß die dem Verband beitretenden Krankenkassen mehr als ein Fünftel der im Verbandsgebiet vorhandenen Versicherungspflichtigen, mindestens aber 50.000 Mitglieder umfassen. Diese Bedingung entfällt jedoch, wenn der Verband alle Kassen eines Bundeslandes in sich schließt. Kassenverbände, die diesen Voraussetzungen nicht entsprechen, sind aufzulösen, wenn ihr Mitgliederstand durch mehr als zwei Jahre unter zwei Dritteln der erwähnten Mindestzahlen verbleibt. Im übrigen hat die Verbandsatzung die Bedingungen für den Austritt einzelner Verbandskassen sowie über die freiwillige Auflösung des Verbandes zu regeln. Doch darf die Haftung ausscheidender Kassen über die Verpflichtung zur Leistung einer dem durchschnittlichen Jahresbeitrag gleichkommenden Summe nicht hinausgehen.

Die Kassenverbände können sich gemäß § 179 ArbVG. behufs Vertretung ihrer gemeinsamen Interessen zu Hauptverbänden zusammenschließen, die ihren Wirkungskreis auf das ganze Bundesgebiet erstrecken. Ein Hauptverband darf jedoch nur dann gegründet werden, wenn nachgewiesen wird, daß die ihm beitretenden Verbände insgesamt mehr als ein Fünftel der nach dem ArbVG. Versicherten umfassen. Es müssen somit Organisationen sein, die über entsprechende Leistungsfähigkeit ver-

¹⁾ Die Versicherten besetzen daher im Vorstand vier Fünftel, die Arbeitgeber ein Fünftel der Mandate, während im Überwachungsausschuß das umgekehrte Verhältnis vorherrscht.

fügen.¹⁾ Zu den Aufgaben der Hauptverbände gehören: Die Vertretung der den Kassen gemeinsamen Angelegenheiten bei den gesetzgebenden Körperschaften und Behörden; die Errichtung einer Auskunftsstelle in allen Fragen der Arbeiterversicherung; die Gewährung von Rechtsschutz; die Herausgabe von Fachzeitschriften; die Unterstützung und Vertretung der Mitglieder in den Beziehungen zu anderen Versicherungsträgern sowie zu ihren eigenen Bediensteten, Ärzten, Hebammen, Apothekern, Krankenhäusern, Bade- und Kurverwaltungen usw.; endlich auch die Veranstaltung von Erhebungen, Umfragen, Enquêtes u. dgl. in Angelegenheiten der Krankenversicherung sowie die Abhaltung von Krankenkassentagen und Fachaussstellungen. Die Hauptverbände, auf deren inneren Einrichtungen die gleichen Grundsätze wie bei den Verbänden selbst Anwendung finden, stellen daher einen Oberbau dar, welcher nach Art einer Spitzenorganisation die Interessen der Kassen nach allen Richtungen hin zur Geltung bringen soll.

§ 90. Die Aufbringung und Verwendung der finanziellen Mittel.

I. Die Beiträge zur Arbeiterversicherung. Die Mittel zur Bestreitung des aus der Arbeiterversicherung fließenden Aufwandes werden durch einen einheitlichen, das Erfordernis für alle Versicherungszweige deckenden Beitrag²⁾ aufgebracht, der im allgemeinen beiden Teilen, den Arbeitgebern und Arbeitnehmern, gleichmäßig³⁾ zur Last fällt. Nur für Personen, die in Betrieben mit besonderer Unfallsgefahr oder in solchen mit unzureichenden, den sanitären und technischen Schutzvorschriften nicht entsprechenden Einrichtungen beschäftigt sind, können besondere, den Arbeitgeber allein treffende Zuschläge⁴⁾ vor-

1) Die Bildung derartiger Hauptverbände ist auch derzeit schon auf Grund des § 69 a KrKOG. möglich. Tatsächlich haben sich denn auch im Mai 1929 die Arbeiterkrankenversicherungskasse Wien, die Landeskrankenkasse Salzburg sowie die Kassenverbände von Wien, Niederösterreich, Oberösterreich, Steiermark, Tirol und Vorarlberg zum »Hauptverband österreichischer Krankenkassen« zusammengeschlossen.

2) Die Einführung eines einheitlichen Sozialversicherungsbeitrages an Stelle der bisher in Vorschreibung und Abfuhr völlig getrennte Beiträge zur Kranken- und Unfallversicherung stellt einen namhaften Fortschritt dar, der nicht nur für die Versicherungsträger eine Vereinfachung und Verbilligung des Einhebungsdienstes, sondern auch für die Betriebsunternehmer eine Entlastung von unproduktiven Arbeiten mit sich bringt.

3) Über die für Lehrlinge sowie für Versicherte, die keinen Geldlohn beziehen, bestehenden Ausnahmen vgl. die Ausführungen auf S. 619.

4) Die Wesensart dieser Zuschläge ist jedoch in den beiden Fällen durchaus verschieden. Bei Betrieben mit besonderer Unfallsgefahr handelt es sich um einen in der natürlichen Beschaffenheit derselben begründete Gefahrenklassenzuschlag, der in entsprechender Abstufung das gesteigerte versicherungsmäßige Risiko ausgleichen soll. Im zweiten Falle beinhaltet hingegen der Zuschlag eine Art von Strafmaßnahme, die auf indirektem Wege dahin strebt, den in technisch-sanitärer Hinsicht unbefriedigenden Zustand solcher vorschriftswidrig eingerichteter Betriebe zu verbessern. Die Höhe dieser letzteren Zuschläge darf ein Drittel des auf die Krankenversicherung entfallenden Beitragsanteiles nicht übersteigen. (§ 200, Abs. 2 ArbVG.)

geschrieben werden. Der Sozialversicherungsbeitrag stuft sich nach Lohnklassen ab. Die Beitragsgrundlage bildet die Untergrenze des täglichen Arbeitsverdienstes jener Lohnklasse, in die der Versicherte eingereiht ist. Die Beitragsgrundlage der ersten Lohnklasse, die hauptsächlich für Lehrlinge in Betracht kommt, wird jedoch mit einem fixen Betrage, nämlich mit 80 g angenommen. Der Beitrag selbst bestimmt sich stets in Prozenten der Beitragsgrundlage und ist in allen Lohnklassen im gleichen Verhältnis zu dieser festzusetzen.

Was nun die Höhe des Sozialversicherungsbeitrages anbelangt, so sieht § 201 ArbVG. bloß die zunächst geltenden Prozentsätze vor und überläßt es dem BM. für soziale Verwaltung, nach einem alljährlich stattfindenden Überprüfungsverfahren die Zulänglichkeit derselben zu untersuchen und auf Grund der hiebei zutage tretenden Erfordernisse die Höhe und Aufteilung des Beitrages für die später folgenden Beitragsjahre anzuordnen. Im einzelnen gilt nun folgendes: Der Gesamtbeitrag beträgt bis auf weiteres 70 Prozent der Beitragsgrundlage wöchentlich oder in absoluten Ziffern ausgedrückt, in der ersten Lohnklasse 56 g, in der zweiten Lohnklasse 84 g, um sodann in der dritten, vierten und fünften Lohnklasse um je weitere 42 g und in den Lohnklassen 6 bis 10 um je weitere 84 g pro Lohnklasse anzusteigen. Das Höchstmaß des Beitrages wird in der 10. Lohnklasse mit 5·88 S wöchentlich erreicht. Von diesem einheitlichen Sozialversicherungsbeitrag entfallen auf die Krankenversicherung 45 Prozent, auf die Unfallversicherung 5 Prozent und auf die Invalidenversicherung 20 Prozent der Beitragsgrundlage.¹⁾

Mit diesen Beitragssätzen, die bis auf weiteres gelten, hofft man, den voraussichtlichen Versicherungsaufwand in den ersten Jahren nach dem Inkrafttreten des ArbVG. decken zu können. Dann setzt, wie erwähnt, die periodische Überprüfung der Zulänglichkeit der Beiträge auf Grund gewisser, nach versicherungstechnischen Grundsätzen ermittelter Erfordernissummen ein. Bei Beurteilung dieser letzteren ist

¹⁾ Diese Art der Beitragsfestsetzung ist von jener des geltenden Rechtes durchaus verschieden, das, wie erwähnt, nur die voneinander völlig unabhängigen Beiträge zur Kranken- und Unfallversicherung kennt. Die ersteren werden in § 25, Abs. 2, KrVG. (in der Fassung der Textvlg. v. 22. März 1929, B. 117) für die untersten neun Lohnklassen mit 50⁰/₀ und für die 10. Lohnklasse mit 45⁰/₀ der Beitragsgrundlage festgesetzt, wobei als solche in den Lohnklassen 1 bis 8 der durchschnittliche Tagesarbeitsverdienst, in den Lohnklassen 9 und 10 jedoch die Untergrenze des Tagesarbeitsverdienstes gilt. Diese Normalbeiträge zur Krankenversicherung, unter welche die Kassen nicht herabgehen dürfen, sind gemäß § 34 KrVG. zu zwei Dritteln vom Arbeitnehmer und zu einem Drittel vom Arbeitgeber zu entrichten. Anders steht es in der Unfallversicherung, wo die Beiträge zur Gänze dem Betriebsunternehmer zur Last fallen. Ihrer Bemessung ist nach § 16, Abs. 1, UnfVG. (in der Fassung der XVII. Novelle v. 16. Februar 1928, B. 50) der Jahresarbeitsverdienst des Versicherten bis zum Höchstbetrage von 2400 S zugrunde zu legen. Das Beitragsprozent ist je nach der Gefahrenklasse verschieden, in welche der betreffende Betrieb eingereiht ist. Es schwankt in den Beitragstarifen der drei territorialen Arbeiterunfallversicherungsanstalten (Wien, Graz und Salzburg) zwischen 0·07⁰/₀ und 7·81⁰/₀, hält sich jedoch im Durchschnitt um 3⁰/₀.

auf die Bedürfnisse der einzelnen Versicherungszweige im Sinne der in § 203 ArbVG. aufgestellten Richtlinien Bedacht zu nehmen. So sollen in dem Erfordernisbetrag der Krankenversicherung deren gesetzliche Regelleistungen, ferner die Kosten für erweiterte Heilbehandlung bis zu einem Höchstbetrag von 6 Prozent der fällig gewordenen Beiträge, dann die Verwaltungsausgaben¹⁾ und endlich eine gleichfalls 6prozentige Rücklage zur Ansammlung einer Schwankungsreserve ihre Bedeckung finden. Der Erfordernisbetrag der Unfall- und Invalidenversicherung wiederum soll dazu ausreichen, um die in dem abgelaufenen Geschäftsjahre fällig gewordenen Versicherungsleistungen, ferner die mit 6 Prozent der Beiträge zu veranschlagenden Kosten des Heilverfahrens sowie die Verwaltungsausgaben zu bestreiten und eine Rücklage zur Ansammlung eines Reservefonds bilden zu können. Die Bildung dieser Rücklage geht nun derart vor sich, daß bis auf weiteres hierzu nur der den jeweiligen Bedarf übersteigende Teil der Einnahmen verwendet wird. Von dem Zeitpunkt ab, wo der ursprüngliche Beitragsatz auf Grund des Überprüfungsverfahrens zum erstenmal erhöht wird, tritt jedoch an Stelle dieses Vorganges ein anderes, im ArbVG. bestimmtes System. Dasselbe besteht darin, daß in einem jeden Geschäftsjahr über den eigentlichen Aufwanddeckungsbedarf (Versicherungsaufwand abzüglich Zinsenerträgnis) hinaus jener Betrag eingehoben wird, um den der halbe Rentenaufwand in der Invalidenversicherung das erzielte Zinsenerträgnis überschreitet. Dieser für die Reservenbildung maßgebende Differenzbetrag wird also um so kleiner sein, je größer das erzielte Zinsenerträgnis ist. Da nun bei wachsendem Vermögen der Arbeiterversicherungsanstalt naturgemäß auch die Zinsenerträgnisse steigen, werden bei längerer Bestandsdauer der Versicherung die für die Reservenbildung nötigen Rücklagen allmählich sinken. Wie sich die finanzielle Entwicklung der Invalidenversicherung und mit ihr auch die Beitragslast tatsächlich gestalten wird, ist nicht genau vorauszu- sehen. Insbesondere ist es fraglich, ob man, wie dies der technische Teil der Erläuterungen zur Regierungsvorlage des ArbVG. annimmt, mit dem für die Unfall- und Invalidenversicherung im Gesetz vorgesehenen Beitragsatz von 25 Prozent durch nahezu 8 Jahre das Auslangen finden wird. Es ist vielmehr zu befürchten, daß bei länger andauernder Verzögerung des Wirksamkeitsbeginnes des ArbVG. die der ersten Eintrittsgeneration zuerkannten Begünstigungen²⁾ ein starkes Anwachsen unbezahlter Beitragszeiten und damit auch eine Verschiebung sämtlicher Berechnungsgrundlagen herbeiführen werden. Man muß daher immerhin die Möglichkeit früherer Beitragssteigerungen ins Auge fassen.

1) Für diesen Zweck dürfen gemäß § 204, Abs. 1, ArbVG. von den Krankenkassen 90/0 und von der Arbeiterunfallversicherungsanstalt 60/0 der für die Krankenversicherung, bzw. für die Unfall- und Invalidenversicherung fällig gewordenen Beiträge verwendet werden.

2) Siehe diesbezüglich die Darlegungen auf S. 599 und 626.

Die Entrichtung der Beiträge obliegt den Arbeitgebern, die verpflichtet sind, dieselben zu den satzungsmäßigen Zahlungsterminen an die zuständige Krankenkasse abzuführen. Die Beiträge sind für die gesamte Dauer der die Versicherungspflicht begründenden Beschäftigung zu bezahlen. Die Unterbrechung der letzteren befreit somit im allgemeinen von der Beitragsleistung; doch dauert die Verpflichtung hiezu fort, wenn der Versicherte auf Grund eines Rechtsanspruches sein Entgelt weiter bezieht.¹⁾ Die Beitragspflicht endet mit dem Austritt aus der Beschäftigung, bzw. mit der Abmeldung. Wird diese gar nicht oder nicht rechtzeitig erstattet, so laufen die Beiträge bis zur Abmeldung oder doch zumindest bis zu jenem Zeitpunkt weiter, in dem die Krankenkasse anderweitig von dem Austritt Kenntnis erhält. Länger als ein Jahr nach Austritt können die Beiträge jedoch auf keinen Fall eingefordert werden. Arbeitgebern, die von ihnen beschäftigte Personen gar nicht oder verspätet anmelden, kann die Kasse gemäß § 206, Abs. 2, ArbVG. neben den Verzugsgebühren eine Zuschlagszahlung bis zur Höhe des zehnfachen Betrages der nachzahlenden Beiträge auferlegen.²⁾ Dies gilt sinngemäß auch dann, wenn ein Versicherter in einer zu niedrigen Lohnklasse angemeldet wird.

Der Versicherungsbeitrag ist gemäß § 207, Abs. 1, ArbVG. nach Wochen zu bemessen. Für Beschäftigungen bis zu drei Tagen innerhalb der Woche ist der halbe, sonst der volle Wochenbeitrag zu entrichten. Die Beiträge sind am ersten Samstag jedes Monats fällig und innerhalb von vier Wochen von diesem Zeitpunkt für die vier- oder fünfwöchige Beitragsperiode zu bezahlen. Die Kassensatzung kann anordnen, daß für bestimmte Gruppen von Versicherten (Haus-

1) Hingegen ruht die Pflicht zur Beitragsleistung für jene Zeit, in welcher der Versicherte die Beschäftigung wegen Krankheits-, Schwangerschafts- oder Geburtsfall unterbrochen hat, falls die Anzeige hierüber binnen drei Tagen nach dem Austritt aus der Beschäftigung erstattet wurde.

2) Diese Zuschlagszahlung kann jedoch beim Vorliegen berücksichtigungswürdiger Umstände auf Ansuchen des Verpflichteten durch die Aufsichtsbehörde ermäßigt oder nachgesehen werden. Auch § 33, Abs. 2, des geltenden KrVG. kennt derartige Zuschläge, die sogar bis zur Höhe des zwanzigfachen Betrages der Nachzahlung auferlegt werden können. Das BM. für soziale Verwaltung hat jedoch mit dem Erlasse vom 24. Mai 1929, Z. 30.065, der zwecks Interpretation einiger Bestimmungen der XXIII. Novelle zum KrVG. an alle Krankenkassen hinausgegeben wurde, darauf hingewiesen, daß dies weitgehende Recht seitens der Kassen maßvoll zu gebrauchen sein wird. »Die Auferlegung der Zuschlagszahlung«, so heißt es in dem zitierten Erlasse, »muß daher dem schuldhaften Verhalten eines meldesäumigen Arbeitgebers und dem die Kasse etwa treffenden Nachteil angemessen sein. Eine Verspätung der Meldung um wenige Tage rechtfertigt die Zuschlagszahlung wohl noch nicht, es sei denn, daß sich die Säumnis oder Unterlassung wiederholt. Im Falle einer Unterlassung der Meldung wird vor Auferlegung einer Zuschlagszahlung auch darauf gesehen werden müssen, ob die Frage der Versicherungspflicht und Versicherungszuständigkeit außer jedem Zweifel steht. Wenn dies nicht zutrifft, wird wohl von der Auferlegung einer Zuschlagszahlung abzusehen sein«. Die in diesem Erlasse niedergelegten Grundsätze dürften nach Inkrafttreten des ArbVG. auch auf die Handhabung von dessen § 206, Abs. 2, analoge Anwendung finden.

gehilfen, Lehrlinge usw.) die Beitragsvorschreibung in größeren Zwischenräumen, längstens jedoch vierteljährlich erfolgt. Der Arbeitgeber ist berechtigt, den dem Versicherten zur Last fallenden Beitragsanteil bei jeder regelmäßigen Lohnzahlung abzuziehen. Sind solche Abzüge jedoch bei einer Lohnzahlung unterblieben, dann dürfen sie nur noch bei der nächsten Lohnzahlung vorgenommen werden.¹⁾ Bis zur Abfuhr an die Kasse gilt der eingehobene Beitragsanteil des Versicherten als ein dem Arbeitgeber anvertrautes Gut. Für Versicherungspflichtige, die einen Arbeitsverdienst in Geld nicht beziehen, sowie für Lehrlinge ist der Beitrag zu Gänze vom Arbeitgeber zu leisten.

II. Das Finanzsystem der Arbeiterversicherung. Dieses regelt die zeitliche Verteilung der aus der Versicherung fließenden Lasten, wobei es insbesondere darauf ankommt, ob die gegenwärtige oder die künftige Versichertengeneration in stärkerem Maße herangezogen werden soll. Man unterscheidet mehrere Finanzsysteme, das Umlage- oder Aufwanddeckungsverfahren, das Kapital- oder Anwartschaftsdeckungsverfahren und gemischte Formen, die beide Bedeckungsarten miteinander kombinieren. Das ArbVG. wählt für alle Versicherungszweige grundsätzlich das Aufwanddeckungsverfahren. Dieses wird jedoch mit Rücklagen verbunden, welche in der auf vorübergehende Leistungen gerichteten Krankenversicherung eine andere Natur besitzen als in der Rentenversicherung, die mit Dauerleistungen zu rechnen hat. Während erstere sich daher mit Ansammlung einer vergleichsweise niedrigen Schwankungsreserve²⁾ begnügen kann, um Krisenerscheinungen gegenüber einen Rückhalt zu gewinnen, muß die letztere auf planmäßige Schaffung eines angemessenen Reservefonds bedacht sein, nicht bloß, um der Erfüllung ihrer Leistungsverpflichtungen erhöhte Sicherheit zu geben, sondern auch, um eine allzu sprunghafte Entwicklung der Beitragslast zu vermeiden. Es sind somit verschiedene Gesichtspunkte, die bei den beiden Versicherungszweigen in Frage kommen.

Die Art, wie sich die Reservenbildung sowohl in der Kranken- als auch in den Invalidenversicherung vollziehen soll, wurde bereits erörtert. Es wäre nur noch einiges über die Gründe hinzuzufügen, die zur Abkehr von dem in der Rentenversicherung früher üblichen Kapitaldeckungsverfahren geführt haben.³⁾ Dieses muß, theoretisch betrachtet, sicherlich als das zweckmäßigste bezeichnet werden, weil es die Lasten der Versicherung nach einem gerechten Schlüssel auf die gegenwärtige und künftige Versichertengeneration verteilt. Auch bewirkt es eine gleichmäßige Belastung der Produktion, während das Aufwand-

1) Es sei denn, daß die nachträgliche Entrichtung der Beiträge vom Arbeitgeber nicht verschuldet ist.

2) Diese wird gemäß § 203, Abs. 2, ArbVG. alljährlich nur mit 6 Prozent der fällig gewordenen Krankenversicherungsbeitragsteile dotiert.

3) Die folgenden Ausführungen stützen sich größtenteils auf die fachtechnische Begründung der Regierungsvorlage zum ArbVG..

deckungsverfahren die Gegenwart auf Kosten der Zukunft entlastet und die Beiträge bis zur Erreichung des Beharrungszustandes ständig ansteigen läßt. Wenn ungeachtet dieser Vorzüge das Kapitaldeckungsverfahren für Österreich auch nach Stabilisierung der Schillingwährung nicht mehr in Betracht kommen konnte, so ist der Grund hiefür vor allem in der Kapitalsarmut unseres Staates zu suchen, welche die Wiederherstellung des kapitalischen Bedeckungsprinzips nicht mehr gestattete. Hätte ja doch schon die Wiederauffüllung der verloren gegangenen Bedeckungskapitalien für die bereits laufenden Renten ungeheure finanzielle Opfer gefordert. Aber selbst wenn man hierauf verzichtet und sich bloß mit der Anwartschaftsdeckung für die aktiven Versicherten begnügt hätte, wäre das Erfordernis noch immer für die österreichische Wirtschaft unerschwinglich gewesen.¹⁾ Man mußte sich daher ungeachtet der damit verbundenen Nachteile auf das Aufwanddeckungsverfahren beschränken und dieses mit dem geschilderten Rücklagensystem verbinden. So werden denn allmählich wachsende Reserven für die Rentenversicherung entstehen, deren Zinsenertragnis eine Gegenpost für den steigenden Rentenaufwand bildet und dazu beitragen dürfte, das Umlagenerfordernis nach Erreichung des Beharrungszustandes auf annähernd gleicher Höhe zu erhalten.

III. Die Vermögensanlage. Die verfügbaren Bestände der Versicherungsträger sind fruchtbringend anzulegen. Über die hiebei gestatteten Anlagemöglichkeiten trifft § 35 ArbVG. ausführliche Vorschriften, die den bereits an früherer Stelle erörterten Bestimmungen des § 119 AngVG. nachgebildet sind. Es kann daher auf das dort Gesagte²⁾ verwiesen werden.

§ 91. Das Verfahren in der Arbeiterversicherung.³⁾

I. Meldungen und Anzeigen. Hinsichtlich der An- und Abmeldungen des versicherungspflichtigen Personales sowie in betreff der seitens des Arbeitgebers an die zuständige Krankenkasse zu erstattenden Veränderungsanzeigen, endlich auch über die Arbeitgeber, Arbeitnehmern und Rentenempfängern den Behörden und Versicherungsträgern gegenüber obliegende Auskunftspflicht treffen die §§ 194 bis 199 ArbVG. ausführliche Vorschriften, die im großen und ganzen jenen des AngVG. nachgebildet sind. Es kann daher auf diese letzteren Bezug genommen werden.⁴⁾

II. Die Geltendmachung der Ansprüche. Hiefür gilt konform mit den Vorschriften der deutschen Reichversicherungsordnung der Grundsatz, daß Leistungsansprüche aus der Unfallversicherung von

1) Dieses Erfordernis hätte dann nämlich neben der vollen Deckungsprämie für die aktiven Versicherten auch noch eine Umlage für die schon vorhandenen Rentenempfänger umfassen müssen.

2) Vgl. diesbezüglich die Ausführungen auf S. 576 ff.

3) Vgl. hinsichtlich der allgemeinen Verfahrensgrundsätze die Ausführungen auf S. 577.

4) Vgl. in dieser Hinsicht die Darlegungen auf S. 578—579.

Amts wegen¹⁾, alle übrigen jedoch auf Antrag des Anspruchswerbers festzustellen sind. Was nun das amtswegige Verfahren in der Unfallversicherung anbelangt, so setzt dasselbe mit der dem Arbeitgeber durch § 88 ArbVG. auferlegten Anzeigepflicht ein, der zufolge jeder Arbeitsunfall, durch den ein Versicherungspflichtiger getötet oder verletzt wurde, binnen fünf Tagen der zuständigen Krankenkasse auf einem von der Versicherungsanstalt aufzulegenden Formular zur Kenntnis zu bringen ist. Diese Unfallsanzeige ist hinsichtlich jener Fragen, die auf die Art und Folgen der Verletzung Bezug haben, womöglich vom behandelnden Arzt auszufüllen und mitzufertigen. Dem Verletzten oder seinen Hinterbliebenen steht es frei, den Unfall auch unmittelbar zur Anzeige zu bringen. Auf die Anzeige hin, die seitens der Krankenkasse ohne Verzug an den Gewerbeinspektor und die Versicherungsanstalt weiterzuleiten ist, setzt nun die Unfalls-erhebung²⁾ ein, die auf Feststellung jener Tatsachen gerichtet ist, die für die Ermittlung der Entschädigungsberechtigung und deren Höhe in Betracht kommen. Der Unfallserhebung, die in der Regel an Ort und Stelle vorzunehmen ist, muß der Entschädigungsberechtigte oder an seiner Statt ein Versicherter des Betriebes, der zur Zeit des Unfalles anwesend war, ferner ein Mitglied des Betriebsrates, bzw. einer der Vertrauensmänner zugezogen werden.³⁾ Auf Grund des Ergebnisses ist sodann seitens der Anstalt die Entschädigung festzustellen.

Die übrigen Leistungsansprüche, insbesondere jene aus der Kranken- oder Invalidenversicherung, sind vom Anspruchswerber, bzw. von seinem gesetzlichen Vertreter geltend zu machen, und zwar in der Regel⁴⁾ bei jener Krankenkasse, bei welcher der Versicherte, der den Anspruch erhebt oder von dem er abgeleitet wird, zuletzt versichert war. Die den Anspruch nachweisenden Belege sollen womöglich beiliegen. Für Minderjährige⁵⁾ kann unter Umständen auch das Landesjugendamt oder, wo ein solches nicht besteht, die mit dessen Funktionen betraute Kinderschutzorganisation einschreiten. Die Form der

1) Unterbleibt die amtswegige Feststellung der Unfallsentschädigung, so kann der Anspruch hierauf seitens des Berechtigten noch durch zwei Jahre nach dem Unfall angemeldet werden. Bei Ansprüchen, die auf Berufskrankheiten zurückgeführt werden, läuft diese zweijährige Frist vom Tage des Austrittes aus der betreffenden Beschäftigung.

2) Die Unfalls-erhebung kann auch durch die politische Bezirksbehörde, bzw. das zuständige Revierbergamt vorgenommen werden, wenn die Versicherungsanstalt dies beantragt.

3) Auch der Gewerbeinspektor oder die sonst zur Wahrnehmung des Arbeiterschutzes berufene Stelle ist zur Teilnahme einzuladen, um die vom Standpunkte der Unfallverhütung nötigen Maßnahmen treffen zu können.

4) Die Anmeldung solcher Ansprüche kann aber auch bei der nach dem Wohnort des Anspruchswerbers zuständigen politischen Bezirksbehörde oder Gemeindevorstellung erfolgen, die dann den Antrag unverzüglich an die Krankenkasse, bzw. Arbeiterversicherungsanstalt weiterzuleiten hat.

5) Hauptsächlich werden hier Waisen nach Versicherten in Frage kommen, deren Ansprüche von den Jugendfürsorgestellten ex officio zu verfolgen sind. Im übrigen sind Minderjährige, die das 16. Lebensjahr vollendet haben, berechtigt, ihre aus der Arbeiterversicherung fließenden Ansprüche selbständig geltend zu machen.

Anspruchserhebung ist im Gesetze nicht näher umschrieben. Dieselbe kann daher auch mündlich erfolgen. In diesem Falle ist die Partei eingehend über ihre Rechte zu belehren.

III. Die Feststellung der gebührenden Versicherungsleistungen erfolgt durch den zuständigen Versicherungsträger. Über Leistungsansprüche aus der Krankenversicherung entscheiden daher die Krankenkassen, während die Feststellung der aus der Unfall- und Invalidenversicherung fließenden Ansprüche der Arbeiterversicherungsanstalt, bzw. deren Rentenausschuß zusteht. Die Anstalt prüft zunächst die an sie gelangenden Anträge und veranlaßt erforderlichenfalls die Klarstellung des Tatbestandes. Sie ist insbesondere berechtigt, den Anspruchswerber bei behaupteter Invalidität auf die Einbuße seiner Erwerbsfähigkeit hin ärztlich untersuchen sowie alle notwendigen Erhebungen vornehmen zu lassen. Falls letztere ein den Angaben der Partei widersprechendes oder für sie ungünstiges Ergebnis liefern, ist dies derselben zwecks Äußerung und Stellung von Gegenbeweisen vorzuhalten. Nach Abschluß der Erhebungen gelangt dann die Sache vor den Rentenausschuß, der über Bestand und Umfang des Anspruches entscheidet.¹⁾ Dieser Beschluß erfordert Einstimmigkeit aller Mitglieder. Ist diese nicht erzielbar, so ist der Verhandlungsakt unter Darlegung der abweichenden Meinungen und ihrer Gründe dem Vorstand der Versicherungsanstalt abzutreten, der die Entscheidung mit Stimmenmehrheit trifft.

IV. Bescheide und Rechtsmittel. Auch hier ist zwischen der Krankenversicherung und den übrigen Versicherungszweigen zu unterscheiden. Bei ersterer ist das Verfahren formloser.²⁾ Daher ist die Hinausgabe eines Bescheides bei Zuerkennung der angesprochenen Versicherungsleistung überhaupt nicht, bei deren Aberkennung jedoch nur dann erforderlich, wenn die Partei es verlangt. In der Unfall- und Invalidenversicherung jedoch muß über jede Entscheidung des Versicherungsträgers dem Anspruchswerber ein schriftlicher Bescheid erteilt werden, der Höhe, Beginn und Berechnung der bewilligten Leistung, im Falle der Ablehnung deren Gründe zu enthalten hat. Auch muß jeder Bescheid mit einer Belehrung über die zustehenden Rechtsmittel versehen sein.

Was nun diese letzteren anbelangt, so können Bescheide über Leistungen aus der Krankenversicherung binnen vier Wochen nach Zustellung mittels Klage bei der Schiedskommission und solche über Leistungen aus der Unfall- und Invalidenversicherung binnen sechs Monaten mit Klage beim Versicherungsgericht angefochten werden.

1) Wird durch eine derartige Entscheidung der Anspruch auf Zuerkennung einer Invaliditäts- oder Witwenrente abgewiesen oder eine solche Rente entzogen, so kann der Anspruch vor Ablauf eines Jahres nur dann neuerlich erhoben werden, wenn durch ein ärztliches Zeugnis glaubhaft gemacht wird, daß eine wesentliche Änderung des zuletzt festgestellten Gesundheitszustandes vorliegt.

2) Dies rechtfertigt sich durch die Dringlichkeit der hier in Frage kommenden Fälle, die zumeist durch Gewährung vorübergehender Leistungen restlos erledigt werden.

Klageberechtigt ist der Anspruchswerber oder sein Rechtsnachfolger. Die Klage ist auch dann zulässig, wenn der Versicherungsträger über einen geltend gemachten Anspruch nicht fristgerecht entscheidet, d. h. den begehrten Bescheid über Ansprüche aus der Krankenversicherung nicht binnen zwei Wochen, bzw. über Ansprüche aus der Unfall- und Invalidenversicherung nicht binnen sechs Wochen vom Tage des Einlangens des Leistungsbegehrens erläßt. Über das Verfahren vor den Schiedskommissionen und den Versicherungsgerichten enthält das ArbVG. keine näheren Bestimmungen. Es überläßt deren Festsetzung, soweit die Schiedskommissionen in Betracht kommen, dem Kassenstatut, während die Versicherungsgerichte hinsichtlich ihrer Organisation, ihres Wirkungskreises und des Verfahrens durch ein besonderes Gesetz geregelt werden sollen.¹⁾ Mit den Versicherungsgerichten wird dem System unserer Gerichtsorganisation eine neue Spielart eingegliedert werden, die ein Seitenstück zu den Gewerbegerichten bilden dürfte. Sie werden sich von den Schiedskommissionen, so wie sie § 181 ArbVG. bei jeder Krankenkasse als paritätisch zusammengesetzte Instanzen vorsieht, durch größere Unabhängigkeit auszeichnen und ausreichende Sicherheiten für eine objektive Rechtsprechung bieten. Ihre Zusammensetzung aus Berufs- und Laienrichtern, welche letztere tunlichst der Berufsgruppe des Anspruchswerbers zu entnehmen sind, verbürgt eine fachkundige, auf wirtschaftlichem Boden ruhende Rechtsprechung. Da nach den obwaltenden Absichten auch ein zu schaffendes Versicherungsobergericht für die Einheitlichkeit der Judikatur Sorge tragen soll, wird die Einführung dieser Spezialgerichte sicherlich einen begrüßenswerten Fortschritt zeitigen.

Soweit für Streitigkeiten aus der Anwendung des ArbVG. weder die Schiedskommissionen noch die Versicherungsgerichte kompetent erscheinen — dies wird also in jenen Angelegenheiten der Fall sein, die sich nicht auf Leistungsansprüche beziehen²⁾ —, sind zur Entscheidung derselben die allgemeinen Verwaltungsbehörden, in letzter Instanz das Bundesministerium für soziale Verwaltung berufen. Hierbei richtet sich die örtliche Zuständigkeit nach dem Standort der für das Versicherungsverhältnis maßgebenden Beschäftigung und, wo ein solcher nicht in Betracht kommt, nach dem Wohnsitz der belangten

¹⁾ Die Regierungsvorlage des ArbVG. hatte die Bestimmungen über die Versicherungsgerichte in den Gesetzestext eingearbeitet. Bei der endgültigen Fassung eliminierte der Ausschuß jedoch diese Partie, weil die Vorschriften hierüber in einem eigenen Gesetz mit Gültigkeit für alle Zweige der Sozialversicherung zusammengefaßt werden sollen. Immerhin lassen sich aus dem ursprünglichen Text der Regierungsvorlage gewisse Schlüsse auf den voraussichtlichen Inhalt der künftigen Regelung ableiten.

²⁾ Es kommen hier namentlich Zuständigkeitsstreitigkeiten zwischen verschiedenen Versicherungsträgern, dann aber auch solche über das Vorliegen der Versicherungspflicht, der Versicherungsberechtigung, des Anspruches auf freiwillige Fortsetzung der Versicherung usw. in Frage.

Partei. Auf das hiebei zu beobachtende Verfahren finden die Vorschriften des Allgemeinen Verwaltungsverfahrensgesetzes Anwendung.

§ 92. Wirksamkeitsbeginn und Übergangsbestimmungen.

I. Der Wirksamkeitsbeginn des ArbVG. mußte, wie bereits an früherer Stelle¹⁾ erwähnt, aus wirtschaftspolitischen Gründen auf vorläufig unbestimmte Zeit hinausgeschoben werden. Er wurde zunächst durch Art. III ArbVG.²⁾ mit der Erreichung des sogenannten »Wohlstandsindex« in Zusammenhang gebracht, dessen Komponenten allerdings in etwas unklarer und verschwommener Weise vom Gesetz umschrieben worden waren. Die damals gewählte Lösung war auch nicht so sehr von sachlichen, als von politischen Erwägungen bestimmt und sollte über die Verlegenheit hinweghelfen, welche gerade die Frage des Wirksamkeitsbeginnes den zur Verabschiedung des ArbVG. entschlossenen Mehrheitsparteien bereitete. Mittlerweile sind mehr als $2\frac{1}{2}$ Jahre verflossen und es hat sich gezeigt, daß man an den Bedingungen des Wohlstandsindex nicht mehr festhalten kann. Einzelne derselben, wie z. B. die Zunahme der Inlandverfrachtungen und die Fortschritte der landwirtschaftlichen Produktion, sind ja zum Teil bereits erfüllt, andere wiederum entwinden, wie dies die erschreckend hohen Arbeitslosenzahlen des Winters 1928/29 beweisen, immer mehr aus dem Bereiche realer Verwirklichung. So mußte denn, wenn man das neue ArbVG. nicht noch weiter auf Jahre hinaus aufs Lager legen wollte, vom Wohlstandsindex abgerückt werden. Dies geschah mit dem Bundesgesetze vom 12. Juli 1929, B. 247, welches in Abänderung des Art. III ArbVG. die Bindung des Wirksamkeitsbeginnes der Arbeiterversicherungsreform an den Wohlstandsindex beseitigte und an dessen Stelle eine neue Formel setzte.

Dieser zufolge soll der Beginn der Versicherung durch Vdg. der Bundesregierung festgesetzt werden. Diese Vdg., welche der Zustimmung des Hauptausschusses des Nationalrates bedarf, ist zu erlassen, »sobald sich die Möglichkeit ergibt, die Volkswirtschaft durch Reformen auf dem Gebiete der öffentlichen Abgaben derart zu entlasten, daß dadurch die aus der Durchführung des Arbeiterversicherungsgesetzes erwachsende Mehrbelastung aufgewogen wird«. Es werden also der

¹⁾ Vgl. diesbezüglich S. 42.

²⁾ Art. III ArbVG. machte in seiner ursprünglichen Fassung die Wirksamkeit des Gesetzes von der vorherigen Hinausgabe einer Vdg. der Bundesregierung abhängig, durch welche der kalendarische Beginn der Versicherung festgesetzt werden sollte. Diese Vdg. hätte im Einvernehmen mit dem Hauptausschuß des Nationalrates erlassen werden sollen, wenn a) die Zahl der im Bezuge der Arbeitslosenunterstützung, bzw. Notstandsaulhilfe stehenden Personen im Durchschnitt eines Kalenderjahres auf 100.000 gesunken ist und b) aus dem Zusammenhalt der Steigerung des Außenhandels, der Zunahme der Inlandverfrachtung und der Fortschritte der landwirtschaftlichen Produktion eine derartige Besserung der Gesamtlage der Wirtschaft zu erkennen ist, daß die Mehrbelastung der Wirtschaft und der öffentlichen Verwaltung durch die Durchführung des ArbVG. kompensiert erscheint.

Inkraftsetzung der Invaliditäts-, Alters- und Hinterbliebenenversicherung gewisse steuerliche Reformen voranzugehen haben, welche eine Erleichterung der Produktion mit sich bringen und dieser eine ausreichende Kompensation für den mit der Einführung der neuen Versicherungszweige verbundenen Mehraufwand — derselbe wird auf rund 60,000.000 S jährlich geschätzt — gewähren. Es ist zu hoffen, daß sich diese Vorbedingung in naher Zeit erfüllt, damit auf solche Weise der Weg für die neue Arbeiterversicherung freigemacht werden kann.

Für deren baldige Aktivierung sprechen nämlich mancherlei gewichtige Gründe.

Vor allem droht bei weiterer Verzögerung der Reform dem finanziellen Gefüge der kommenden Versicherung aus den im Gesetz enthaltenen Übergangsbestimmungen eine gewisse Gefahr. Diese letzteren haben nicht nur einen Teil der mit der Arbeiterversicherungsreform verbundenen Mehrbelastungen bereits vorweggenommen,¹⁾ sondern auch durch die seit 1. Jänner 1927 laufenden Anwartschaften zur Invalidenversicherung, für die Beiträge nicht eingehen, einen anorganischen Zustand geschaffen, dessen längere Fortdauer späterhin nur mit namhaften Beitragsopfern erkauf werden könnte.²⁾ Für eine baldige Inkraftsetzung des ArbVG. lassen sich aber auch arbeitsmarktpolitische Erwägungen anführen. Derzeit ist die Alterszusammensetzung der industriellen Arbeiterschaft eine unbefriedigende. Zuverlässigen Schätzungen zufolge befinden sich in den Betrieben, ungeachtet der Einführung der Altersfürsorgetenten,³⁾ noch immer zahlreiche Arbeiter über 60 Jahre, die sich angesichts des gegenwärtigen Übergangszustandes zur freiwilligen Aufgabe ihres Arbeitsplatzes nicht entschließen können. Die Fortschleppung dieser altgedienten Personen steht der Durchführung energischer Rationalisierungsmaßnahmen im Wege. Es würde zweifellos einen Vorteil für die Industrie bedeuten, wenn die Aktivierung des ArbVG. dem alten Personal die Möglichkeit geben würde, ihre Arbeitsstätten jüngeren, heute vielfach arbeitslosen Elementen zu überlassen.⁴⁾ Das wichtigste Argument, das für den baldigen Wirksamkeitsbeginn des neuen ArbVG.

1) Insbesondere geschah dies durch die provisorische Altersfürsorge, deren Kostenaufwand ein erheblicher ist. Das Gleiche gilt von den im Jahre 1928 beschlossenen Übergangsgesetzen, und zwar der XVII. Novelle zum UnfVG. und der XXIII. Novelle zum KrVG. Beide Gesetze haben, von dem Bestreben nach Abbau der Unterversicherung geleitet, die Leistungen wesentlich verbessert und jenen des ArbVG. angenähert. Auch hieraus ergaben sich Belastungen der Wirtschaft, die zusammen mit den aus der Altersfürsorge auflaufenden Beträgen etwa die Hälfte des aus der Inkraftsetzung des ArbVG. ursprünglich zu erwartenden Mehrerfordernisses vorweggenommen haben.

2) Vgl. hinsichtlich der vermutlichen Auswirkungen dieses Zustandes auf die künftige Beitragserstellung die Darlegungen auf S. 617.

3) Diese Renten bleiben nicht nur im Ausmaße hinter den künftigen Altersrenten des ArbVG. zurück, sondern gewähren auch keinen Anspruch auf Hinterbliebenenversorgung. Hieraus erklärt es sich, daß zahlreiche alte Arbeiter, die gegenwärtig noch in Beschäftigung stehen, diese der Altersfürsorgetente wegen nicht aufgeben wollen.

4) Ein solcher Personenaustausch in den Betrieben würde daher auch den Etat der Arbeitslosenversicherung entlasten.

ins Feld geführt werden kann, ist jedoch sozialer Natur. Gerade ein junges Staatswesen, das, wie Österreich, durch alle Nöten der Kriegs- und Nachkriegszeit hindurchgehen mußte, bedarf einer Stärkung seiner Volkskraft, wenn es dauernden Bestand besitzen will. Hiefür schafft nun die Sozialversicherung mit ihren modernen Errungenschaften die entsprechenden Voraussetzungen. Man wird daher die beschlossene Reform nicht mehr lange hinausziehen dürfen, wenn wir nicht hinter den vorgeschrittenen Nachbarstaaten ernstlich zurückbleiben sollen.

II. Die Übergangsbestimmungen. Diese sind im ArbVG. von besonderer Wichtigkeit, weil sie nicht nur der ersten Eintrittsgeneration Erleichterungen schaffen, sondern auch jenen Gruppen von Versicherten Hilfe bringen sollen, die ihres vorgeschrittenen Alters wegen ein längeres Zuwarten nicht mehr hätten ertragen können. Sie gliedern sich in die begünstigte Anrechnung früherer Beitragszeiten, welche den beim Wirksamkeitsbeginn des ArbVG. bereits in versicherungspflichtiger Beschäftigung stehenden Personen zugute kommt, ferner in die Aufwertung der aus älteren Unfällen erworbenen Unfallrenten und endlich in jene provisorischen Maßnahmen, die vom ArbVG. unter der Bezeichnung »Altersfürsorge« zusammengefaßt werden.

a) Die Begünstigung der ersten Eintrittsgeneration besteht, wie schon dargelegt wurde,¹⁾ in der beitragslosen Erwerbung von Anwartschaften für die kommende Invalidenversicherung. Dieser Generation wird nämlich die seit 1. Jänner 1927 auf Grund der Krankenversicherungspflicht zurückgelegte Zeit zur Gänze und jene, während welcher sie vorher versicherungspflichtige Kassenmitglieder gewesen sind, bis zur Höchstdauer von 100 Wochen als in der Pflichtversicherung zurückgelegte Beitragszeit für die Erwerbung von Anwartschaften in der Invalidenversicherung angerechnet. Wenn also diese letztere z. B. mit 1. Jänner 1931 in Kraft treten sollte, würden die der ersten Eintrittsgeneration Angehörigen kraft Gesetzes schon mehr als 250 Beitragswochen in die Versicherung mitbringen und somit bereits nach vergleichsweise kurzer Beitragsdauer Anwartschaft auf den höheren Invalidenrentensatz²⁾ erwerben. Noch günstiger stellt § 252, Abs. 2, ArbVG. die Pflichtmitglieder der Provisionskassen der Bergwerksbruderladen. Diesen werden unter den erwähnten Voraussetzungen die vorgeschriebenen Beitragszeiten bis zu 500 Wochen angerechnet werden können.³⁾

b) Die Aufwertung der alten Unfallrenten. Hier ergab sich deshalb die Notwendigkeit einer gesetzlichen Vorsorge, weil die aus älteren Unfällen herstammenden Renten noch auf Grund außerordent-

1) Vgl. die Ausführungen auf S. 599.

2) Dieser setzt gemäß § 113 ArbVG. die Erwerbung von mindestens 500 Beitragswochen voraus. (Vgl. hierüber S. 801.)

3) Diese begünstigte Anrechnung rechtfertigt sich allerdings aus der Erwägung, daß es sich hier um Zeiträume handelt, während welcher seitens der Versicherten Beiträge zur Provisionskasse entrichtet worden sind.

lich niedrigerer Jahresarbeitsverdienste¹⁾ ermittelt worden waren und den damit bedachten Personen ungeachtet der bewilligten Teuerungszulagen nur eine äußerst kärgliche Lebensfristung ermöglichten. § 255, Abs. 1, ArbVG. sieht daher eine Neubemessung aller jener 35 Prozent der Vollrente übersteigenden Verletztenrenten vor, die aus Unfällen vor dem 1. Juli 1925 herrühren. Dieser Neubemessung, die mittlerweile bereits zweimal durchgeführt wurde, war zunächst jener Arbeitsverdienst zugrunde zu legen, den Arbeiter derselben Art und ähnlicher Ausbildung im Jahre 1926 durchschnittlich bezogen haben, mindestens jedoch ein solcher von 1200 S und höchstens von 2100 S. Nach den gleichen Grundsätzen waren auch Hinterbliebenenrenten, die aus Unfällen vor dem 1. Juli 1925 stammten, neu zu bemessen. Die der Festsetzung der Renten für die einzelnen Berufszweige zugrunde zu legenden Durchschnittsverdienste waren vom BM. für soziale Verwaltung durch Vdg. zu bestimmen. Diese Vdg. ist am 21. Juni 1927, unter B. 188, erlassen und enthielt in einer tabellarischen Anlage die nach Branchen und Geschlecht der Arbeitnehmer getrennt normierten Durchschnittsverdienste, auf Grund welcher die neu zu bemessenden Renten seitens der Unfallversicherungsanstalten mit 1. Juli 1927 flüssigzumachen waren. Seither ist durch das Bundesgesetz vom 20. Dezember 1928, B. 350, eine neuerliche Aufwertung der 50 Prozent der Vollrente übersteigenden, aus Unfällen vor dem 1. März 1928 herrührenden Renten²⁾ herbeigeführt worden, wobei entsprechend der durch die XVII. Novelle vom UnfVG. erfolgten Hinaufsetzung des anrechenbaren Jahresarbeitsverdienstes die Obergrenze der zulässigen Aufwertung auf 2400 S³⁾ erhöht wurde.

c) Die provisorische Altersfürsorge. Diese bereits mit 1. Oktober 1927 ins Werk gesetzte interimistische Maßregel ist als ein Vorläufer der künftigen Altersversicherung anzusehen. Ihr Zweck ist es, jenen Personen Hilfe zu bieten, die angesichts der eingetretenen Verzögerung der Alters- und Invaliditätsversicherung sowie ihres eigenen vorgeschrittenen Alters der Wohltaten des ArbVG. nicht mehr hätten

1) Die der Rentenbemessung zugrunde gelegten Jahresarbeitsverdienste betragen bis zum 1. Jänner 1915 bloß 1600 K. Sie wurden dann für die Zeit vom 1. Jänner 1915 bis zum 30. September 1918 auf 2050 K und für die nächste bis 31. Dezember 1919 reichende Periode auf 3350 K hinaufgesetzt. In weiterer Folge begann dann die in immer größeren Sprüngen periodisch wiederkehrende Erhöhung der Arbeitsverdienstgrenzen, die, dem Währungsverfall nachhinkend, durch 15 Novellen zum UnfVG. allmählich bis auf 2400 S jährlich gebracht wurden.

2) Hinsichtlich jener Unfallsrenten, die 50 Prozent der Vollrente oder weniger betragen, blieb es daher bei den durch die Vdg. vom 21. Juni 1927, B. 188, festgesetzten Bemessungsgrundlagen.

3) Diese oberste Aufwertungsgrenze von 2400 S wurde insbesondere den Betriebsbeamten ohne Unterschied des Geschlechtes, ferner den männlichen Professionisten und Facharbeitern zugebilligt. Bei den qualifizierten Hilfsarbeitern schwankt sie je nach der Berufsgruppe, der sie zugehören, zwischen 1425 S und 2250 S. Für Lehrlinge, Jugendliche und Arbeiterinnen wurden oberste Aufwertungsgrenzen zwischen 1200 bis 1875 S festgesetzt.

teilhaft werden können. Der hier in Betracht kommende Personenkreis umfaßt österreichische Bundesbürger, die am 1. Juli 1927 oder späterhin das 60. Lebensjahr vollendet haben, wenn sie entweder die Voraussetzungen für die Gewährung der Notstands-aushilfe im Sinne des Art. IV, Abs. 1, der XVIII. Novelle zum ArbLVG. erfüllen¹⁾ oder wenn sie lediglich wegen Arbeitsunfähigkeit vom Bezuge der Arbeitslosenunterstützung oder der Notstands-aushilfe ausgeschlossen werden. Es handelt sich somit in der ersten Gruppe um zwar alte, aber noch erwerbsfähige Personen, welche die Arbeitslosenunterstützung durch die gesetzliche Höchstdauer von 30 Wochen bezogen haben, jedoch um ihrer besonderen Notlage willen Berücksichtigung verdienen. Diese Personen befanden sich am Stichtage zumeist im Bezuge der Notstands-aushilfe und wurden von dieser auf die Altersfürsorge übergeleitet.²⁾ In die zweite Gruppe hingegen gehören die über 60 Jahre alten, arbeitsunfähigen Personen, die eben dieses Umstandes wegen weder für die Beteiligung mit der Arbeitslosenunterstützung noch für den Bezug der Notstands-aushilfe in Betracht kommen. Es vermengen sich somit hier arbeitsfähige und arbeitsunfähige Elemente, denen im Hinblick auf ihr vorgeschrittenes Alter der Rentenanspruch zuerkannt wurde. Für die über 65 Jahre alten Rentner kennt § 266 ArbVG. noch eine weitere Begünstigung, indem es sie auch dann im bereits angefallenen Rentenbezüge weiter beläßt, wenn sie eine krankenversicherungspflichtige Beschäftigung ausüben. Bei Personen unter 65 Jahren ruht in diesem Falle der Bezug der Altersfürsorge-rente.³⁾

Diese beträgt monatlich das Zwanzigfache der täglichen Arbeitslosenunterstützung, die der Rentner zuletzt bezogen hat oder auf die er bei Arbeitsfähigkeit Anspruch gehabt hätte. Mindestens muß sie jedoch 18 S erreichen.⁴⁾ Sie wird auf Lebenszeit zuerkannt, stellt

1) Siehe hierüber auch die Ausführungen auf S. 689 ff. Der Kreis der Altersfürsorge-rentner geht jedoch über jenen der zum Bezuge der Notstands-aushilfe Berechtigten insofern hinaus, als auch Personen in rein ländlichen Gemeinden, welche die sonstigen Voraussetzungen für die Beteiligung mit der Notstands-aushilfe erfüllen, Anspruch auf Altersrente besitzen. Die in dieser Hinsicht bis zum 31. Dezember 1928 bestandene Einschränkung ist durch Art. II, lit e), des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1928, B. 356, fallen gelassen worden.

2) Es geschah dies in der Form, daß den Beziehern der Notstands-aushilfe diese noch bis zum 30. September 1927 belassen wurde. Am 1. Oktober 1927 wurden dann gemäß § 268, Abs. 2 und 3, ArbVG., die Altersfürsorge-renten erstmalig flüssig-gemacht.

3) Deshalb haben Altersfürsorge-rentner unter 65 Jahren den Eintritt in eine ent-lohnte Beschäftigung sowie den Austritt aus derselben binnen zwei Wochen dem zuständigen Arbeitslosen-amte anzuzeigen.

4) Diese letztere Bestimmung wurde durch Art. II des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1928, B. 356, in § 268, Abs. 1, ArbVG. eingefügt. Was das Höchst-ausmaß der monatlichen Altersfürsorge-rente anbelangt, so kann dieselbe den zwanzig-fachen Betrag der höchstzulässigen täglichen Arbeitslosenunterstützung von 3·50 S, somit 70 S erreichen. Da dieser Satz von 3·50 S gemäß Art. I der XXIII. Novelle zum ArbLVG. (Bundesgesetz vom 20. Juni 1929, B. 223) jedoch nur Arbeitslosen

also einen Dauerbezug dar, der an keine weiteren Formalitäten insbesondere auch nicht an zeitweise Meldungen beim Arbeitslosenamt und sonstige Kontrollen¹⁾ gebunden ist. Der Anspruch hierauf ist beim zuständigen Arbeitslosenamt anzumelden, was mündlich oder schriftlich geschehen kann. Seitens dieses Amtes wird dann die Anmeldung an die Industrielle Bezirkskommission weitergeleitet, welche dieselbe überprüft und nach Durchführung allfällig notwendiger Erhebungen mit einem entsprechenden, entweder auf Stattgebung oder Ablehnung lautenden Antrag²⁾ der zuständigen Arbeiter-Unfallversicherungsanstalt vorlegt. Diese letztere entscheidet dann in der Sache selbst, wogegen der Partei die Klage an das Schiedsgericht offensteht.

Die Kosten der Altersfürsorge werden vorschußweise vom Bunde bestritten. Der hieraus entstehende Aufwand³⁾ ist jedoch zu refundieren, und zwar zur Hälfte durch Beiträge der Arbeitgeber und Arbeitnehmer, zu einem Sechstel vom Bund und zu einem Drittel vom Land, in dem der Rentner seinen Wohnsitz hat.⁴⁾ Die Beiträge der

mit mehr als drei Kindern gebührt, wird die Fürsorgerente in der Regel niedriger sein und je nach der Lohnklasse und dem Familienstande des Empfängers zwischen 18 S und 70 S schwanken. Sie übersteigt also mitunter zwar den niedrigeren Satz der Invaliditätsrente, der bloß 56 S beträgt, bleibt jedoch durchwegs hinter dem höheren Satz dieser Rente von 84 S zurück. Von oppositioneller Seite wurde die Höhe der Altersfürsorgerente lebhaft bekämpft und als »Raub an den alten Arbeitslosen« bezeichnet. Im Nationalrat wiederholt eingebrachte Minderheitsanträge verlangten die Bemessung derselben in der dreißigfachen Höhe der täglichen Arbeitslosenunterstützung. Regierung und Mehrheitsparteien lehnten jedoch diese Anträge mit dem Hinweis ab, es gehe nicht an, die Fürsorgerente, für die Beiträge überhaupt nicht geleistet werden, wesentlich über jenen Invalidenrentensatz hinaus zu steigern, auf welchen die noch Berufstätigen mit weniger als 500 Beitragswochen im Sinne des ArbVG. Anwartschaft besitzen.

1) Derartigen Meldungen und Kontrollen müssen sich die Bezieher der Arbeitslosenunterstützung und der Notstandsaushilfe regelmäßig unterwerfen.

2) Lautet der Antrag der IBK. auf Ablehnung, so ist hievon der Anspruchswerber mittels eines schriftlichen Bescheides unter Angabe der Gründe zu verständigen. Gegen einen solchen Bescheid ist die Aufsichtsbeschwerde nach § 23 ArbLVG. an das BM. für soziale Verwaltung statthaft. Diese Bestimmung des § 267, Abs. 2, ArbVG. die gleichfalls durch das Bundesgesetz vom 20. Dezember 1928, B. 356, in das ArbVG. eingefügt wurde, verfolgt den Zweck, einen Rechtszug für die Partei auch in jenen Vorfällen zu eröffnen, welche der Zuerkennung der Altersfürsorgerente zumeist zugrunde liegen. Es sind dies die Voraussetzungen für die Gewährung der Notstandsaushilfe. Deren Zutreffen kann im Einzelfalle nur von der zuständigen IBK., nicht aber von der Arbeiterunfallversicherungsanstalt oder deren Schiedsgericht beurteilt werden. Diese letzteren Instanzen halten sich daher auch in diesem Belange stets durch die Entscheidung der IBK. für gebunden.

3) Dieser Aufwand ist sehr erheblich. Er betrug im Jahre 1928 insgesamt 20:18 Millionen Schilling, weist jedoch infolge Einbeziehung der Hausgehilfen und Landarbeiter in diese Aktion eine steigende Tendenz auf. Der Bundesvoranschlag pro 1929 präliminiert denn auch den Jahresaufwand für die Altersrentenfürsorge bereits mit 33:94 Millionen Schilling.

4) Es wird also hier ein ähnlicher Aufteilungsschlüssel angewendet, wie er gemäß Art. V der XVIII. Novelle zum ArbLVG. bei Deckung des Aufwandes für die Notstandsaushilfen vorherrscht. (Siehe hierüber die Ausführungen auf S. 693.)

Arbeitgeber und Arbeitnehmer werden als Zuschlag zu den Arbeitslosenversicherungsbeiträgen in der Höhe von 20 Prozent des Normalbeitrages zur Krankenversicherung eingehoben, lassen sich also leicht errechnen. Im übrigen werden nach Inkrafttreten des ArbVG., und zwar vom vierten darauffolgenden Monat angefangen, die Altersfürsorgetrenten jener Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben, aus den Mitteln der Invalidenversicherung zu bestreiten sein,¹⁾ wobei von jeder Rente ein Betrag von 6 S monatlich als Zuschuß aus öffentlichen Mitteln zu verrechnen ist.

Die Zahl der unter das ArbVG. fallenden Altersfürsorgetrentner ist eine erhebliche. Gleich bei den ersten Anmeldungen (Oktober 1927) konnten 17.982 Anspruchsberechtigte, darunter 2187 Frauen festgestellt werden. Im Mai 1928 war deren Zahl bereits auf 26.177 Personen angestiegen, um Ende 1928 den Stand von 32.687 Köpfen und im Mai 1929 jenen von 38.369 Köpfen zu erreichen. Angesichts der derzeit herrschenden krisenhaften Gestaltung des Arbeitsmarktes wird man noch mit einem weiteren Emporschnellen der Zahl dieser Rentner rechnen müssen. Hiezu trägt allerdings auch der Umstand bei, daß die im X. Abschnitt des ArbVG. enthaltenen Bestimmungen über die Altersfürsorge seither durch mehrere Spezialgesetze eine sinn-gemäße Ausdehnung auf andere Personenkreise erfahren haben. So hat das Bundesgesetz vom 23. November 1927, B. 338, invalide Bergarbeiter, die das 65. Lebensjahr vollendet haben und die Voraussetzungen für die Beteiligung mit einem Provisionszuschuß²⁾ erfüllen, in den Stand der Altersrentner nach dem ArbVG. überführt. Mit der Vdg. vom 4. Juli 1928, B. 172, wurden in diese Überführung dann auch invalide Bergarbeiter im Alter von 60 bis 65 Jahren einbezogen. In ähnlicher Weise sind durch das Bundesgesetz vom 17. Dezember 1927, B. 368 (in der Fassung des Gesetzes vom 20. Dezember 1928, B. 356), Altersfürsorgetrenten für über 60 Jahre alte, arbeitslose Hausgehilfen zugestanden worden. Bedingung für diesen Bezug ist besondere Notlage sowie eine in die letzten 6 Jahre fallende, mindestens zweijährige Beschäftigung als Hausgehilfe.³⁾ Der Anspruch auf Zuerkennung ist bei der

¹⁾ Auf diese Art werden somit die Altersfürsorgetrenten mit dem Absterben der damit bedachten Personen allmählich verschwinden.

²⁾ Diese Provisionszuschüsse betragen nach Art. I des genannten Gesetzes für den Invaliden 600 S jährlich. In der gleichen Höhe wird auch die Altersfürsorgetrente für invalide Bergarbeiter ausgemessen. Die Bedingungen für die Anspruchsberechtigung auf Provisionszuschuß normiert § 1 des Gesetzes vom 16. April 1920, St. 198.

³⁾ Nach dem Durchführungserlaß des BM. für soziale Verwaltung vom 27. Dezember 1927, Z. 95.996 (abgedruckt in den »Amtlichen Nachrichten« dieses BM., X. Jahrgang, S. 15), kann die Rente außer von Hausgehilfen im Sinne des § 2, Hausgehilfengesetz, auch von solchen Personen in Anspruch genommen werden, die, ohne in die Hausgemeinschaft des Dienstgebers aufgenommen zu sein, zu hauswirtschaftlichen Diensten verwendet wurden (z. B. Bedienerinnen), sofern ihre Erwerbsfähigkeit hiedurch vollständig oder hauptsächlich in Anspruch genommen wurde.

Krankenkasse anzumelden, bei welcher die anspruchsberechtigte Person zuletzt krankenversichert war. Die Entscheidung steht der Unfallversicherungsanstalt, bzw. deren Schiedsgericht zu. Die Rente beträgt monatlich 30 S. Öffentliche Armenunterstützungen sind darauf nur anzurechnen, wenn sie regelmäßig gewährt werden und mehr als 20 S im Monate betragen. Hiebei vermindert der 20 S übersteigende Teil der Armenunterstützung um die Hälfte seines Betrages das Ausmaß der Rente. Doch darf letztere nicht unter 15 S sinken. Endlich ist durch § 146a AngVG. die Einrichtung der Altersfürsorge auch für die Angestellten übernommen worden. Das Anwendungsgebiet ist hier allerdings ein beschränktes, da Personen, denen ein Anspruch auf Invaliditäts(Alters)rente nach dem AngVG. zusteht, aus dem Bereich der Altersfürsorge herausfallen. Für diese kommen also nur sonstige arbeitslose Angestellte über 60 Jahre in Betracht, die österreichische Bundesbürger sind und die Voraussetzungen für die Gewährung der Notstands-aushilfe erfüllen. Hinsichtlich der Höhe der Renten gelten die Bestimmungen des ArbVG. Zur Entscheidung berufen ist auf Antrag der IBK. der örtlich zuständige Rentenausschuß der Hauptanstalt für Angestelltenversicherung, bzw. wenn der Anspruchswerber zuletzt einer Sondernversicherungsanstalt angehörte, deren Rentenausschuß. Die Kosten der Altersfürsorge werden von dem Versicherungsträger aus den Mitteln der Unfall- und Pensionsversicherung bestritten.¹⁾ Was endlich die durch die §§ 222 bis 230 LandArbVG. eingeführte Altersfürsorge für Land- und Forstarbeiter betrifft, die sich im großen und ganzen nach jener des ArbVG. richtet, so wird hierauf noch später²⁾ zurückgekommen werden.

Viertes Kapitel.

Die Landarbeiterversicherung.³⁾

§ 93. Wesen und Eigenart derselben.

Die auf berufsständischer Grundlage fußende Landarbeiterversicherung umfaßt die Kranken-, Unfall- und Invalidenversicherung der Land- und Forstarbeiter. Sie ist der letzte Sproß am Baume der österreichischen Sozialversicherung, deren Reform mit dem aus 247 Paragraphen bestehenden LandArbVG. vom 18. Juli 1928, B. 235, ihren Abschluß gefunden hat. Dieses Gesetz, das kürzlich durch das Bundesgesetz vom 18. Juli 1929, B. 253, in einigen Belangen erstmalig novelliert wurde, ist in einem Großteil seiner Bestimmungen bereits am 1. Jänner 1929

¹⁾ Es entfällt also hier die Einhebung besonderer Zuschläge.

²⁾ Vgl. diesbezüglich die Ausführungen auf S. 660.

³⁾ Vgl. hierüber auch das kürzlich im Wiener Agrarverlag erschienene, eine vorzügliche Orientierung bietende Werk von Mertha-Dollfuss: „Die Sozialversicherung in der Landwirtschaft Österreichs“, Wien, 1929.

ins Leben getreten.¹⁾ Nur hinsichtlich der Vorschriften über die Alters-, Invaliditäts- und Hinterbliebenenversicherung steht auch das LandArbVG. noch nicht in Kraft, da es diesbezüglich mit dem Wirksamkeitsbeginn des ArbVG. in Zusammenhang gebracht wurde.²⁾ Seinem Inhalt und Aufbau nach ähnelt das LandArbVG. den beiden anderen großen Kodifikationen, dem AngVG. und dem ArbVG., weist aber dennoch eine Reihe eigenartiger Züge auf. Dies erklärt sich nicht bloß aus der Besonderheit der auf die Bedürfnisse der Land- und Forstwirtschaft zugeschnittenen Materie, sondern auch aus den vielen Schwierigkeiten, die bei Fertigstellung des Gesetzes zu überwinden waren. Mußte ja doch bei den parlamentarischen Verhandlungen hierüber stets auf die konservative Grundeinstellung der agrarischen Kreise Bedacht genommen werden, die allzu weitgehenden Neuerungen widerstrebt. Hieraus ergab sich häufig die Notwendigkeit von Kompromißlösungen, die den sozialen Gehalt des Gesetzes etwas verwässerten. Einen originellen Einschlag erhielt letzteres ferner dadurch, daß in ihm die Pflichtversicherung der unselbständigen Land- und Forstarbeiter mit der durch Vdg. auszusprechenden obligatorischen Unfall- und Invalidenversicherung der Landwirte und Pächter verknüpft wurde. Auf diese Art und Weise wurde ein gesteigertes Interesse der selbständig Erwerbstätigen für die Reform wachgerufen.³⁾

Will man den dergestalt von den verschiedensten Absichten beeinflußten Inhalt des LandArbVG. kurz charakterisieren, so läßt sich sagen, daß hier sozialer Fortschritt mit gewissen rückschrittlichen Tendenzen gepaart ist. Diese letzteren dokumentiert wohl am deutlichsten die Tatsache, daß das LandArbVG. in vielen Belangen unter dem Niveau des ArbVG. zurückbleibt. Dies zeigt sich am auffälligsten bei den Barleistungen, die schon des ungünstigeren Lohnklassenschemas wegen⁴⁾ auf der ganzen Linie niedriger sind. Man konnte eben an dem Umstand nicht vorbeigehen, daß viele landwirtschaftliche Arbeitnehmer in

1) Das LandArbVG. ist hinsichtlich der Unfallversicherung und der provisorischen Altersfürsorge in allen Bundesländern, hinsichtlich der Krankenversicherung vorläufig nur in den Bundesländern Wien, Niederösterreich, Kärnten, Tirol und Vorarlberg mit 1. Jänner 1929 in Kraft getreten. In Salzburg ist die Krankenversicherung nach dem LandArbVS. am 1. März 1929 wirksam geworden. In den Bundesländern Burgenland, Steiermark und Oberösterreich werden die Krankenversicherungsvorschriften des neuen Gesetzes längstens mit 1. Jänner 1930 aktiviert werden, sofern nicht durch Min.Vdg. ein früherer Termin hierfür festgesetzt wird.

2) Dieses Junktim ist in § 246, Abs. 4, LandArbVG. verankert, und zwar derart, daß, wie es daselbst heißt, die den Beginn der Invalidenversicherung für die Land- und Forstarbeiter bestimmende Vdg. der Bundesregierung vor Wirksamkeitsbeginn des ArbVG. (vgl. hierüber S. 624) nicht erlassen werden kann.

3) Dies Interesse ist umso begreiflicher, als der Frage der Selbständigenversicherung angesichts der großen Zahl der kleinen und mittleren Grundbesitzer gerade in der Landwirtschaft besondere Bedeutung zukommt.

4) Dessen Ansätze halten mit dem Lohnklassenschema des ArbVG. nicht gleichen Schritt, sondern schneiden nach oben hin mit weitaus geringeren Beträgen ab. Siehe diesbezüglich die Ausführungen auf S. 641.

der Hausgemeinschaft ihres Dienstgebers leben oder doch von ihm Verpflegung, bzw. sonstige Naturalien (Deputate) erhalten. Daher spielt in der Landwirtschaft das geldliche Moment nicht jene Rolle, wie bei den industriellen und gewerblichen Arbeitern, die ihre gesamten Lebensbedürfnisse aus ihren Geldbezügen bestreiten müssen. Weiter ist es als Mangel zu beklagen, daß das LandArbVG. die obligatorische Familienversicherung nicht kennt, es vielmehr den Kassen überläßt, diese als statutarische Mehrleistung einzuführen.¹⁾ Endlich ist auch der Einfluß der Versicherten in den Verwaltungskörpern der Versicherungsträger etwas zurückgedrängt²⁾ und die Organisation der Rentenanstalten stärker dezentralisiert. Diesen rückschrittlichen Zügen des LandArbVG. stehen jedoch die gewaltigen sozialen Errungenschaften gegenüber, welche es den Land- und Forstarbeitern bietet. Das neue Gesetz beseitigt ja nicht bloß den leidigen Zustand der Verländerung, der in Österreich bisher in der Krankenversicherung dieser Arbeitnehmer herrschte³⁾ und der in einzelnen Bundesländern zu einem offenkundigen Versagen führte; es verallgemeinert auch mit einem Schläge die Unfallversicherungspflicht für alle Kategorien von Land- und Forstarbeitern, ohne Rücksicht darauf, ob sie ihre Beschäftigung mit Maschinen oder sonstigen gefährlichen Arbeitsverrichtungen in Berührung bringt oder nicht. Als wertvollster Fortschritt ist jedoch die Neueinführung der Alters- und Invaliditätsversicherung anzusehen, der durch die bereits mit 1. Jänner 1929 in Kraft getretenen Alterfürsorge wirksam präliediert worden ist. So weist denn die neue Landarbeiterversicherung ungeachtet einzelner Unzulänglichkeiten dennoch ein so beachtenswertes Niveau auf, daß sie als bedeutsame Errungenschaft einer bisher von der Sozialpolitik noch wenig erfaßten Bevölkerungsschichte gewertet werden muß.

§ 94. Der Umfang der Landarbeiterversicherung.

1. Die Versicherungspflicht. Diese tritt entweder kraft Gesetzes ein, was allgemein bezüglich der Arbeitnehmer in der Land- und Forstwirtschaft gilt, oder wird erst durch Vdg. ausgesprochen. Auf diesem letzteren Wege können namentlich gewisse Gruppen von land- und forstwirtschaftlichen Arbeitgebern ländelweise in die Versicherung einbezogen werden.

¹⁾ Von dieser Berechtigung haben die Landwirtschaftskrankenkassen fast durchwegs Gebrauch gemacht.

²⁾ Sie besetzen in den maßgebenden Verwaltungskörpern der Landwirtschaftskrankenkassen nur drei Fünftel, nicht wie in den Krankenkassen nach dem ArbVG. vier Fünftel der Mandate.

³⁾ Die Verhältnisse hatten sich auf diesem Gebiete recht ungleichartig entwickelt, nachdem im Jahre 1925 vorübergehend die Zuständigkeit der Landesgesetzgebung etabliert worden war. Diese Verschiedenheiten bezogen sich sowohl auf den Kreis der Pflichtversicherten — einzelne Länder hatten die in kleinbäuerlichen Betrieben Beschäftigten, andere wieder die unständigen Arbeitskräfte aus der Versicherungspflicht ausgeschaltet — als auch auf die Versicherungsleistungen und das Beitragswesen.

a) Die versicherungspflichtigen Arbeitnehmer. Deren Kreis umfaßt nach § 1, Abs. 1, LandArbVG. alle Personen, die auf Grund eines Arbeits-, Dienst- oder Lehrverhältnisses in land- und forstwirtschaftlichen Betrieben¹⁾ einschließlich der nicht gewerblichen Gärtnereien,²⁾ in der Jagd, Fischerei oder Harzgewinnung, in land- oder forstwirtschaftlichen Nebenbetrieben³⁾ sowie als Hausgehilfen im Haushalt eines land- oder forstwirtschaftlichen Arbeitgebers berufsmäßig beschäftigt⁴⁾ sind. Außerdem gelten noch jene Arbeiter als versicherungspflichtig, die bei Erwerbs- und Wirtschaftsgenossenschaften und sonstigen Vereinigungen von Landwirten, sowie bei Verbänden von solchen bedienstet sind, welche die Förderung der land- und forstwirtschaftlichen Produktion ihrer Mitglieder, insbesondere durch gemeinschaftlichen Ankauf von Betriebserfordernissen (z. B. Saatgut, Düngemittel, Maschinen u. dgl.) oder durch Verarbeitung und Verkauf der von den Mitgliedern selbsterzeugten Produkte, zum Zwecke haben. Die Beschäftigung in derartigen Betrieben, zu welchen unter anderem auch genossenschaftliche Molkereien, Lagerhäuser u. dgl. zählen, hat jedoch nur dann die Versicherungspflicht nach dem LandArbVG. zur Folge, wenn die betreffenden Unternehmungen im Jahresdurchschnitt nicht mehr als fünf ständige Arbeiter beschäftigen und nicht fabrikmäßig betrieben werden. Andernfalls unterliegt das Personal derselben der gewerblichen Arbeiterversicherung.

Den genannten Kategorien von land- und forstwirtschaftlichen Arbeitnehmern stellt der durch die I. Novelle vom 18. Juli 1929, B. 253, neu in das LandArbVG. eingefügte § 1, Abs. 3, hinsichtlich der Versicherungspflicht die sogenannten »Pecher« gleich. Hierunter werden jene Personen verstanden, »die ohne auf Grund eines Arbeits-, Dienst- oder Lehrverhältnisses in einem der im § 1, Abs. 1, LandArbVG. genannten Betriebe berufsmäßig beschäftigt zu sein, durch Gewinnung

¹⁾ Darunter sind Betriebe zu verstehen, die sich mit der land- und forstwirtschaftlichen Produktion (Pflanzen- und Viehzucht, Waldkultur u. dgl.) sowie mit der Verwertung der hieraus gewonnenen Erzeugnisse befassen.

²⁾ Bei diesen kommt es vornehmlich auf die Urproduktion, nicht aber, wie z. B. bei Handelsgärtnereien, bloß auf die Aufzucht und Veredlung gekaufter Pflanzen, Sämlinge, Zwiebeln u. dgl. an. Auch darf die Gärtnerei nicht auf Grund einer besonderen Gewerbeberechtigung betrieben werden.

³⁾ Als land- oder forstwirtschaftliche Nebenbetriebe im Sinne des LandArbVG. sind jene anzusehen, die in der Hauptsache die Verarbeitung der eigenen Erzeugnisse der Land- oder Forstwirtschaft des Arbeitgebers zum Gegenstand haben, sofern sich diese Betriebe nicht als selbständige, getrennt verwaltete Wirtschaftskörper darstellen. Die Arbeiter in Zuckerfabriken, Dampfsägen und ähnlichen Unternehmungen, die zwar vorwiegend Produkte der eigenen Land- oder Forstwirtschaft des Besitzers verarbeiten, aber unter selbständiger Leitung stehen und auch sonst ein wirtschaftliches Eigenleben führen, unterliegen daher nicht den Bestimmungen des LandArbVG., sondern jenen des ArbVG. Näheres über diese Frage siehe bei Mertha-Dollfuß, a. a. O., S. 40.

⁴⁾ Diese Beschäftigung muß sich auf einen Haushalt beziehen, der vorwiegend auf dem land- oder forstwirtschaftlichen Besitz, nicht also z. B. in der Stadtwohnung des Arbeitgebers geführt wird.

von Harzprodukten in fremden Wäldern eine saisonmäßig wiederkehrende Erwerbstätigkeit ausüben«. Diese Pecher werden allerdings nur dann nach den für die Versicherung der land- und forstwirtschaftlichen Arbeitnehmer geltenden Vorschriften behandelt, wenn sie ihre Erwerbstätigkeit ohne Zuhilfenahme familienfremder Arbeitskräfte ausüben. Andernfalls unterstehen sie den gesetzlichen Bestimmungen über die Versicherung der selbständigen Landwirte und Pächter.¹⁾

Die Versicherungspflicht der land- und forstwirtschaftlichen Arbeitnehmer richtet sich somit in erster Reihe nach der Qualifikation des Betriebes, in dem der betreffende Arbeitnehmer beschäftigt ist. Welche Tätigkeit er daselbst ausübt, ist im allgemeinen gleichgültig.²⁾ Nur soweit sich aus derselben Merkmale ergeben, welche die Angestellten-eigenschaft begründen, wird auch die Tätigkeit des Arbeitnehmers im Betriebe für dessen Versicherungspflicht von rechtlicher Relevanz. Insbesondere fallen Gutsangestellte und sonstige dem AngVG. oder dem Gesetz über die Krankenversicherung der Bundesangestellten unterstehende Personen zufolge § 1, Abs. 4, LandArbVG. aus der Wirksamkeit des letzteren heraus.

Die Versicherungspflicht ist von einer bestimmten Altersgrenze³⁾ unabhängig. Nur hinsichtlich der Invalidenversicherung wird für den Beginn der Versicherungspflicht die Vollendung des 18. Lebensjahres gefordert. Im übrigen greift auch in der Landarbeiterversicherung der Grundsatz der Ex-lege-Versicherung durch, d. h. es bedarf nicht erst einer Anmeldung⁴⁾ oder anderer Rechtsformalitäten,⁵⁾ um das Ver-

1) Als Kriterium der Selbständigkeit kommt also hier nicht das rechtliche Verhältnis der Pecher zum Waldbesitzer, sondern nur die Tatsache in Betracht, ob die Pecher ihre Tätigkeit mit oder ohne Heranziehung familienfremder Arbeitskräfte ausüben.

2) Vgl. hierüber auch die Ausführungen von Mertha-Dollfuß, a. a. O., S. 39. Daselbst wird beispielsweise darauf hingewiesen, daß ein Hufschmied oder Wagner, der auf einem Meierhof bedienstet ist, ungeachtet dieser seiner handwerklichen Tätigkeit dem LandArbVG. untersteht, wogegen der Forstarbeiter, der von einem Holzhändler zur Bringung des am Stamm gekauten Holzes verwendet wird, in die gewerbliche Arbeiterversicherung fällt. Diese auf den ersten Blick befremdliche Abgrenzung der Versicherungspflicht gründet sich vorwiegend auf praktische Erwägungen. Der Gesetzgeber wollte eben alle in einem land- oder forstwirtschaftlichen Betrieb beschäftigten Arbeiter demselben Versicherungsträger zuweisen, um die Durchführung der Versicherung, namentlich auch das Melde- und Beitragswesen, zu vereinfachen.

3) Die Regierungsvorlage des LandArbVG. (Nr. 94 der Beilagen — Nationalrat, III. Gesetzgebungsperiode) hatte allerdings eine solche Altersgrenze vorgesehen, indem sie die Kranken- und Unfallversicherung der Land- und Forstarbeiter erst mit dem vollendeten 14. Lebensjahre beginnen lassen wollte. Der Ausschuß eliminierte jedoch diese Bestimmung, von der Erwägung ausgehend, daß nach den in Österreich herrschenden Verhältnissen häufig auch schon Kinder unter 14 Jahren während der schulfreien Zeit in der Landwirtschaft Verwendung finden.

4) Die Unterlassung der Anmeldung, auf die schon wegen der Evidenzhaltung der Versicherten nicht verzichtet werden kann, zieht allerdings Bestrafung des Arbeitgebers nach sich. Auch kann ihm ein bedeutender Zuschlag zu den nachzuzahlenden Versicherungsbeiträgen vorgeschrieben werden.

5) Auch das Unterbleiben der Beitragszahlung hindert nicht das Wirksamwerden der Versicherung.

sicherheitsein der land- und forstwirtschaftlichen Arbeiter zu bewirken. Dieser Zustand wird vielmehr bereits durch den Eintritt in die versicherungspflichtige Beschäftigung herbeigeführt und dauert solange an, bis der betreffende Arbeitnehmer aus dieser Beschäftigung wieder ausscheidet.

Die Ausnahmen von der Versicherungspflicht sind nicht allzu zahlreich. Diesbezüglich werden in § 2 LandArbVG. folgende Personengruppen als versicherungsfrei erklärt: die Gattin oder der Gatte des Arbeitgebers; Personen, die ihren Lebensunterhalt auch während ihres Arbeitsverhältnisses in der Land- und Forstwirtschaft vorwiegend aus einer anderen selbständigen oder unselbständigen Erwerbstätigkeit ableiten¹⁾ oder aus einem notariell, bzw. grundbücherlich gesicherten Ausgedinge bestreiten; Personen, die in Armenversorgung stehen und nur gelegentlich einer versicherungspflichtigen Beschäftigung nachgehen; endlich auch solche, die infolge körperlicher oder geistiger Gebrechen oder infolge hohen Alters nur in geringem Umfange arbeitsfähig sind. Die beiden zuletzt genannten Gruppen gelten jedoch nur dann als versicherungsfrei, wenn sie keinen oder nur einen solchen Barlohn beziehen, der nicht einmal ein Drittel des in der betreffenden Ortsgemeinde für gesunde Arbeitnehmer üblichen Lohnes erreicht.

Von diesen Fällen absoluter Versicherungsfreiheit²⁾ ist die in § 3 LandArbVG. zugunsten naher Verwandter des Arbeitgebers normierte bedingte Befreiung von der Versicherungspflicht zu unterscheiden. Diese letztere kommt Kindern, Schwiegerkindern, Eltern, Großeltern und Geschwistern³⁾ des Arbeitgebers zugute, die mit diesem in Hausgemeinschaft leben und in seiner Land(Forst)wirtschaft als Arbeiter berufsmäßig tätig sind. Voraussetzung für deren Befreiung ist es jedoch, daß der Arbeitgeber der Landwirtschaftskasse gegenüber eine schriftliche Erklärung abgibt, in der er sich verpflichtet, diesen seinen Angehörigen im Falle ihrer Erkrankung, eines ihnen zustoßenden Unfalles oder ihrer Invalidität den Unterhalt und die entsprechende Fürsorge aus eigenen Mitteln zu leisten. Die Abgabe dieser Erklärung⁴⁾ hat für die einzelnen

1) Es handelt sich somit hier um eine Gruppe von Personen, die nur nebenberuflich eine Beschäftigung in der Land- und Forstwirtschaft ausüben, sonst jedoch ihre hauptsächlichste Erwerbsquelle in einer anderen, sei es selbständigen oder unselbständigen Tätigkeit finden. So unterliegt z. B. ein Fabrikarbeiter oder ein Handwerker, die in ihrer freien Zeit oder während ihresurlaubes bei einem Landwirt arbeiten, nicht der Versicherungspflicht nach dem LandArbVG.

2) Ob absolute Versicherungsfreiheit im Einzelfalle auch tatsächlich vorliegt und daher der in Beschäftigung genommene Arbeiter zur Versicherung nicht angemeldet zu werden braucht, hat der Arbeitgeber selbst zu prüfen. Ihn treffen daher auch die gesetzlichen Folgen, wenn er in der irrigen Voraussetzung, daß es sich um eine versicherungsfreie Person handelt, deren Anmeldung unterläßt.

3) Zugunsten der Geschwister kann nur die Befreiung von der Krankenversicherung in Anspruch genommen werden, während hinsichtlich der übrigen nahen Verwandten auch eine solche von der Unfall- und Invalidenversicherung herbeigeführt werden kann.

4) Für diese Erklärungen sind von den Kassen Vordrucke aufzulegen und den Arbeitgebern zur Verfügung zu stellen.

Versicherungszweige getrennt zu erfolgen. Die Befreiung tritt mit dem Beginn des folgenden Kalenderjahres ein, wenn die Erklärung spätestens zwei Monate vorher bei der Kasse einlangt.¹⁾ Umgekehrt wird auch ein Widerruf der Erklärung, der übrigens nur hinsichtlich der Kranken- und Unfallversicherung statthaft ist,²⁾ erst mit dem Schlusse des Kalenderjahres wirksam. Die Befreiungsmöglichkeit von der Versicherungspflicht naher Angehöriger des Arbeitgebers kann jedoch im Verordnungswege für den Bereich einzelner Bundesländer³⁾ als unzulässig bezeichnet werden, wenn der Landeshauptmann nach Anhörung der land- und forstwirtschaftlichen Hauptkörperschaft dies beim BM. für soziale Verwaltung beantragt.

Besondere Vorschriften trifft § 4 LandArbVG. für die Versicherung der bei mehreren Arbeitgebern und der unständig⁴⁾ Beschäftigten sowie der Pecher. Für alle diese Kategorien haben die Bestimmungen des LandArbVG. nur insoweit Geltung, als nicht im Verordnungswege andere, die Eigenart dieser Beschäftigungsverhältnisse berücksichtigende Anordnungen, insbesondere hinsichtlich der Meldungen und Anzeigen, der Versicherungszuständigkeit, des Beginnes und Endes der Versicherung, des Beitragswesens, der Versicherungsleistungen und der Standesführung der Versicherten, getroffen werden. Dies ist auch hinsichtlich der beiden ersten Gruppen mit der Vdg. vom 6. Dezember 1928, B. 236, geschehen, so daß die materiellrechtlichen Vorschriften dieser Vdg. für die erwähnten Versichertengruppen ergänzend, bzw. abändernd zu den Normen des LandArbVG. hinzutreten.

b) Die versicherungspflichtigen Landwirte. Zu diesen zählen Besitzer oder Pächter land- und forstwirtschaftlicher Betriebe, welche aus deren Ertrag vorwiegend ihren Lebensunterhalt bestreiten, ferner die Ehegattinnen derselben und endlich jene Pecher,⁵⁾ die familienfremde Arbeitskräfte beschäftigen. Alle diese Personen können zufolge § 5 LandArbVG. auf Antrag der land- und forstwirtschaftlichen Hauptkörperschaft sowie der Landesregierung eines Bundeslandes durch

1) Erstmals kann die Erklärung innerhalb eines Monats nach gesetzlicher Einführung des betreffenden Versicherungszweiges abgegeben werden.

2) Der Widerruf einer für die Befreiung von der Invalidenversicherung abgegebenen Erklärung ist daher unzulässig.

3) Für die Bundesländer Niederösterreich und Wien ist dies bereits durch die MinVdgn. vom 3. Jänner 1929, B. 16, und vom 17. April 1929, B. 161, insofern geschehen, als Befreiungen von der Unfallversicherung im Sinne des § 3, Abs. 4, LandArbVG. als unzulässig erklärt wurden. Die gleiche Maßnahme wurde im Burgenland mit Vdg. vom 6. August 1929, B. 279, getroffen.

4) Als »unständig beschäftigt« werden jene land- oder forstwirtschaftlichen Arbeitnehmer angesehen, deren Entgelt von vornherein nicht mindestens nach Wochen bemessen wird oder deren Beschäftigung bei einem und demselben Arbeitgeber nicht wenigstens durch drei Tage in der Kalenderwoche andauert (§ 2 der Vdg. vom 6. Dezember 1928, B. 236).

5) Siehe über den Begriff »Pecher« die Ausführungen auf S. 634.

Min.Vdg.¹⁾ in die Unfall- und Invalidenversicherung, bzw. auch nur in erstere zwangsläufig einbezogen werden. Ist der hierauf abzielende Antrag einmal gestellt, so kann er, sobald die Versicherung für diesen Personenkreis begonnen hat, nicht mehr widerrufen werden.²⁾ Es handelt sich also um ein Obligatorium, das alle im betreffenden Lande wohnhaften Landwirte und Pächter erfaßt, ohne daß Größe oder Reinertrag des Betriebes in Betracht gezogen wird.³⁾ Da mit Rücksicht auf die in Österreich obwaltende Grundbesitzverteilung — in den meisten Bundesländern herrscht der Mittel- und Kleinbesitz vor — die Zahl der Landwirte und Pächter eine sehr beträchtliche ist, kommt dieser Gesetzesbestimmung große Bedeutung zu. Tatsächlich ist denn auch gleich nach dem Inkrafttreten des LandArbVG. von der in § 5 gebotenen Möglichkeit Gebrauch gemacht und durch die Vdgn. vom 3. Jänner 1929, B. 18, und vom 16. Jänner 1929, B. 45, die Einbeziehung der Landwirte und Pächter in die Unfallversicherung für die Länder Niederösterreich und Wien verfügt worden. Noch weiter geht die für das Burgenland erlassene Vdg. vom 6. August 1929, B. 280, die nicht nur die Besitzer (Pächter) von land- und forstwirtschaftlichen Betrieben, sondern auch deren Gattinnen in die Unfallversicherung einbezieht.

Durch die erwähnte Einbeziehung der Landwirte und Pächter wird somit eine Riskengemeinschaft zwischen selbständig und unselbständig Erwerbstätigen geschaffen. Hieraus erwächst unter Umständen für die letzteren eine finanzielle Gefahr, weil die Landwirte und Pächter, einerseits wegen ihres durchschnittlich höheren Alters, andererseits wegen ihres größeren Familienstandes, schlechtere Risiken darstellen als die zumeist in jüngeren Jahren befindlichen Land- und Forstarbeiter. Das LandArbVG. trifft daher Kautelen, die verhüten sollen, daß sich aus der erwähnten Ungleichheit empfindliche Nachteile zuungunsten der Unselbständigen ergeben. Hiezu gehört zunächst die in § 5, Abs. 2, enthaltene Bestimmung, derzufolge als höchste Lohnklasse, in welcher die Versicherung der Landwirte und Pächter gesetzlich statthaft erscheint, die sechste gilt,⁴⁾ während für die Land- und Forstarbeiter allenfalls noch drei weitere Lohnklassen (7 bis 9) in Frage kommen. Hiedurch soll eine

1) Zur Erlassung dieser Vdg. ist der BM. für soziale Verwaltung im Einvernehmen mit dem BM. für Land- und Forstwirtschaft berufen.

2) Die einmal eingeführte Versicherung der Landwirte und Pächter bleibt somit in dem betreffenden Bundesland dauernd in Kraft.

3) Die Regierungsvorlage hatte bloß die Besitzer (Pächter) von landwirtschaftlichen Kleinbetrieben für die bedingt obligatorische Unfall- und Invalidenversicherung vorgeschlagen. Der Ausschuß hat jedoch den Kreis auf alle Besitzer oder Pächter land- und forstwirtschaftlicher Betriebe erweitert, die aus deren Ertrag vorwiegend ihren Lebensunterhalt bestreiten.

4) Die Lohnklasse, in der die Versicherung der Landwirte und Pächter erfolgen kann, ist durch Min.Vdg. für jedes Bundesland einheitlich festzusetzen, wobei als höchste Lohnklasse die sechste in Betracht kommt. Eine spätere Änderung der einmal festgesetzten Lohnklasse ist nur dann zulässig, wenn von der land- und forstwirtschaftlichen Hauptkörperschaft und der Landesregierung die Einführung einer niedrigeren Lohnklasse beantragt wird.

gewisse Begrenzung der an Landwirte und Pächter zu gewährenden Barleistungen¹⁾ aus der Unfall- und Invalidenversicherung erreicht werden. Für den Bereich der letzteren verfügt das LandArbVG. aber noch eine andere wichtige Einschränkung. Es werden nämlich die Selbständigen nach ihrer Einbeziehung in die Invalidenversicherung vorerst keinen Anspruch auf Invalidenrente, wohl aber einen solchen auf die übrigen, aus der Invalidenversicherung fließenden Leistungen besitzen. Erst wenn eine längere Beobachtung des Versicherungsverlaufes ergibt, daß auch die Gewährung der Invalidenrente eine Mehrbelastung der versicherten Land- und Forstarbeiter nicht nach sich zieht, wird deren Bezug den selbständigen Landwirten und Pächtern zugestanden werden.

II. Die freiwillige Versicherung kommt nur für den Krankheitsfall in Betracht, und zwar in zweierlei Form: entweder als freiwillige Versicherung selbständig Erwerbstätiger oder als freiwillige Fortsetzung eines auf Grund der Pflichtversicherung bestandenen früheren Versicherungsverhältnisses.

a) Die freiwillige Krankenversicherung der Landwirte und Pächter kann von den hiezu Berechtigten — das sind Besitzer oder Pächter von landwirtschaftlichen²⁾ Betrieben, die sich vornehmlich der Bewirtschaftung ihres Grundbesitzes widmen, ferner deren Ehegattinnen und die früher erwähnte Art von Pechern — nur im Rahmen der in § 6 LandArbVG. normierten Bestimmungen angesprochen werden. In diesen wird vorgesehen, daß die Landwirtschaftskrankenkasse satzungsgemäß den Kreis der zur freiwilligen Versicherung Berechtigten auf Besitzer (Pächter) von landwirtschaftlichen Kleinbetrieben beschränken kann. Die freiwillige Versicherung der Landwirte und Pächter darf weiters erst dann eingeführt werden, wenn bei dem betreffenden Versicherungsträger, d. i. der örtlich zuständigen Landwirtschaftskrankenkasse, mindestens 500 Landwirte oder Pächter dazu angemeldet wurden. Sie hat in einer eigenen Abteilung zu erfolgen, deren Aufwand, einschließlich eines entsprechenden Anteiles an den allgemeinen Verwaltungskosten, durch die von den freiwillig Versicherten gezahlten Beiträge zu decken ist. Wir begegnen also auch hier der Tendenz, die Pflichtversicherten durch die Fürsorge für die Selbständigen nicht zu schädigen.

Die freiwillige Krankenversicherung der Landwirte und Pächter kann sich auf alle Leistungen mit Ausnahme des Krankengeldes erstrecken. Ihre näheren Modalitäten sind durch die Satzung der Kasse zu regeln. Diese kann insbesondere die Aufnahme in die Versicherung von einer bestimmten Altersgrenze³⁾ sowie von dem Ergebnis

1) Hinsichtlich des Umfanges dieser Versicherungsleistungen sowie der Bemessung und Einhebung der Beiträge können durch Verordnung besondere Bestimmungen getroffen werden.

2) Die Besitzer forstwirtschaftlicher Betriebe bleiben somit hier außer Betracht. Ihnen ist die freiwillige Krankenversicherung nicht zugänglich.

3) Als solche wird in den Satzungen der meisten Kassen das noch nicht vollendete 55. Lebensjahr der Versicherten normiert.

einer ärztlichen Untersuchung des Beitrittswerbers abhängig machen. Die Satzung hat auch nähere Bestimmungen über die Höhe der Beiträge¹⁾ und über die Mitwirkung der freiwillig Versicherten an der Verwaltung der sie betreffenden Kassenabteilung zu enthalten. Was endlich die Lösung des Versicherungsverhältnisses anbelangt, so kann diese durch den Versicherten in der Regel erst nach einjähriger Dauer, und zwar nur am Ende eines Kalenderhalbjahres, durch vorhergegangene zweimonatige Kündigung erfolgen. Nur wenn der Versicherte die seine Versicherungsberechtigung begründende Beschäftigung aufgibt, endet die Versicherung bereits mit dem Einlangen der bezüglichen Meldung bei der Kasse. Der Versicherungsträger wiederum kann das Verhältnis als aufgelöst erklären, wenn fällige Beiträge durch länger als sechs Wochen nicht entrichtet werden. Auch ist die Durchführung der freiwilligen Krankenversicherung Selbständiger aufzulassen, wenn der Versichertenstand im Durchschnitt des letzten Kalenderjahres weniger als 400 beträgt.

b) Die freiwillige Fortsetzung der Krankenversicherung. Mitglieder von Landwirtschaftskrankenkassen, die im Laufe der letzten 12 Monate durch mindestens 26 Wochen eine versicherungspflichtige Beschäftigung ausgeübt haben, können die Krankenversicherung gegen Zahlung des vollen Beitrages jener Lohnklasse, in die sie zuletzt eingereiht waren,²⁾ fortsetzen, solange sie sich im Kassensprengel aufhalten und nicht zu einer selbständigen Erwerbstätigkeit oder einer solchen Beschäftigung übergehen, welche die Versicherungspflicht begründet. Die beabsichtigte Fortsetzung der Versicherung muß binnen vier Wochen nach dem Austritt aus der letzten Beschäftigung der Kasse angezeigt werden. Hinsichtlich der Beitragszahlungen gelten analoge Vorschriften wie in der Arbeiterversicherung.³⁾

§ 95. Die Lohnklassen in der Landarbeiterversicherung.

Auch in dieser werden die Versicherten nach Maßgabe ihres Arbeitsverdienstes in Lohnklassen eingereiht, deren untere Verdienstgrenzen sowohl für die Beitrags- als auch für die Bemessungsgrundlagen in allen Versicherungszweigen bestimmende Bedeutung haben.

¹⁾ Der Beitrag für die freiwillig Versicherten ist im Statut zunächst in gleicher Höhe festzusetzen, wie für die in die 6. Lohnklasse eingereihten pflichtversicherten Mitglieder. Er kann entsprechend ermäßigt werden, wenn die Abteilung über einen Reservefonds in der sechsfachen Höhe der durchschnittlichen Monatsausgaben während des letzten Kalenderjahres verfügt. Andererseits ist der Beitrag auch wieder entsprechend zu erhöhen, wenn der Reservefonds unter das Dreifache der durchschnittlichen Monatsausgaben sinkt. Der Landeshauptmann ist berechtigt, im Bedarfsfalle eine amtswegige Erhöhung des Beitrages für die Zeit bis zur nächsten satzungsmäßigen Festsetzung zu verfügen.

²⁾ Der Kassenvorstand kann auch eine Änderung der Lohnklasse bewilligen; zumindest sind jedoch die Beiträge der 4. Lohnklasse zu entrichten.

³⁾ Siehe hierüber die Ausführungen auf S. 588.

Das Schema ist in seinen einzelnen Ansätzen gemäß § 9, Abs. 1, LandArbVG. folgendermaßen aufgebaut:

| Lohn- klasse | täglich | | Arbeitsverdienst wöchentlich in Schilling | | monatlich | |
|-----------------|---------|-----|---|------|-----------|-------|
| | | bis | | bis | | bis |
| 1 | | 0·8 | | 4·8 | | 20·8 |
| 2 | über | 0·8 | über | 4·8 | über | 20·8 |
| 3 | „ | 1·2 | „ | 7·2 | „ | 31·2 |
| 4 | „ | 1·8 | „ | 10·8 | „ | 46·8 |
| 5 | „ | 2·4 | „ | 14·4 | „ | 62·4 |
| 6 | „ | 3·0 | „ | 18·0 | „ | 78·0 |
| 7 | „ | 3·6 | „ | 21·6 | „ | 93·6 |
| 8 | „ | 4·8 | „ | 28·8 | „ | 124·8 |
| 9 | „ | 6·0 | „ | 36·0 | „ | 156·0 |

Vergleicht man diese Lohnklasseneinteilung mit jener des ArbVG.,¹⁾ so zeigt sich, daß ihre Ziffernansätze nicht unwesentlich hinter den für die industriellen und gewerblichen Arbeiter geltenden zurückbleiben. Schließt ja doch das Lohnklassenschema des ArbVG. erst mit Tagesarbeitsverdiensten von 8·40 S ab, während das des LandArbVG. in seiner obersten Lohnklasse nur solche bis zu 6 S kennt.²⁾ Diese differente Behandlung von Land- und Industriearbeitern hängt mit der schon einleitend erörterten Verschiedenheit ihres Entgelts zusammen, wobei hauptsächlich die Spaltung in Geld- und Naturallohn sowie die durch das Vorwalten des letzteren herbeigeführte geringere Geldbedürftigkeit der Landarbeiter in Frage kommt. Das starke Hervortreten des Naturallohnes in der Landwirtschaft mag wohl auch die in § 9, Abs. 2, LandArbVG. enthaltene Vorschrift mitbeeinflusst haben, derzufolge in die beiden höchsten Lohnklassen nur solche Versicherte eingereicht werden dürfen, die nicht mit dem Arbeitgeber in Hausgemeinschaft leben³⁾ oder von ihm Verpflegung beziehen. Die oberste (9.) Lohnklasse ist überdies lediglich den Forst- und Sägearbeitern⁴⁾ vorbehalten, die gewissermaßen eine Mischform zwischen ländlichem und industriellem Arbeitnertum darstellen. Auch Wander- und Saisonarbeiter sind insofern bevorzugt, als sie, wenn ihr Arbeitsverdienst 4·80 S täglich übersteigt, jedenfalls, also selbst dann in die 8. Lohnklasse einzureihen sind, falls sie vom Arbeitgeber Kost und Wohnung erhalten.

1) Siehe deren Schema auf S. 590.

2) Hiebei geht das LandArbVG. ohnedies über die Regierungsvorlage hinaus, die nur 7 Lohnklassen mit einem Maximalverdienst von 4·8 S vorsah. Die beiden obersten Lohnklassen wurden erst im Zuge der Ausschlußberatungen in das Gesetz eingefügt.

3) Das heißt im Genusse von Kost und Quartier stehen. Dies wird insbesondere beim bäuerlichen Gesinde zutreffen, das nach altem Brauch mit dem Arbeitgeber unter einem Dache zu hausen und auch von ihm verköstigt zu werden pflegt.

4) Als solche gelten Personen, die ausschließlich oder vorwiegend zu Arbeiten in Forst- oder Sägebetrieben verwendet werden (§ 9, Abs. 2, LandArbVG.).

Bei Ermittlung des für die Lohnklasseneinreihung maßgebenden Arbeitsverdienstes sind alle regelmäßigen Bestandteile des Entgelts, somit auch die Sachbezüge, entsprechend zu berücksichtigen. Diese letzteren werden zu Durchschnittspreisen veranschlagt, die, ebenso wie in der Arbeiter- und Angestelltenversicherung, vom Landeshauptmann nach Anhörung aller Interessentenkreise ziffermäßig zu bestimmen sind. Hierbei kann die Festsetzung des Wertes der Sachbezüge entweder gleichmäßig für das ganze Bundesland oder nach Landesteilen verschieden¹⁾ vorgenommen werden. Die näheren Grundsätze hierüber wurden in der Min.Vdg. vom 10. November 1928, B. 298, festgelegt. Außerordentliche Zuwendungen, die, wie z. B. die nach einigen LAOen gebührenden Dienstaltersprämien, dem Arbeitnehmer nicht regelmäßig zufließen, bleiben bei Ermittlung des Arbeitsverdienstes außer Betracht. Im übrigen gelten für dessen Errechnung ähnliche Bestimmungen wie in der Arbeiterversicherung.²⁾ Die Arbeitgeber haben über die Bezüge der von ihnen beschäftigten Personen Lohnlisten zu führen; von dieser Verpflichtung sind nach § 13, Abs. 2, LandArbVG. nur solche Arbeitgeber befreit, die in ihren Betrieben vorwiegend Arbeiter beschäftigen, die mit ihnen in Hausgemeinschaft leben und Verpflegung erhalten. Zur Durchführung der den Lohnlistenzwang betreffenden Bestimmungen des LandArbVG. erließ die Min.-Vdg. vom 4. Dezember 1928, B. 324, der auch entsprechende Formulare beigegeben sind. Hinsichtlich der den Arbeitgebern obliegenden Pflicht, den Landwirtschaftskrankenkassen alle für die Lohnklasseneinreihung maßgebenden Daten gleichzeitig mit der Anmeldung des Versicherten bekanntzugeben und diese Daten bei allfälligen Veränderungen richtigzustellen, kann auf das bei Darstellung des ArbVG. Gesagte³⁾ verwiesen werden.

§ 96. Die Leistungen der Landarbeiterversicherung.

Auf diesem Gebiete ist die Annäherung an die Vorschriften des ArbVG. am weitestgehenden. Wesentlichere Unterschiede finden wir nur in zweierlei Hinsicht vor: einmal in der Höhe der Geldleistungen, die sich schon des ungünstigeren Lohnklassenschemas wegen in der Landarbeiterversicherung niedriger stellen als in der Arbeiterversicherung, dann aber auch in einem gewissen Zurücktreten der Regelleistungen, welche nicht selten durch die beweglicheren der Satzung suppliert werden. Als wichtigstes Beispiel hierfür sei auf die Familienversicherung verwiesen. Endlich begegnen wir in der Landarbeiterversicherung auch dem Bestreben nach vereinfachter Geschäftsabwicklung, was sich in

¹⁾ Die Festsetzung nach Landesteilen wird insbesondere dann nötig sein, wenn sich hinsichtlich der Beschaffenheit der Sachbezüge oder der üblichen Kaufpreise in den einzelnen Gegenden (Gebirgs- und Flachland, Städte und Industriegemeinden) solche Verschiedenheiten ergeben, daß ein einheitlicher Bewertungssatz unmöglich erscheint.

²⁾ Siehe hierrüber die Darlegungen auf S. 590 ff.

³⁾ Vgl. die Ausführungen auf S. 591.

verschiedenen Formen, wie der Gewährung von Bauschbeträgen, der geldlichen Ablösung von Naturalleistungen u. dgl. m., äußert. Abgesehen von diesen zum Teil in den ländlichen Verhältnissen begründeten Abweichungen, ist jedoch der Aufbau der Versicherungsleistungen jenem des ArbVG. sehr ähnlich. Es wird daher in der folgenden Darstellung, die vielfach auf dem bereits an früherer Stelle Gesagten fußt, nur auf die besonderen Bestimmungen des LandArbVG. näher eingegangen werden.

I. Die Leistungen der Krankenversicherung¹⁾ zerfallen in Krankenhilfe, Mutterhilfe und Begräbnisgeld.

a) Die Krankenhilfe setzt sich aus Krankenpflege und Krankengeld zusammen. Die Regelleistungen der ersteren sind so wie im ArbVG. geordnet, mit Ausnahme der Gewährung von Zahnplomben und Zahnersatz, welche Leistungen in der Landarbeiterversicherung nur den Gegenstand der erweiterten Heilbehandlung bilden. Die Bezugsdauer der Leistungen ist ebenfalls die gleiche.²⁾ Das Krankengeld, das auch hier erst vom vierten Tage der Arbeitsunfähigkeit an gebührt,³⁾ richtet sich nach der Lohnklasse des Versicherten und ist in folgender Höhe zu bezahlen: 1. Lohnklasse 0·6 S, 2. Lohnklasse 0·8 S, 3. Lohnklasse 1·2 S, 4. Lohnklasse 1·6 S, 5. Lohnklasse 2 S, 6. Lohnklasse 2·4 S, 7. Lohnklasse 3 S, 8. Lohnklasse 3·6 S und 9. Lohnklasse 4·2 S täglich. Es handelt sich somit durchwegs um niedrigere Beträge, als nach dem ArbVG. gebühren, dies um so mehr, als der der Zahl nach stärksten Arbeitnehmergruppe — diese umfaßt die mit dem Arbeitgeber in Hausgemeinschaft lebenden oder von ihm Verpflegung erhaltenden Landarbeiter — das Aufsteigen in die zwei obersten Lohnklassen gesetzlich verwehrt ist. Eine weitere Besonderheit des LandArbVG. ist es, daß es das Krankengeld unter Umständen nicht dem Versicherten, sondern dessen Arbeitgeber zubilligt. Dies geschieht insbesondere, wenn und solange der Versicherte beim Arbeitgeber auch im Krankheitsfalle Unterkunft und volle Verpflegung genießt oder an Sachbezügen und Barlohn mindestens 80 Prozent seines Entgelts fortbezieht. Hier verwandelt sich somit die Krankenversicherung des Landarbeiters in eine Schadensversicherung seines Arbeitgebers, der in dieser Form eine Vergütung für den ihn treffenden Ausfall an

1) Unständig Beschäftigte (vgl. über diesen Begriff die Fußnote 1) auf S. 637) haben nur dann Anspruch auf alle Leistungen der Krankenversicherung, wenn sie innerhalb der letzten zwei Monate vor der Erkrankung mindestens durch 18 Tage in einer nach dem LandArbVG. versicherungspflichtigen Beschäftigung gestanden und der Meldepflicht nachgekommen sind. War letzteres nicht der Fall, so steht ihnen ein Anspruch auf die Geldleistungen der Krankenversicherung nicht zu und gebührt ihnen die Krankenpflege nur für die Höchstdauer von 26 Wochen (§ 8 der Vdg. vom 6. Dezember 1928, B. 236).

2) Siehe diesbezüglich S. 592.

3) Die ersten drei Krankheitstage fallen somit in die Karenzfrist.

Arbeitsleistung erhält.¹⁾ Weiters gebührt das Krankengeld dem Versicherten dann nicht, wenn er sich die Krankheit vorsätzlich zugezogen hat. Das Kassenstatut kann, darüber hinausgehend, auch bestimmen, daß Versicherten, deren Krankheit auf die schuldhaftige Beteiligung an Raufhändeln zurückgeht oder sich als unmittelbare Folge von Trunkenheit erweist, das Krankengeld ganz oder teilweise entzogen wird. Dieser Vorschrift kommt angesichts der auf dem Lande nicht seltenen Wirtschaftsschlägereien eine erziehlche Bedeutung zu.

b) Die Mutterhilfe ist im LandArbVG. in besonderer Weise geregelt.²⁾ Dasselbe unterscheidet im § 53 zwischen weiblichen Versicherten,³⁾ die sechs Wochen vor und sechs Wochen nach der Entbindung in der Hausgemeinschaft des Arbeitgebers leben, bzw. von ihm Verpflegung erhalten, und solchen Versicherten, bei denen dies nicht der Fall ist. Die erstere Gruppe wird insofern ungünstiger behandelt, als die zu ihr gehörenden Versicherten als Mutterhilfe lediglich einen einmaligen Bauschbetrag⁴⁾ erhalten, dessen Höhe im Kassenstatut näher bestimmt wird.⁵⁾ Dieses Pauschale kann nach Lohnklassen abgestuft werden, muß jedoch wenigstens das Zwanzigfache der Untergrenze der 4. Lohnklasse, d. i. 36 S, betragen. Auf Begehren der Versicherten kann die Hälfte davon bereits in den letzten vier Wochen der Schwangerschaft ausbezahlt werden. Den in die zweite Gruppe gehörigen weiblichen Versicherten gebührt eine laufende Wochenhilfe, und zwar in der Weise, daß ihnen die Schwangeren- und Wöchnerinnenunterstützung in der Höhe ihres Krankengeldes durch je sechs Wochen vor und nach der Niederkunft flüssiggemacht wird, falls sie sich in dieser Zeit der Lohnarbeit enthalten.⁶⁾ Sie werden also wie gewerbliche Arbeiterinnen behandelt. Auch erhalten sie als

1) Hat der Arbeitgeber jedoch der Kasse gegenüber die Verpflichtung zur Verpflegung des Versicherten im Erkrankungsfall übernommen und hierfür im Sinne des § 180 LandArbVG. eine Beitragsermäßigung zugestanden erhalten, so wird ihm das Krankengeld des Versicherten erst vom Beginne der 7. Krankheitswoche an zugestanden.

2) Das Zustandekommen der diesbezüglichen Vorschriften des LandArbVG. bereitete bei den Verhandlungen des Nationalrates erhebliche Schwierigkeiten. Obgleich der Ausschuß über die Vorschläge der Regierungsvorlage — diese hatte in allen Fällen als Mutterhilfe nur die Gewährung eines Pauschalbetrages beantragt — wesentlich hinausging, muß doch gerade diese Partie des LandArbVG. als wenig gelungen bezeichnet werden. Sie bleibt in ihrem sozialen Gehalt jedenfalls hinter den gleichartigen Vorschriften des ArbVG. weit zurück.

3) Auf die Mutterhilfe haben nicht alle weiblichen Versicherten schlechthin, sondern nur solche Anspruch, die innerhalb der letzten zwölf Monate vor der Entbindung wenigstens durch 26 Wochen in einer versicherungspflichtigen Beschäftigung gestanden sind.

4) Dieser Bauschbetrag soll insbesondere der Beschaffung der Kindesausstattung dienen.

5) Allenfalls auch verschieden nach Gebieten des Kassensprengels.

6) Das die beiden Gruppen von Versicherten trennende Moment bildet somit lediglich die Tatsache, ob die Versicherte in dem maßgebenden Zeitraum (sechs Wochen vor und nach der Niederkunft) in der Hausgemeinschaft, bzw. Verpflegung des Arbeitgebers stand oder nicht. Die laufende Wochenhilfe setzt daher sofort ein, wenn die Versicherte während des angegebenen Zeitraumes aus dem Genusse der erwähnten Naturalleistungen ausscheidet. Hat sie bereits den Bauschbetrag erhalten, so ist er quotativ auf die laufende Wochenhilfe anzurechnen.

Pflichtleistung Stillgelder in der Höhe des halben Krankengeldes, während solche der ersten Gruppe von Versicherten nur dann zufließen, wenn die Satzung des Versicherungsträgers¹⁾ es gestattet. Wir sehen daher auf dem Gebiete der Mutterhilfe ein erhebliches Zurückbleiben der Leistung, welches sich noch dadurch verstärkt, daß das LandArbVG. in Folge Fehlens der obligatorischen Familienversicherung eine Mutterhilfe für die Gattin des Versicherten nur als statutarische Mehrleistung kennt.

c) Das Begräbnisgeld gebührt beim Tode eines Versicherten, dessen Anspruch auf Krankengeld nicht seit mehr als einem halben Jahre erschöpft ist. Bezugsberechtigt sind die Hinterbliebenen, welche die Kosten des Begräbnisses bestritten haben. Seiner Höhe nach beträgt das Begräbnisgeld das Vierzigfache des Krankengeldes, auf das der Versicherte zuletzt Anspruch oder Anwartschaft hatte, mindestens jedoch 60 S. Es ist binnen acht Tagen nach Nachweis der Anspruchsberechtigung flüssigzumachen.

Zu den erwähnten Regelleistungen der Krankenversicherung treten noch die satzungsmäßigen Mehrleistungen der Landwirtschaftskrankenkassen hinzu. Die wichtigste derselben bildet die Familienversicherung, die sich auf alle Kassenleistungen mit Ausnahme des Krankengeldes erstrecken kann. Der Kreis der als Bedachte in Frage kommenden Angehörigen umfaßt die Gattin, die Kinder, die Eltern und gegebenenfalls auch die Wirtschaftsführerin. Die Gewährung der Familienversicherung kann von der Einhebung eines Sonderbeitrages abhängig gemacht werden. In Erkenntnis der hohen volksgesundheitlichen Bedeutung, die der Familienversicherung innewohnt, haben sich alle Landwirtschaftskassen freiwillig zur Einführung derselben entschlossen und auf diese Art den hier zweifellos obwaltenden Mangel des Gesetzes wieder gutgemacht. Die übrigen in § 55 LandArbVG. erwähnten Mehrleistungen beziehen sich auf die allfällige Zuerkennung des Krankengeldes während der dreitägigen Karenzfrist,²⁾ auf die Erhöhung desselben bei größerem Familienstand oder längerer Arbeitsunfähigkeit des Versicherten, auf die Hinaufsetzung des Begräbnisgeldes bis zum Fünzigfachen des Krankengeldes, auf die Verlängerung der Unterstützungsdauer bis zu 78 Wochen³⁾ sowie auf die erweiterte Heilbehandlung, welche sich hier nach den gleichen Grundsätzen wie in der Arbeiterversicherung vollzieht. Die Normen hierfür sind im § 56 LandArbVG. enthalten.

II. Die Leistungen der Unfallversicherung. Die versicherte Gefahr wird vom LandArbVG. in derselben Weise wie im ArbVG.⁴⁾

1) In diesem Falle trifft die Satzung auch Bestimmungen über die Höhe des Stillgeldes und die näheren Voraussetzungen, unter denen es flüssigzumachen ist.

2) Die Zuerkennung des Krankengeldes während der dreitägigen Karenzfrist darf jedoch nur dann erfolgen, falls dem Erkrankten für diese Zeit dem Arbeitgeber gegenüber ein Anspruch auf Entgelt nicht zusteht.

3) Die Ausdehnung der Krankenunterstützungsdauer bis zu 78 Wochen ist nur bis zum Inkrafttreten der Invalidenversicherung statthaft.

4) Siehe hierüber die Ausführungen auf S. 596.

umschrieben. Insbesondere werden auch hier Berufskrankheiten den Arbeitsunfällen gleichgehalten.¹⁾ Die Liste derselben wurde durch die Min.Vdg. vom 6. Februar 1929, B. 79, kundgemacht. Im übrigen reicht die Verordnungsgewalt der Regierung auf diesem Gebiete insofern noch weiter, als § 62 LandArbVG. ihr die Möglichkeit gibt, die Unfallversicherung der Land- und Forstarbeiter über Antrag der land- und forstwirtschaftlichen Hauptkörperschaft sowie der betreffenden Landesregierung länderweise auch noch auf andere als Arbeitsunfälle auszudehnen. Die Leistungen aus der Unfallversicherung gliedern sich in die Verletztenrente, das Heilverfahren sowie in die Unfallsentschädigung bei Todesfällen.

a) Die Verletztenrente gebührt Landarbeitern dann, wenn ihre Erwerbsfähigkeit durch den Unfall um mehr als ein Drittel geschmälert ist. Bei Forst- und Sägearbeitern genügt hiezu schon eine Einbuße von mehr als einem Fünftel. Sie sind also im Hinblick auf die bei ihnen häufigere Unfallsgefahr vom Gesetze begünstigt. Bleibt die durch den Unfall herbeigeführte Verminderung der Erwerbsfähigkeit hinter den angegebenen Grenzen zurück, so tritt an Stelle der Rente eine dem Einzelfalle angemessene einmalige Geldleistung, die bis zum Fünfzigfachen der monatlichen Vollrente ansteigen kann. Als Bemessungsgrundlage für letztere sowie für alle übrigen Geldleistungen aus der Unfallversicherung gilt die durchschnittliche »Beitragsgrundlage«, d. i. die Untergrenze jener Lohnklasse, in die der Versicherte innerhalb der letzten 52 Wochen vor dem Unfall eingereiht war.²⁾ Die Vollrente beträgt das Zwanzigfache der Bemessungsgrundlage,³⁾ die Teilrente entsprechend weniger. Erleiden minderjährige Versicherte einen Unfall, so sorgt das LandArbVG. für eine Aufbesserung ihrer Verletztenrente, indem es deren Ermittlung bei Landarbeitern zumindest die vierte Lohnklasse, bei Forst- und Sägearbeitern jedoch die Untergrenze jener Lohnklasse zugrunde legt, in die erwachsene Arbeiter derselben Art in der gleichen Gegend eingereiht zu werden pflegen. Das LandArbVG. kennt auch »Erholungsrenten«, die Unfallverletzten vorübergehend zugebilligt werden können. Hingegen sind »Umschulungsrenten«, so wie solche Industriearbeitern gewährt zu werden pflegen, dem LandArbVG. fremd. Ein derartiger beruflicher Umstellungsprozeß kommt eben für Landarbeiter kaum in Frage. Hilflosen- und Kinderzuschüsse werden im gleichen Maße wie im ArbVG. zugestanden.⁴⁾

b) Das Heilverfahren vollzieht sich auch in der Landarbeiterversicherung so, wie dies bereits bei Erörterung des ArbVG. geschildert

1) Vgl. hierüber auch die Ausführungen auf S. 540 und 596.

2) War der Unfallverletzte während dieser Zeit in verschiedene Lohnklassen eingereiht, so ist der Rentenbemessung der Durchschnitt der Untergrenzen dieser Lohnklassen zugrunde zu legen.

3) In absoluten Ziffern ausgedrückt, schwankt somit die Vollrente je nach der Lohnklasse des Versicherten zwischen 12 S und 120 S monatlich.

4) Siehe diesbezüglich die Darlegungen auf S. 597.

wurde.¹⁾ Ebenso sind auch Körperersatzstücke und orthopädische Behelfe in der früher geschilderten Weise beizustellen.

c) Die Hinterbliebenenrenten gebühren der Witwe, allenfalls dem Witwer, ferner den Waisen und falls keine solchen Anspruchsberechtigten vorhanden sind, auch Eltern, Großeltern und Geschwistern eines infolge des Unfalles verstorbenen Versicherten. Hinsichtlich der Voraussetzungen der Anspruchsberechtigung sowie der Höhe der Renten²⁾ gelten analoge Vorschriften wie in der Arbeiterversicherung. Doch hört der Leistungsbezug bei Waisenrenten nach dem LandArbVG. schon mit dem 16. Lebensjahre auf.

III. Die Leistungen der Invalidenversicherung.

a) Die Invaliditäts- und Altersrente. Auch hier wird die Rentenberechtigung genau wie in der Arbeiterversicherung an die Zurücklegung einer Wartezeit von mindestens 104 Beitragswochen geknüpft, von denen wenigstens 52 in den letzten drei Jahren vor Eintritt des Versicherungsfalles vollstreckt sein müssen.³⁾ Bei Erfüllung dieser Bedingung hat der Versicherte Anspruch auf Invaliditätsrente, wenn er durch Krankheit oder nicht angeborene Gebrechen — die Ausschaltung angeborener Krüppelhaftigkeit ist eine Besonderheit des LandArbVG. — invalid geworden ist. Die Begriffsbestimmung der Invalidität, so wie sie § 92 LandArbVG. absteckt, ist die gleiche, wie die in § 101 ArbVG. gezogene.⁴⁾ Es darf somit die dem Anspruchswerber verbliebene Erwerbsfähigkeit ein Drittel der normalen Verdienstgrenze nicht übersteigen. Dem Ausmaß nach staffelt sich die Invaliditätsrente in einen höheren und einen niedrigeren Bezug, je nachdem der Rentenberechtigte bereits 500 Beitragswochen⁵⁾ oder

1) Das Heilverfahren obliegt der Landwirtschaftskrankenkasse, und zwar für so lange, als der Verletzte Anspruch auf Krankengeld besitzt, längstens also bis zum Ablauf der 52. Woche nach dem Unfall. Doch ist der Kasse vom Beginn der fünften Woche an seitens der Landarbeiterversicherungsanstalt Kostenersatz in der eineinhalbfachen Höhe des gesetzlichen Krankengeldes zu leisten. Gehört der Verletzte keiner Landwirtschaftskasse an — dieser Fall wird insbesondere bei den bloß unfallversicherten Landwirten oder Pächtern zutreffen —, so hat die Landarbeiterversicherungsanstalt die Heilbehandlung zu leisten (§ 69, Abs. 3, LandArbVG.).

2) Die Höhe der Hinterbliebenenrenten schwankt je nach der Lohnklasse des Unfallverletzten bei Witwen zwischen 4 und 40 S., bei einfach Verwaisten zwischen 2 und 20 S. und bei Doppelwaisen zwischen 3 und 30 S.

3) Die Voraussetzung der Zurücklegung von Beitragswochen entfällt jedoch gemäß § 87, Abs. 2, LandArbVG., wenn die Invalidität die Folge eines Arbeitsunfalles ist.

4) Siehe hierüber S. 600.

5) Unter Beitragswochen versteht § 90, Abs. 1, LandArbVG. jene Zeiträume, für welche vor Eintritt des Versicherungsfalles Krankenversicherungsbeiträge, bei Personen jedoch, die nach § 3 von der Krankenversicherung befreit oder gemäß § 5 in die Unfall(Invaliden)versicherung einbezogen sind, Beiträge zur Unfall(Invaliden)versicherung auf Grund der Versicherungspflicht fällig geworden sind. Unständig Beschäftigten werden nur solche Zeiten angerechnet, während welcher sie ihrer Verpflichtung zur Selbstmeldung nachgekommen sind. Die im Heeresdienst zurückgelegte Präsenzdienstzeit wird im Höchstausmaß von 104 Wochen als auf Grund der Pflichtversicherung in der sechsten Lohnklasse zugebrachte Beitragszeit angesehen.

weniger zurückgelegt hat. Im ersteren Falle¹⁾ erhält er das Zehnfache, sonst das Sechszweidrittelfache der Bemessungsgrundlage. Als solche gilt die durchschnittliche Beitragsgrundlage innerhalb der letzten 104 Kalenderwochen vor Eintritt des Versicherungsfalles. War also ein Versicherter während dieses Bemessungszeitraumes beispielsweise in die siebente Lohnklasse mit einer unteren Tagesarbeitsverdienstgrenze von 3·6 S eingereiht, so berechnet sich seine Rente bei Anwendung des höheren Satzes mit dem Zehnfachen dieses Betrages, d. i. mit 36 S, bei Anwendung des niedrigeren Satzes jedoch bloß mit 24 S monatlich. Es sind somit geringere Renten, als sie sich nach dem ArbVG. ergeben.²⁾ Dies ist nicht zuletzt darauf zurückzuführen, daß die beiden obersten Lohnklassen für die große Masse der Landarbeiter kaum in Betracht kommen, sondern nur den vorwiegend barentlohten Arbeitnehmern sowie Forst- und Sägearbeitern vorbehalten sind. Gerade in diesen beiden obersten Lohnklassen sind aber die Spannungen nach aufwärts am höchsten, daher auch die Invaliditäts- und Altersrenten günstiger. So errechnen sich diese z. B. für Forst- und Sägearbeiter mit 60 S, bzw. 40 S monatlich. Dies ist allerdings der höchste Rentensatz, der nach dem LandArbVG. erreicht werden kann. Der niedrigste beträgt gemäß § 104 dieses Gesetzes 12 S monatlich, wozu noch, ebenso wie bei den früher genannten Rentensätzen, die Zuschüsse aus öffentlichen Mitteln, und zwar in der Höhe von 6 S, hinzutreten. Auch Hilflosen- und Kinderzuschüsse sind so wie im ArbVG.³⁾ vorgesehen.

Die Altersrente gebührt, genau wie in der Arbeiterversicherung, jenen Versicherten, welche das 65. Lebensjahr vollstreckt und mindestens 500 Beitragswochen erworben haben, ohne Rücksicht, ob sie invalid sind oder nicht. Ihr Ausmaß entspricht dem höheren Satze der Invaliditätsrente, kann sich aber darüber hinaus noch dadurch steigern, daß der Anspruchsberechtigte den Antritt der Rente aufschiebt. In diesem Falle wächst ihm für jedes Jahr des Aufschubs eine Erhöhung seiner Rentenanwartschaft um $\frac{3}{4}$ Prozent zu. Abgesehen von dieser freiwilligen Hinausschiebung, ist jedoch der Rentenanfall ein absoluter. Die Altersrente wird also auch dann erworben, bzw. nicht eingebüßt, wenn der Rentner in seiner versicherungspflichtigen Beschäftigung verbleibt oder eine solche später wieder annimmt.

b) Die Hinterbliebenenrenten. Die Vorschriften, welche das LandArbVG. hierüber in den §§ 95 bis 101 und in § 108 trifft, stimmen mit jenen des ArbVG. überein. Es kann daher auf diese letzteren verwiesen werden.⁴⁾

1) Ebenso auch, wenn die Invalidität als Folge eines Arbeitsunfalles eingetreten ist.

2) Die Invalidenrenten nach dem LandArbVG. einschließlich des Zuschusses aus öffentlichen Mitteln bewegen sich zwischen 18 und 66 S monatlich, während jene nach dem ArbVG. bis auf 90 S monatlich ansteigen können.

3) Siehe diesbezüglich S. 602.

4) Vgl. die Darlegungen auf S. 602 ff. Ihrer absoluten Höhe nach halten sich die nach dem LandArbVG. gebührenden Hinterbliebenenrenten samt Zuschuß aus öffentlichen Mitteln innerhalb folgender Unter- und Obergrenzen: Witwenrenten 9 bis 33 S, einfache Waisenrenten 4·50 bis 16·50 S und Doppelwaisenrenten 6·75 bis 24·50 S.

c) Der Ausstattungsbeitrag wird in der Höhe des vierfachen Betrages der Invaliditätsrente zuzüglich eines Betrages von 24 S solchen weiblichen Versicherten zugewendet, die sich verheiraten. Durch den Empfang dieser einmaligen Geldleistung¹⁾ werden die sonstigen Rechte aus dem Versicherungsverhältnis nicht berührt.

d) Die Zuschüsse aus öffentlichen Mitteln treten auch in der Landarbeiterversicherung ergänzend zu den Invaliditäts-, Alters- und Hinterbliebenenrenten sowie zu den Kinderzuschüssen hinzu. Hinsichtlich ihrer Höhe, ebenso in betreff der zu ihrer Aufbringung verpflichteten Faktoren gilt das in der Arbeiterversicherung Gesagte.²⁾

§ 97. Die Organisation der Landarbeiterversicherung.

I. Die Versicherungsträger. Als solche fungieren in der Krankenversicherung die Landwirtschaftskrankenkassen, in der Unfall- und Invalidenversicherung die Landarbeiterversicherungsanstalten.

a) Die Landwirtschaftskrankenkassen haben nicht nur die Krankenversicherung der Land- und Forstarbeiter durchzuführen, sondern auch an gewissen Aufgaben der übrigen Versicherungsbranche, namentlich am Melde- und Evidenzhaltungswesen sowie an der Vorschreibung und Einziehung der Beiträge, mitzuwirken. Ihrem Sprengel nach sind die Kassen in der Regel für das Gebiet eines Bundeslandes zu errichten. Die beim Wirksamkeitsbeginn des LandArbVG. auf Grund der bisherigen Gesetzgebung bereits bestehenden Landwirtschaftskrankenkassen, deren örtlicher Wirkungsbereich je ein ganzes Bundesland umfaßte,³⁾ wurden als Träger der Krankenversicherung übernommen.⁴⁾ Ihre Sprengel blieben daher aufrecht und können auch in Zukunft durch einfache Verfügungen nicht mehr geändert werden. Anders steht es in jenen Ländern, in denen bisher noch keine Landwirtschaftskrankenkassen bestanden (Oberösterreich⁵⁾ und Salzburg). Da kann der Landeshauptmann nach Anhörung der land- und forstwirtschaftlichen Hauptkörperschaft sowie der Berufsvereinigungen der Land- und Forstarbeiter anordnen, daß im Lande auch mehrere solche Kassen aufzustellen sind. In diesem Falle hat er Sitz und Sprengel der einzelnen Kassen zu bestimmen. Eine Landwirtschaftskrankenkasse darf jedoch nur für ein örtlich zusammenhängendes Gebiet, das

1) Der Ausstattungsbeitrag schwankt je nach der Lohnklasse der Versicherten zwischen 72 und 264 S.

2) Vgl. hierüber die Ausführungen auf S. 603 ff.

3) Es waren dies die Landwirtschaftskrankenkassen für die Länder: Wien, Niederösterreich, Burgenland, Steiermark, Kärnten, Tirol und Vorarlberg.

4) Die Verwaltungskörper dieser Kassen blieben daher auch bis auf weiteres im Amte; doch hat ihre Neuwahl hievon 12 Monaten zu erfolgen (§ 242, Abs. 2, LandArbVG.).

5) In Oberösterreich, wo bisher nur Gemeindegemeinschaften bestanden, dürften diese zu einem »Verband für landwirtschaftliche Krankenfürsorge« vereinigt und vorläufig als Krankenversicherungsträger für die eigentlichen Landarbeiter aufrechterhalten werden. Die Krankenversicherung der Forstarbeiter wird jedoch die auf Grund des LandArbVG. neu aufzustellende Landwirtschaftskrankenkasse besorgen.

mindestens 2000 Versicherte umfaßt, errichtet werden. Man spricht hier von Gebietskassen im Gegensatz zu den früher erwähnten Landeskassen, deren Sprengel sich auf das ganze Bundesland erstreckt. Im Hinblick auf die Größe dieser Sprengel sowie zwecks Erleichterung des Verkehres mit den Versicherten können gemäß § 153 LandArbVG. einzelne Kassengeschäfte an Orts- oder Bezirksstellen übertragen werden. Der Wirkungsbereich dieser Exposituren ist im Statut der Kasse näher zu umschreiben. Auch kann denselben mit Zustimmung des Landeshauptmannes die Einhebung der Beiträge und die Auszahlung der Geldleistungen überlassen werden.¹⁾ Im Gegensatz zu dieser Verästelung nach unten hin haben sich die Landwirtschaftskrankenkassen aber auch nach oben hin zu Verbänden zu vereinigen, die gemeinsame Ziele ihres Aufgabenbereiches verfolgen. Diese Organisationen sind entweder Landesverbände — dies natürlich nur in Bundesländern, in welchen mehrere Landwirtschaftskrankenkassen bestehen — oder ein Reichsverband, in dem sich die Kassen und Kassenverbände verschiedener Bundesländer zusammenfinden.²⁾

b) Die Landarbeiterversicherungsanstalten sind Träger der Unfall- und Invalidenversicherung. Das LandArbVG. sah in § 159 zunächst nur eine einzige derartige Anstalt vor, überließ es jedoch der Verordnungsgewalt der Regierung, auf Antrag der betreffenden Landesregierungen mehrere solche Anstalten für einzelne Bundesländer, bzw. für Gruppen derselben zu errichten. Tatsächlich sind denn auch, den in den Bundesländern vorherrschenden partikularistischen Strömungen Folge gebend, mit MinVdg. vom 2. November 1928, B. 290, fünf Landarbeiterversicherungsanstalten, und zwar mit den Sitzen in Wien, Linz, Graz, Klagenfurt und Innsbruck, aufgestellt worden. Der örtliche Wirkungsbereich der erst- und letztgenannten Anstalt umfaßt mehrere Bundesländer, wobei sich die Wiener Anstalt auf Wien, Niederösterreich und Burgenland, die Innsbrucker Anstalt hingegen auf Salzburg, Tirol und Vorarlberg erstreckt.³⁾ In sachlichem Belange ist die Kompetenz der Versicherungsanstalten eine überaus weite. Sie haben nicht nur die Tätigkeit der Landwirtschaftskrankenkassen zu überwachen, sondern auch die gesamte Rentenversicherung für die Land- und Forstarbeiter sowie deren Hinterbliebenen durchzuführen. Ihre Bureaugeschäfte werden in Ländern, in welchen der

1) Mit der Überwachung der Orts-, bzw. Bezirksstellen kann die Kasse einen aus Arbeitgebern und Arbeitnehmern zusammengesetzten Ausschuß betrauen.

2) Die Bildung solcher Verbände ist daher nicht dem Belieben der Kassen überlassen, sondern ein Obligatorium. Die Einrichtung der Verbände, insbesondere ihre Verwaltung und Geschäftsführung, ferner die Aufbringung der Verbandsmittel und die Schlichtung der aus dem Verbandsverhältnisse entstehenden Streitigkeiten werden in der Satzung jedes Verbandes geregelt. In den Verwaltungskörpern der Verbände ist Arbeitgebern und Arbeitnehmern das gleiche Vertretungsverhältnis wie in den Kassen einzuräumen.

3) Die übrigen drei Landarbeiterversicherungsanstalten in Linz, Graz und Klagenfurt umfassen nur das Gebiet des Bundeslandes, in dem sie ihren Sitz haben.

Sprengel der Anstalt mit jenem der Landwirtschaftskrankenkasse zusammenfällt, von dieser letzteren besorgt. Erstreckt sich jedoch der Sprengel einer Versicherungsanstalt auf eine Gruppe von Bundesländern, so kann die Führung ihrer Bureaugeschäfte der größten in diesen Ländern bestehenden Kasse übertragen werden. Durch diese Vorschrift soll nicht nur eine Ersparnis an Verwaltungskosten erzielt, sondern auch das organische Zusammenwirken der beiderseitigen Versicherungsträger noch inniger gestaltet werden. Jede der derzeit errichteten Landarbeiterversicherungsanstalten kann sich in späterer Folge wiederum mit einer anderen solchen Anstalt vereinigen, wenn dies von den Hauptversammlungen der beiden in Betracht kommenden Anstalten beschlossen wird und das BM. für soziale Verwaltung den Zusammenschluß genehmigt. Es wäre zu wünschen, daß derartige Fusionen stattfinden, weil eine längere Fortdauer der dormaligen Zersplitterung mancherlei Gefahren für die einheitliche Entwicklung der Landarbeiterversicherung mit sich bringt.¹⁾

II. Die Satzungen der Versicherungsträger haben in der Landarbeiterversicherung um so größere Bedeutung, als infolge der elastischen Bestimmungen des LandArbVG. viele das Wohl und Wehe der Versicherten betreffende Fragen der statutarischen Festsetzung vorbehalten sind. Namentlich gilt dies von den Versicherungsleistungen, den Beiträgen, der Gestaltung der Selbständigenversicherung usw. Das LandArbVG. gleicht somit in allen diesen Belangen einer nur das Grundsätzliche regelnden Blankettvorschrift, die ihre nähere Ausführung in den Satzungen der Versicherungsträger findet. Was nun das Zustandekommen der letzteren anbelangt, so überläßt es § 30, Abs. 2, LandArbVG. dem BM. für soziale Verwaltung, eine Mustersatzung für die Landwirtschaftskrankenkassen hinauszugeben,²⁾ welche dann die Grundlage für die vom Landeshauptmann für die einzelnen Kassen gemäß § 242 zu erlassenden vorläufigen Satzungen³⁾ zu bilden hat. Diese bleiben dann so lange in Kraft, bis die von der Hauptversammlung der Kasse zu beschließenden definitiven Satzungen die Genehmigung der Aufsichtsbehörde erlangt haben. Die Satzung und jede Änderung an derselben kann nur mit Zweidrittelmehrheit beschlossen werden. Das gleiche gilt von den Satzungen der Landarbeiterversicherungsanstalten, jedoch mit der Maß-

1) Solche aus der territorialen Abspaltung entspringende Gefahren können künftighin insbesondere dadurch entstehen, daß einzelne Anstalten infolge ungünstiger Gestaltung ihres Riskenkreises zu einer Überspannung der Beitragslasten, bzw. zu einer Herabsetzung der Leistungen genötigt werden.

2) Die Hinausgabe dieser Mustersatzung erfolgte mit dem an alle Landeshauptmänner gerichteten Erlaß des BM. für soziale Verwaltung vom 26. November 1928, Z. 83430, abgedruckt in den »Amtlichen Nachrichten« dieses BM., X. Jahrgang, S. 392—421, sowie bei Mertha-Dollfuß, a. a. O., S. 245—273.

3) Siehe den auszugsweise wiedergegebenen Wortlaut der für die Landwirtschaftskassen der Bundesländer Wien, Niederösterreich, Kärnten, Salzburg, Tirol und Vorarlberg erlassenen vorläufigen Satzungen bei Mertha-Dollfuß, a. a. O., S. 313—366.

gabe, daß deren erstmalige Hinausgabe durch den BM. für soziale Verwaltung erfolgt.¹⁾

III. Die Verwaltungskörper der Versicherungsträger. Diese sind ähnlich wie in der Arbeiterversicherung gegliedert. Wir unterscheiden daher bei den Kassen die Hauptversammlung, den Vorstand und den Überwachungsausschuß, bei den Anstalten hingegen Hauptversammlung, Vorstand und Rentenausschüsse.

a) Die Hauptversammlung ist das beschließende und überwachende Organ. Sie besteht bei den Kassen zu zwei Fünfteln aus Vertretern der Arbeitgeber und zu drei Fünfteln aus Vertretern der Arbeitnehmer, die aus unmittelbarer Wahl hervorgehen. Die Wahlen, über deren Durchführung nähere Bestimmungen mit der MinVdg. vom 12. Juli 1929, B. 265, erlassen wurden, sind geheim und finden, falls mehr als zwei Personen zu wählen sind, nach den Grundsätzen des Verhältniswahlrechtes statt. Hinsichtlich der Wahlberechtigung und Wählbarkeit gilt das bei der Arbeiterversicherung Gesagte.²⁾ Während die wahlberechtigten Arbeitnehmer jedoch nur eine Stimme, nämlich die ihrer Person, abzugeben berechtigt sind, hat jeder wahlberechtigte Arbeitgeber so viele Stimmen, als er am ersten Tage des der Wahlausschreibung vorangehenden Monats (Stichtag) versicherungspflichtige Mitglieder beschäftigte. Dieses Pluralwahlrecht wird aber insofern begrenzt, als die höchstzulässige Stimmenzahl eines Arbeitgebers 20 beträgt. Die Zahl der in die Hauptversammlung der Kassen zu wählenden Delegierten richtet sich nach dem Gesamtmitgliederstand der Kasse, wobei eine nach oben hin abfallende Degression eintritt.³⁾ Nach anderen Grundsätzen wird die Hauptversammlung der Landarbeiterversicherungsanstalten gebildet. Sie besteht aus der gleichen Zahl von Vertretern der Arbeitgeber und Arbeitnehmer, die in getrennten Wahlgängen von den Delegierten beider Kurien in den Vorständen und Überwachungsausschüssen der Kassen gewählt werden. Hierbei besitzt jeder Wahlberechtigte so viele Stimmen, als sich aus der Teilung der Zahl der Kassenmitglieder nach dem Stande des Stichtages durch die satzungsmäßige Zahl der Vorstandsmitglieder der betreffenden Kasse ergibt. Die Mandatszahl jeder der beiden Gruppen wird durch die Satzung festgestellt.⁴⁾ Den Vorsitz in der Hauptversammlung

¹⁾ Dies geschah mit den fünf Erlässen des BM. für soziale Verwaltung vom 27. Dezember 1928, Z. 91086—91089. Siehe den Wortlaut dieser erstmaligen Satzungen bei Mertha-Dollfuß, a. a. O., S. 273—313.

²⁾ Vgl. diesbezüglich die Darlegungen auf S. 611.

³⁾ Die näheren Bestimmungen hierüber sind im § 140 LandArbVG. enthalten. Danach beträgt die Zahl der zur Hauptversammlung zu wählenden Delegierten bei Kassen bis zu 5000 Mitgliedern 25, bei Kassen bis zu 25.000 Mitgliedern 30, bei Kassen bis zu 50.000 Mitgliedern 40, bei solchen bis zu 80.000 Mitgliedern 60 und bei Kassen mit mehr als 80.000 Mitgliedern 70.

⁴⁾ Die Satzungen der Landarbeiterversicherungsanstalten sehen durchwegs je 20 Mandate beider Gruppen vor.

führt bei den Kassen der gewählte Obmann, bei den Versicherungsanstalten der vom Bundespräsidenten ernannte Präsident.

b) Der Vorstand ist das verwaltende und vollziehende Organ, das den Versicherungsträger in allen Angelegenheiten vertritt, die nicht durch Gesetz oder Satzung der Beschlußfassung der Hauptversammlung oder anderen Organen vorbehalten sind. Er besteht bei den Kassen zu zwei Fünfteln aus Arbeitgebern und zu drei Fünfteln aus Arbeitnehmern, die von den Vertretern beider Gruppen in der Hauptversammlung gewählt werden. Die Zahl der Vorstandsmitglieder beträgt bei allen Kassen ohne Unterschied der Größe 10. Bei den Versicherungsanstalten hingegen wird der Vorstand aus je 10 Vertretern der Arbeitgeber und Arbeitnehmer sowie aus vier ernannten Vertretern der öffentlichen Verwaltung gebildet.¹⁾ Der Vorstand sowohl der Kassen als auch der Anstalten kann unbeschadet seiner eigenen Verantwortlichkeit einzelne seiner Obliegenheiten engeren Ausschüssen oder einzelnen seiner Mitglieder, ebenso auch die Besorgung bestimmter laufender Angelegenheiten besoldeten Beamten²⁾ übertragen.

c) Der Überwachungsausschuß der Kassen besteht aus 5 Mitgliedern und ist dazu berufen, die gesamte Gebarung der Landwirtschaftskrankenkasse zu beaufsichtigen. Er wird zu drei Fünfteln aus Arbeitgebern und zu zwei Fünfteln aus Arbeitnehmern gebildet, die von den Delegierten beider Gruppen der Hauptversammlung gewählt werden. Seinen Geschäftskreis regelt § 149 LandArbVG., dessen Vorschriften jenen des ArbVG. ähneln.³⁾

d) Die Rentenausschüsse. Bei einer jeden Landarbeiterversicherungsanstalt werden ein oder mehrere Rentenausschüsse gebildet, deren Aufgabe es ist, über Leistungsansprüche aus der Unfall- und Invalidenversicherung zu entscheiden. Die Zusammensetzung und der Geschäftskreis dieser Ausschüsse sowie das Verfahren vor denselben ist analog wie im ArbVG. geregelt.⁴⁾

§ 98. Die Aufbringung und Verwendung der finanziellen Mittel.

I. Die Beiträge zur Landarbeiterversicherung. Diese sind nach Lohnklassen abgestuft, deren Untergrenzen die Beitragsgrundlagen bilden. Die Untergrenze der ersten Lohnklasse wird im Gesetz mit 60 g bestimmt. Die Beiträge werden in Prozenten der Beitragsgrund-

1) Es liegen somit analoge Verhältniszahlen wie bei der nach dem ArbVG. zu errichtenden Arbeiterversicherungsanstalt vor. Siehe diesbezüglich die Ausführungen auf S. 613.

2) Diese Beamten werden in der Regel vom Vorstände bestellt und entlassen. Die leitenden Beamten sind von der Aufsichtsbehörde in Eid und Pflicht zu nehmen. Soweit sie Geschäfte der Landarbeiterversicherungsanstalt versehen, kommen ihnen die Rechte und Pflichten öffentlicher Beamten zu.

3) Vgl. diesbezüglich die Darlegungen auf S. 613.

4) Siehe über diese Vorschriften des ArbVG. die Ausführungen auf S. 613.

lage bemessen, wobei in allen Lohnklassen der gleiche Hundertsatz zur Anwendung kommt. Im übrigen macht das LandArbVG. zwischen den einzelnen Versicherungszweigen insofern einen Unterschied, als es lediglich die Beitragshöhe für die Unfall- und Invalidenversicherung selbst normiert, während es hinsichtlich der Beitragsfestsetzung für die Krankenversicherung der Autonomie der Landwirtschaftskrankenkassen weiten Spielraum gewährt. Es überläßt nämlich dem Statut jeder Kasse, die Höhe der Krankenversicherungsbeiträge zu bestimmen,¹⁾ wobei für verschiedene Teile des Kassensprengels auch unterschiedlich vorgegangen werden kann.²⁾ Der Landeshauptmann hat jedoch darüber zu wachen, daß der Versicherungsbeitrag in ausreichender Höhe festgesetzt werde. Er wird daher Krankenversicherungsbeiträge, die sich zur Bedeckung der der Kasse obliegenden Verpflichtungen als ungenügend erweisen, von Amts wegen für die Zeit bis zur nächsten satzungsmäßigen Festsetzung erhöhen können. Eine besondere Erleichterung normiert § 180, Abs. 2, LandArbVG. für Arbeitgeber, die sich verpflichten, den mit ihnen in Hausgemeinschaft lebenden oder von ihnen gepflegten Arbeitnehmern im Falle einer mit Arbeitsunfähigkeit verbundenen Erkrankung durch 6 Wochen mindestens 80 Prozent des Gesamtlohnes weiter zu gewähren. In derlei Fällen, in denen nach § 48, Abs. 2, Z. 3, LandArbVG. Krankengeld an den Versicherten nicht geleistet wird, ist auch der Versicherungsbeitrag entsprechend zu ermäßigen. Das Ausmaß dieser Ermäßigung wird durch die Satzung für alle Lohnklassen gleichmäßig bestimmt.

Im Unterschiede zu dieser variablen, auch die lokalen Verhältnisse berücksichtigenden Bemessungsart der Krankenversicherungsbeiträge sind jene zur Unfall- und Invalidenversicherung im Gesetze selbst fixiert, und zwar wöchentlich mit 5 Prozent der Beitragsgrundlage für die Unfall- und mit 20 Prozent derselben für die Invalidenversicherung. Mit diesen Ansätzen hofft man fürs erste das Auslangen zu finden. Für später bleiben dann periodische Überprüfungen des Beitragserfordernisses vorbehalten, auf Grund welcher der BM. für soziale Verwaltung die Höhe der Unfall- und Invalidenversicherungsbeiträge für jedes folgende Beitragsjahr bestimmen kann. Hiebei kann

1) Auf diese Weise sollen die Kassen in die Lage gesetzt werden, die für die Krankenversicherung einzuhebenden Beiträge dem tatsächlichen Bedarf anzupassen und hiebei auch auf die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit gewisser Teilgebiete ihres Sprengels Bedacht zu nehmen. Hiedurch eröffnet sich namentlich großen Kassen eine Beweglichkeit ihrer Beitragspolitik, die es ihnen gestattet, die Vorzüge einer starken und leistungsfähigen Organisation mit entsprechender Rücksichtnahme auf die lokalen Verhältnisse zu verbinden. Vgl. hierüber auch die zutreffenden Ausführungen bei Mertha-Dollfuß, a. a. O., S. 80.

2) Vorläufig ist dies noch nicht geschehen. Die wöchentlichen Beiträge zur Krankenversicherung werden vielmehr in den Satzungen der einzelnen Landwirtschaftskrankenkassen einheitlich für deren gesamten Sprengel, und zwar in Salzburg und Kärnten mit je 50 Prozent, in Niederösterreich mit 55 Prozent sowie in Wien, Tirol und Vorarlberg mit je 60 Prozent der Beitragsgrundlage normiert.

für das Gebiet der einzelnen Versicherungsanstalten in verschiedener Weise vorgegangen werden.¹⁾

Die Aufteilung der Beitragslasten zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern vollzieht sich derart, daß die Beiträge zur Kranken- und Invalidenversicherung von beiden Teilen je zur Hälfte zu tragen sind. Hingegen fallen die Beiträge zur Unfallversicherung dem Arbeitgeber zu zwei Dritteln und dem Arbeitnehmer nur zu einem Drittel zur Last. Außerdem haben die Unternehmer forstwirtschaftlicher Betriebe für die von ihnen beschäftigten Forstarbeiter auch noch einen bis auf weiteres mit vier Zehntel der Beitragsgrundlage festgesetzten Gefahrenklassenzuschlag aus eigenem zu entrichten. Desgleichen geht ein allenfalls wegen unzureichender sanitärer oder schutztechnischer Beschaffenheit des Betriebes vorgeschriebener Strafzuschlag²⁾ ausschließlich zu Lasten des Arbeitgebers. Auch in Fällen, in denen die Beiträge zur Unfall- und Invalidenversicherung pauschalmäßig eingehoben werden, belasten sie zur Gänze den Unternehmer.

Diese Pauschalierung bildet eine Besonderheit des LandArbVG., die praktischen Erwägungen entspringt. Durch die im Verordnungswege herbeiführbare zwangsläufige Einbeziehung der Landwirte und Pächter in die Unfallversicherung sowie durch die für einige Bundesländer bereits verfügte Unzulässigkeitserklärung der Befreiung der in der Land- und Forstwirtschaft mitarbeitenden Familienangehörigen der Arbeitgeber von der Unfallversicherungspflicht sind nämlich große Gruppen von Personen unfallversichert worden, die nicht auch gleichzeitig krankenversichert sind und daher von keiner Landwirtschaftskrankenkasse als Mitglieder in Evidenz gehalten werden. Für diese Personenkreise müßten nun einzig und allein Beiträge zur Unfallversicherung vorgeschrieben und eingehoben werden, was einen unverhältnismäßig hohen Verwaltungsaufwand verursachen würde. Um dies zu vermeiden, gestattet nun der durch die I. Novelle zum LandArbVG. neuformulierte § 188, daß unter Umständen an Stelle der individuellen Beitragsvorschreibung und -einhebung die Pauschalierung der Beiträge treten könne. Diese letztere kann über Antrag der landwirtschaftlichen Hauptkörperschaft eines Landes für dessen Bereich durch Vdg. des BM. für soziale Verwaltung hinsichtlich jedes einzelnen Zweiges der Rentenversicherung,³⁾ in dem sämtliche obgenannten Personen erfaßt sind, zugestanden werden. In dieser Vdg.⁴⁾ wird auch die Höhe des zu entrichtenden Beitragspauschales festgesetzt, wobei auf eine ent-

1) Mit einer solchen verschiedentlichen Entwicklung der Beitragshöhe muß leider gerechnet werden, da die wirtschaftlichen und auch die gesundheitlichen Verhältnisse in den Sprengeln der einzelnen Anstalten nicht gleich liegen.

2) Dieser Zuschlag kann nur zum Krankenversicherungsbeitrag eingehoben werden und darf ein Drittel desselben nicht überschreiten.

3) Somit nicht hinsichtlich der Krankenversicherung.

4) Eine solche Vdg. wurde bereits am 12. August 1929 unter B. 283 für das Burgenland erlassen. Sie sieht die pauschalmäßige Einhebung der Unfallversicherungsbeiträge für jene Betriebe vor, die gemäß § 13, Abs. 2, LandArbVG. von der Verpflichtung, Lohnlisten zu führen, ausgenommen sind. (Vgl. hierüber auch die Darlegungen auf S. 642.)

sprechende Rücklagenbildung Bedacht zu nehmen ist. Das Pauschale selbst ist nach einem bestimmten Schlüssel (Grundsteuer, Katastralreinertrag, Gesamtlohnsumme usw.) auf die in Betracht kommenden Land- und Forstwirtschaftsbetriebe aufzuteilen. Für das erste Jahr des Bestandes der Unfallversicherung kann auf Antrag der zuständigen Landarbeiterversicherungsanstalt von der Festsetzung des erwähnten Beitragspauschales Umgang genommen und angeordnet werden, daß von den in die Pauschalierung einbezogenen Betrieben bestimmte Bauschbeträge für Zwecke der Unfallversicherung abzuführen sind. Diese Bauschbeträge sind in Hundertteilen der Grundsteuer, mindestens aber mit 10 Prozent derselben, festzusetzen. Ihre Einhebung hat durch die Steuerämter zu erfolgen. Alle näheren, die Beitragspauschalierung betreffenden Bestimmungen, insbesondere auch jene über die Einzahlungstermine, sind dem Verordnungswege überlassen. Das LandArbVG. sieht lediglich vor, daß die Zulänglichkeit der allfällig angeordneten Beitragspauschalien alljährlich vom BM. für soziale Verwaltung zu überprüfen ist, wobei erforderlichenfalls die Höhe des Pauschales mittels Vdg. neu festgesetzt werden kann.

Abgesehen von diesen Sonderbestimmungen gelten hinsichtlich der Entrichtung der Beiträge und deren Zahlungstermine¹⁾ sowie auch der auf Verzögerung der Einzahlung gesetzten Rechtsfolgen ähnliche Vorschriften wie in der Arbeiterversicherung.²⁾ Die Beiträge sind während der ganzen Dauer der die Versicherungspflicht begründenden Beschäftigung zu zahlen. Darüber hinaus währt die Beitragspflicht des Arbeitgebers nur bis zum Zeitpunkte, in welchem er die ordnungsmäßige Abmeldung vollzogen hat,³⁾ bzw. die Kasse anderweitig von dem Austritt des Arbeitnehmers Kenntnis erlangt. Das Recht auf Feststellung der zu leistenden Versicherungsbeiträge verjährt im allgemeinen binnen 3 Jahren nach Ablauf der betreffenden Beitragsperiode. Hat jedoch der Arbeitgeber keine oder unwahre Angaben über die bei ihm beschäftigten Personen und deren Arbeitsverdienst gemacht, so verlängert sich die genannte Verjährungsfrist auf 10 Jahre. Von dieser Art der Verjährung ist jene des Rechtes auf Einforderung bereits vorgeschriebener Beiträge zu unterscheiden. Hier beginnt die gleichfalls dreijährige Frist mit der Zustellung der Beitragsvorschreibung zu laufen.

II. Die Verwendung der finanziellen Mittel. Die den Versicherungsträgern zufließenden Mittel sind zur Deckung der gesetzlichen und satzungsgemäßen Versicherungsleistungen, dann zur Bestreitung der Verwaltungskosten und endlich zur Bildung der nötigen Reserven zu verwenden. Hinsichtlich der Verwaltungsausgaben enthält das LandArbVG. nur insofern beschränkende Bestimmungen, als es

1) Die Beiträge werden am ersten Samstag jedes Monats fällig und sind innerhalb von 4 Wochen von diesem Zeitpunkte für die verfllossene vier- oder fünfwöchige Beitragsperiode zu entrichten.

2) Siehe hierüber auch die Darlegungen auf S. 618.

3) Höchstens jedoch ein Jahr nach Austritt des Arbeitnehmers.

im § 183 verfügt, daß zur Bestreitung des Aufwandes für die Durchführung der Unfall- und Invalidenversicherung seitens der Landarbeiterversicherungsanstalt je 6 Prozent der für jeden dieser Versicherungszweige fällig gewordenen Beiträge verwendet werden dürfen. Die gleiche Summe gebührt den Landwirtschaftskrankenkassen zur Deckung des Mehraufwandes, der ihnen aus der Besorgung übertragener Geschäfte für Zwecke der Unfall- und Invalidenversicherung erwächst. Betreffend die Reservenbildung ist auf das bei der Arbeiterversicherung Gesagte zu verweisen.¹⁾ Das LandArbVG. ordnet Rücklagen lediglich für die Unfall- und Invalidenversicherung an. Das Finanzsystem ist dasselbe wie in der Arbeiterversicherung. Insbesondere stimmt auch die in § 182 LandArbVG. enthaltene Formel über das Ausmaß der Reservenbildung mit jener des § 203 ArbVG. überein.²⁾

III. Die Vermögensanlage. Hierüber trifft § 34 LandArbVG. eingehende Vorschriften, die im wesentlichen jenen des § 35 ArbVG. und des § 119 AngVG.³⁾ gleichen. Andere als die daselbst vorgezeichneten Arten der Vermögensanlage sind nur mit ausdrücklicher Genehmigung des BM. für soziale Verwaltung zulässig; sie dürfen in ihrer Gesamtheit die Hälfte der angelegten Bestände nicht übersteigen.

§ 99. Das Verfahren in der Landarbeiterversicherung.⁴⁾

I. Meldungen und Anzeigen. Alle An- und Austrittsmeldungen sowie Veränderungsanzeigen fließen bei den Landwirtschaftskrankenkassen zusammen, die somit als Evidenzstellen nicht nur für die Versicherten, sondern auch für die Rentempfänger anzusehen sind. Diese Zentralisierung der gesamten Evidenzgeschäfte vereinfacht die Verwaltung und gestattet zugleich eine ausreichende Kontrolle, die um so nötiger erscheint, als es sich bei der Landarbeiterversicherung um eine neue, im Volksbewußtsein noch wenig eingelebte Einrichtung handelt. Die Anmeldung der Versicherungspflichtigen ist im allgemeinen Sache des Arbeitgebers und ist innerhalb einer Woche nach dem Eintritt in die Beschäftigung zu vollziehen. Nur unständig Beschäftigte haben sich im Sinne der Vdg. vom 6. Dezember 1928, B. 326, selbst zu melden. Für die Anmeldungen werden seitens der Kassen besondere Vordrucke aufgelegt, welche die erforderlichen Rubriken für die in § 172 LandArbVG. bezeichneten Angaben (Name, Alter, Zuständigkeit, Familienstand und frühere Kassenzugehörigkeit des Versicherten, ferner Name, Hof und Betrieb des Arbeitgebers, Tag des Eintrittes in die Beschäftigung, Arbeitsverdienst usw.) zu enthalten haben. Ebenso wie der Eintritt ist auch der Austritt aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung sowie jede Änderung der für die Versicherungspflicht

¹⁾ Vgl. diesbezüglich S. 617 und 619 ff.

²⁾ Siehe hierüber die Ausführungen auf S. 617.

³⁾ Vgl. in dieser Hinsicht die Darlegungen auf S. 576.

⁴⁾ Vgl. hinsichtlich der allgemeinen Verfahrensgrundsätze die Ausführungen auf S. 577 ff.

maßgebenden Umstände vom Arbeitgeber binnen einer Woche der zuständigen Kasse zur Anzeige zu bringen.¹⁾ Die Kasse kann mit Arbeitgebern, deren Personalstand einem stärkeren Wechsel unterliegt, vereinbaren, daß sie statt der einzelnen An- und Abmeldungen Wochenlisten vorlegen, aus denen die Zahl der Versicherten sowie der an jeden von ihnen ausgezahlte Lohn ersichtlich ist. Hierbei darf als Wochenliste auch eine im Durchschreibverfahren hergestellte Kopie der Lohnliste verwendet werden. Das Korrelat der Melde- und Anzeigepflicht bildet die Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Rentenempfängern durch § 177 LandArbVG. auferlegte Auskunftspflicht. Diese bezieht sich auf alle für das Versicherungsverhältnis maßgebenden Umstände und greift sowohl den anfragenden Behörden als auch den Versicherungsträgern gegenüber Platz.

II. Die Geltendmachung der Ansprüche. Hierüber enthalten die §§ 198—202 LandArbVG. die erforderlichen Bestimmungen. Dieselben unterscheiden sich in nichts von den im Bereiche der Arbeiterversicherung geltenden Vorschriften, auf die hiemit verwiesen wird.²⁾

III. Die Feststellung der Versicherungsleistungen. Über Ansprüche aus der Krankenversicherung entscheiden die Landwirtschaftskassen. Lehnen sie die geforderte Leistung ganz oder teilweise ab, so haben sie auf Begehren der Partei binnen zwei Wochen einen Bescheid zu erlassen, gegen den seitens des Anspruchswerbers binnen vier Wochen Anfechtung mittels Klage bei der Schiedskommission³⁾ erfolgen kann. Hinsichtlich der Leistungen aus der Unfall- und Invalidenversicherung steht die Entscheidung zunächst den Rentenausschüssen der zuständigen Landarbeiterversicherungsanstalt, bzw., wenn daselbst ein einstimmiger Beschluß nicht zustande kommt, dem Vorstand derselben zu. Über derlei Entscheidungen sind stets schriftliche, mit einer Rechtsmittelbelehrung versehene Bescheide hinauszugeben, die binnen sechs Monaten nach Zustellung durch Klage beim Versicherungsgericht angefochten werden können. Solange derartige Gerichte noch nicht geschaffen sind — bekanntlich ist das diesbezügliche Sondergesetz erst in Vorbereitung⁴⁾ — sind zur Entscheidung solcher Streitigkeiten Schiedsgerichte berufen, die gemäß § 212 LandArbVG. am Sitze jeder Landarbeiterversicherungsanstalt zu errichten sind. Sie bestehen aus einem dem Kreise der Richter entnommenen, vom BM.

1) Die Kasse hat jede An- und Abmeldung sowie jede Veränderungsanzeige zu bestätigen, falls der Anzeigende dies verlangt. Wird die Annahme einer Meldung abgelehnt, so ist diesbezüglich ein Bescheid an die Beteiligten hinauszugeben.

2) Siehe hierüber S. 621.

3) Die Schiedskommission besteht aus je drei Vertretern der Arbeitgeber und Arbeitnehmer, die in der Hauptversammlung kurienweise gewählt werden. Der Vorsitzende wird vom Landeshauptmann aus der Mitte der rechtskundigen Bundes-, Landes- oder Gemeindebeamten ernannt. Die näheren Bestimmungen über das Verfahren vor den Schiedskommissionen sind im § 72 der Mustersatzung für die Landwirtschafts- und Krankenkassen enthalten aus der sie unverändert in die Satzungen der einzelnen Kassen übergegangen sind.

4) Siehe hierüber die Darlegungen auf S. 623.

für Justiz ernannten Vorsitzenden und je einem Beisitzer aus dem Kreise der Arbeitnehmer und Arbeitgeber. Die näheren Vorschriften über die Zusammensetzung der Schiedsgerichte und das Verfahren vor denselben wurden mit Min.Vdg. vom 30. Jänner 1929, B. 61 erlassen.¹⁾

§ 100. Wirksamkeitsbeginn und Übergangsbestimmungen.

I. Der Wirksamkeitsbeginn des LandArbVG. Diesbezüglich liegen die Dinge anders als in der Arbeiterversicherung, da das neue LandArbVG. in einem Großteil seiner Bestimmungen bereits in Kraft getreten ist. Hiebei muß sowohl nach Versicherungszweigen als nach Bundesländern unterschieden werden. Am weitesten vorgeschritten ist der neue Rechtszustand hinsichtlich der Unfallversicherung, da diese in allen Bundesländern schon mit 1. Jänner 1929 zur Gänze wirksam wurde. Das gleiche gilt von der Altersfürsorge, deren Vorschriften bis auf weiteres die noch suspendierten Gesetzesbestimmungen über die Alters- und Invalidenversicherung zu ersetzen haben. Was die Krankenversicherung anbelangt, so ist das LandArbVG. mit 1. Jänner 1929 in den Bundesländern Wien, Niederösterreich, Kärnten, Tirol und Vorarlberg, sowie am 1. März 1929 im Bundeslande Salzburg²⁾ aktiviert worden. In den Ländern Burgenland, Steiermark und Oberösterreich soll sie spätestens am 1. Jänner 1930 wirksam werden, falls nicht auf Antrag des betreffenden Landeshauptmannes durch Min.Vdg. ein früherer Termin hiefür festgesetzt wird. So bleiben denn von den Bestimmungen des LandArbVG. nur jene über die Invalidenversicherung noch in Schweben. Der Wirksamkeitsbeginn dieser letzteren wird durch eine Vdg. der Bundesregierung normiert werden, die jedoch nicht vor der Inkraftsetzung des ArbVG. erlassen werden darf. Es ist jedenfalls anzunehmen, daß für beide Gesetzesbereiche der gleiche, hoffentlich nicht mehr allzu fernliegende Termin gewählt werden wird.³⁾

II. Die Übergangsbestimmungen wirken sich vornehmlich in dreierlei Hinsicht aus: Im Übergang der schon bisher für gewisse Gruppen von Land- und Forstarbeitern geltenden Unfallversicherung auf die neuen Versicherungsträger, weiters in Begünstigungen der ersten Eintrittsgeneration und endlich in der provisorischen Altersfürsorge.

a) Der Übergang der Unfallversicherung vollzog sich in der Weise, daß die Landarbeiterversicherungsanstalten von den territorialen Arbeiterunfallversicherungsanstalten alle Leistungen zu übernehmen hatten, die nach den bisherigen Vorschriften über die Arbeiterunfallversicherung an Personen zu erbringen sind, die in einer unter das LandArbVG. fallenden versicherungspflichtigen Beschäftigung stehen.

1) Diese Vdg. verdient deshalb besonderes Interesse, weil sie die neueste Regelung auf diesem Gebiete darstellt und namentlich hinsichtlich der Verfahrensgrundsätze bereits mancherlei aus dem geplanten Gesetze über die Versicherungsgerichte vorwegnimmt.

2) Dies erfolgte durch die Min.Vdg. vom 11. Februar 1929, B. 80.

3) Hiefür sprechen auch Gründe des innerpolitischen Gleichgewichtes, die eine analoge Behandlung der Industrie- und Landarbeiter fordern.

Als Gegenleistung haben die Unfallversicherungsanstalten den neuen Versicherungsträgern jenen Anteil an ihrem Gesamtvermögen auszufolgen, der nach dem sich für 31. Dezember 1928 ergebenden Gesamtrentenaufwand auf die land- und forstwirtschaftlichen Betriebe entfällt. Die Übernahme der Rentner und die finanzielle Auseinandersetzung zwischen beiden Partnern erfolgte durch eine von diesen paritätisch besetzte Kommission. Hieraus entstehende Streitigkeiten finanzieller Art sind durch eine Schiedskommission¹⁾ zu entscheiden. Hingegen ist zur Austragung von Differenzen, die sich aus der Übernahme von Rentnern ergeben, der Landeshauptmann jenes Bundeslandes berufen, in dem der Betrieb gelegen ist, bei welchem der betreffende Rentner zur Zeit seines Unfalles beschäftigt war.

b) Die Begünstigung der ersten Eintrittsgeneration besteht so wie bei der Arbeiterversicherung in der kostenlosen Anrechnung von Beitragszeiten für die Invalidenversicherung. Es gelten diesbezüglich die schon an früherer Stelle erwähnten Grundsätze,²⁾ jedoch mit der Modifikation, daß als Stichtag für die Anrechnung nicht der 1. Jänner 1927, sondern jener Zeitpunkt in Betracht kommt, an dem in dem betreffenden Bundeslande die Krankenversicherung nach dem LandArbVG. in Kraft trat. Nachher gelegene Zeiträume werden österreichischen Bundesbürgern zur Gänze, vorher gelegene bis zur Höchstdauer von 150 Wochen³⁾ als in der Pflichtversicherung zurückgelegte Beitragszeiten für die Erwerbung von Beitragszeiten in der Invalidenversicherung angerechnet.

c) Die provisorische Altersfürsorge. Diese in der Arbeiterversicherung bereits eingelebte Einrichtung wurde nunmehr auch auf die Landarbeiterversicherung übertragen. Die Voraussetzungen der Anspruchsberechtigung sind hier jedoch verschieden, je nachdem es sich um der Arbeitslosenversicherungspflicht unterliegende Personen, wie z. B. Sägearbeiter,⁴⁾ Arbeiter bei Erwerbs- und Wirtschaftsgenossenschaften usw. oder um sonstige land- und forstwirtschaftliche Arbeitnehmer handelt. Innerhalb der ersten Gruppe kommen für die Beteiligung mit der Altersfürsorgerente jene über 60 Jahre alten, nach dem LandArbVG. versicherungspflichtigen Personen in Betracht, welche die Voraussetzungen für die Gewährung der Notstandsaushilfe nach dem ArbLVG. erfüllen oder lediglich wegen Arbeitsunfähigkeit von dem Bezug der Unterstützung ausgeschlossen werden. Innerhalb der zweiten

1) Diese Schiedskommission setzt sich aus je einem Vertreter der beiden beteiligten Anstalten und einen aus Richterkreisen entnommenen Vorsitzenden zusammen, der auf Vorschlag des zuständigen Oberlandesgerichtspräsidenten vom BM. für soziale Verwaltung zu bestellen ist.

2) Siehe hierüber die Darlegungen auf S. 626.

3) Es wird also hier eine größere Zahl von Beitragswochen angerechnet, als in der Arbeiterversicherung, wo § 252, Abs. 1, ArbVG. nur 100 Wochen anerkennt. Dieser Unterschied erklärt sich aus dem späteren Inkrafttreten des LandArbVG., wodurch sich der Stichtag zu Ungunsten der Land- und Forstarbeiter verschoben hat.

4) Diese Arbeiter wurden erst zufolge Art. I der XX. Novelle zum ArbLVG. (Bundesgesetz vom 22. November 1927, B. 337) der Arbeitslosenversicherung unterworfen.

Gruppe gebührt die Rente von der Vollendung des 65. Lebensjahres an allen im Inland wohnenden österreichischen Bundesbürgern, die in den letzten sechs Jahren¹⁾ vor Inanspruchnahme der Rente insgesamt durch mindestens zwei Jahre in einer Beschäftigung standen, welche die Krankenversicherungspflicht nach dem LandArbVG. begründet oder bei früherer Wirksamkeit dieses Gesetzes begründet hätte, wenn diese Personen im Zeitpunkt des Ansuchens um die Rente erwerbslos sind und sich in besonderer Notlage befinden. Das die beiden Gruppen trennende Moment der Arbeitslosenversicherungspflicht spielt auch bei der Höhe sowie bei der Geltendmachung des Rentenanspruches eine Rolle. Die der ersten Gruppe angehörenden Rentenwerber haben ihren Anspruch bei dem für sie zuständigen Arbeitslosenamt anzumelden, die der zweiten Gruppe jedoch bei jener Landwirtschaftskrankenkasse, bei welcher sie zuletzt für den Krankheitsfall versichert waren. Die Entscheidung über den Anspruch obliegt in beiden Fällen der örtlich zuständigen Landarbeiterversicherungsanstalt, gegen deren Spruch die Klage beim Schiedsgericht derselben eingebracht werden kann. Hingegen werden allfällige Streitigkeiten, die sich aus dem gesetzlich angeordneten Ruhen der Fürsorgerente bei den unter 65 Jahre alten Anspruchsberechtigten während der Dauer einer krankenversicherungspflichtigen Beschäftigung derselben ergeben, durch eine bei jeder Landarbeiterversicherungsanstalt einzusetzende paritätische Kommission entschieden.

Betreffs der Höhe der Altersfürsorgerente werden die Anspruchsberechtigten der ersten Gruppe günstiger behandelt, da sie so wie die industriellen und gewerblichen Arbeiter im Monat das 20fache ihrer täglichen Arbeitslosenunterstützung²⁾, mindestens jedoch 18 S erhalten. Innerhalb der zweiten Gruppe wird wiederum unterschieden, ob für den Anspruchsberechtigten bereits Beiträge zur Krankenversicherung nach dem LandArbVG. fällig geworden sind oder nicht. War dies der Fall, so beträgt die Altersfürsorgerente das $6\frac{2}{3}$ fache der Beitragsgrundlage zuzüglich 6 S, mindestens jedoch 18 S.³⁾ Sonst gebührt jedoch eine einheitliche Rente von 25 S monatlich. Die Kosten der Altersfürsorge sind zur Hälfte aus Beiträgen der Arbeitgeber und Arbeitnehmer,⁴⁾ zu einem Sechstel vom Bund und zu einem Drittel vom

1) Diese Frist betrug in der Fassung des Stammgesetzes ursprünglich vier Jahre. Da diese Voraussetzung für die Gewährung der Altersfürsorgerente als zu hart empfunden wurde, dehnte die I. Novelle zum LandArbVG. den erwähnten Zeitraum auf sechs Jahre aus.

2) Diese Unterstützung schwankt je nach Lohnklasse und Familienstand des Arbeitslosen, kann jedoch höchstens 3·50 S täglich erreichen. Die Altersfürsorgerente schwankt daher bei dieser Gruppe von Anspruchsberechtigten zwischen 18 S und 70 S monatlich.

3) Hieraus ergeben sich Schwankungen in der Rentenhöhe zwischen 18 S und 46 S monatlich. Vgl. hiezu auch die Rententabelle bei Mertha-Dollfuß, a. a. O., S. 93.

4) Diese Beiträge werden bei Personen, die der Krankenversicherung nach dem LandArbVG. unterliegen, als Zuschläge zu den Krankenversicherungsbeiträgen und zwar in der Höhe von 10 Prozent der Untergrenze jener Lohnklasse eingehoben, in welcher der Arbeitnehmer eingereicht ist. In jenen Bundesländern jedoch, in denen die Krankenversicherung nach dem LandArbVG. noch nicht wirksam wurde, ist als Beitrag für jeden einzelnen Arbeitnehmer die Summe von 30 g wöchentlich zu entrichten.

Lande zu decken. Vom vierten Monat nach Beginn der Invalidenversicherung sind die Fürsorgerenten jener Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben, aus den Mitteln der Invalidenversicherung zu bestreiten.

Die Wirksamkeit der Altersfürsorge nach den Bestimmungen des LandArbVG. hat bereits mit 1. Jänner 1929 begonnen. Zur Durchführung derselben erließ die Min.Vdg. vom 22. November 1928, B. 307, welche insbesondere die Zusammensetzung der früher erwähnten paritätischen Kommissionen und das Verfahren vor denselben, ferner die Abfuhr der für die Altersfürsorge einzuhebenden Beiträge und Zuschläge regelt. In Ergänzung dieser Vdg. hat dazu des BM. für soziale Verwaltung mit den Erlässen vom 10. Dezember 1928, Z. 87.438 und vom 29. Dezember 1928, Z. 93.489¹⁾ weitere Richtlinien für die Durchführung der Altersfürsorge an die beteiligten Amtsstellen hinausgegeben.

Was die Zahl der nach dem LandArbVG. anspruchsberechtigten Altersfürsorgerentner anbelangt, so bleibt dieselbe vorläufig hinter den gehegten Erwartungen zurück. Bis zum 1. Juli 1929 hatten nur etwa 6000 in der Land- und Forstwirtschaft beschäftigte Personen Altersfürsorgerenten zuerkannt erhalten.²⁾ Der Grund für diese auffällige Erscheinung dürfte zum Teil in den Schwierigkeiten des Anmeldeverfahrens zu suchen sein, das sich bei den neu aufgestellten Organen der Landarbeiterversicherung in ziemlich schleppender Weise vollzieht. Es ist indessen anzunehmen, daß nach Überwindung dieser Anfangsschwierigkeiten sowie infolge der durch die I. Novelle zum LandArbVG. geschaffenen Erleichterungen die Zahl der Altersfürsorgerentner auch in der Land- und Forstwirtschaft eine Zunahme erfahren wird.

Anhang.

§ 101. Die aus der Sozialversicherung entspringende volkswirtschaftliche Belastung.

In letzter Zeit mehren sich in der Öffentlichkeit die Stimmen, die auf das fortgesetzte Ansteigen der Soziallasten, namentlich der aus der Sozialversicherung fließenden, hinweisen und hierin ein ernstes Gefahrenmoment für die Wettbewerbsfähigkeit unserer Produktion im internationalen Güteraustausch erblicken.³⁾ Wenngleich der hiebei ver-

¹⁾ Siehe den Wortlaut dieser Durchführungserlässe in den „Amtlichen Nachrichten“ des BM. für soziale Verwaltung, X. Jahrgang, S. 514—520 und S. 536—537.

²⁾ Also wesentlich weniger Personen als bei den industriellen und gewerblichen Arbeitern, bei denen der Stand an Altersfürsorgerentnern zur gleichen Zeit bereits mehr als 39.000 Köpfe betrug.

³⁾ Hiebei wird insbesondere darauf verwiesen, daß die in Österreich zirka 22 Prozent der Lohnsumme betragende Soziallast den Wert des Endproduktes mit rund 9 Prozent beschwert und hiedurch die Konkurrenz mit anderen, weniger belasteten Staaten unterbindet. Tatsächlich trifft dies jedoch nicht immer zu, da sich manche heimische Industriezweige ungeachtet gleicher Soziallasten als mehr, andere wieder als weniger exportfähig erwiesen haben. Es spielen eben in dieser Frage noch viele andere Faktoren, insbesondere solche handelspolitischer Natur eine entscheidende Rolle.

tretenen Standpunkt oft genug ein einseitiger ist und lediglich das Belastungsmoment hervorhebt, ohne der großen Gegenwerte zu gedenken, welche die Sozialversicherung durch Erhaltung einer gesunden und leistungsfähigen Arbeiterschaft bietet, so verdienen doch diese von industrieller und gewerblicher Seite immer wiederkehrenden Klagen sicherlich Beachtung und lassen eine objektive Feststellung betreffend das tatsächliche Ausmaß der durch die Sozialversicherung der Volkswirtschaft auferlegten Lasten als wünschenswert erscheinen.

Diese Lasten haben sich im Laufe des letzten Jahrzehnts in allen europäischen Industriestaaten sprunghaft gesteigert. Im Deutschen Reiche, dem Mutterlande der modernen Sozialversicherung, erforderte letztere im Jahre 1913 einen Gesamtaufwand von rund 1371 Millionen Mark, der sich im Jahre 1924 auf 1955 Millionen Mark hob, um sodann in den darauffolgenden Jahren 1925—1927 ungeachtet der eingetretenen Währungsstabilisierung auf 2679, 3134 und 3657 Millionen Mark anzusteigen. Wir begegnen also hier einer Entwicklung, die im Laufe von 15 Jahren zu einer Erhöhung des Erfordernisses auf fast das Dreifache geführt hat.¹⁾ Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, daß die solcherart aus der Volkswirtschaft gezogenen Beträge in weitaus geringerem Maße als vor dem Kriege zur Rücklagen- und Kapitalbildung verwendet,²⁾ sondern zum überwiegend größten Teil in Form von Versicherungsleistungen wieder verausgabt wurden.

Auch in Österreich haben die Dinge einen ähnlichen Verlauf genommen. Während die im November 1925 eingebrachte Regierungsvorlage zum ArbVG. noch mit einer aus der Kranken-, Unfall- und Arbeitslosenversicherung der Arbeiter — somit ohne Einbeziehung der Angestellten — sich ergebenden Gesamtbelastung der Produktion von 196·82 Millionen Schilling jährlich rechnen konnte,³⁾ hat sich seither unter der Einwirkung der neu geschaffenen Sozialversicherungsgesetze das Erfordernis ganz außerordentlich gehoben. Zergliedert man den gegenwärtigen Beitragsaufwand nach den einzelnen Versicherungszweigen, so ergibt sich — die nachstehenden Daten sind einem kürzlich veröffentlichten Artikel⁴⁾

¹⁾ Siehe Näheres über diese im Deutschen Reiche eingetretene Entwicklung in dem kürzlich erschienenen Buche von Egger: „Die Belastung der deutschen Wirtschaft durch die Sozialversicherung“, Jena 1928, das neben gründlicher Untersuchung der von der deutschen Wirtschaft in der Vor- und Nachkriegszeit für die Sozialversicherung aufgebrauchten Mittel auch die Ursachen darlegt, die für das Anwachsen dieser Aufwendungen bestimmend waren.

²⁾ Es war dies eine Folge der Abkehr vom Anwartschaftsdeckungsverfahren, das mit der Ansammlung großer Reservekapitalien verbunden war. Hätte man an diesem System festgehalten, so wären die Beiträge für die Sozialversicherung noch erheblich höher geworden.

³⁾ Vgl. den technischen Teil der Erläuterungen dieser Regierungsvorlage (451 der Beilagen. — Nationalrat, II. Gesetzgebungsperiode, S. 116).

⁴⁾ Dieser Artikel ist in der „Reichspost“ vom 15. Februar 1929 erschienen. Die darin enthaltenen Daten beziehen sich nicht bloß auf die Sozialversicherung im engeren Sinne, sondern auch auf die damit verwandte Arbeitslosen- und Altersfürsorge.

des Bundesministers für soziale Verwaltung Dr. Resch entnommen — folgende Zifferngruppierung:

| | | | |
|---|-----|-----------|------------|
| a) Beitragserfordernis für die Krankenversicherung | 186 | Millionen | Schilling |
| b) Beitragserfordernis für die Unfall- und Pensionsversicherung | 89 | " | " |
| c) Beitragserfordernis für die Arbeitslosenversicherung (ordentliche Arbeitslosenunterstützung und Notstands-aushilfen) | 115 | " | " |
| d) Beitragserfordernis für die Altersfürsorge | 23 | " | " |
| Zusammen | 418 | Millionen | Schilling. |

Dieses Gesamterfordernis, das sich in annähernd gleicher Weise auf Arbeitgeber und Arbeitnehmer verteilt, ist somit etwa doppelt so groß, als die im Jahre 1923 für Sozial- und Arbeitslosenversicherungszwecke eingehobenen Beträge. Rechnet man zu ersterem Erfordernis noch den Bund und Ländern aus der Notstands-aushilfe und Altersfürsorge erwachsenden Aufwand von rund 36 Millionen Schilling hinzu, so resultiert aus der derzeit geltenden Sozial- und Arbeitslosenversicherung eine Gesamtbelastung von etwa 454 Millionen Schilling, die angesichts der finanziellen Schwäche Österreichs sicherlich eine ganz außerordentliche Kraftanstrengung bedeutet. Der angeführte Betrag dürfte sich nach Inkraftsetzung der Alters- und Invaliditätsversicherung noch um weitere 60 Millionen Schilling¹⁾ erhöhen, so daß dann mit einer jährlichen Gesamtbelastung von mehr als einer halben Milliarde Schilling zu rechnen sein wird.

Diese Belastung macht sich natürlich nicht nur für die Allgemeinheit, sondern auch für jeden Arbeitgeber und Arbeitnehmer fühlbar. Untersucht man die Höhe des den Einzelnen treffenden Durchschnittsbeitrages zur Sozialversicherung, so errechnet sich derselbe — wir folgen hier wiederum den von Dr. Resch mitgeteilten Ziffern — für den Industriearbeiter mit rund 24 S und für den Angestellten mit rund 42 S monatlich.²⁾ Dieses Bild ändert sich jedoch, wenn man die höher entlohnten Kategorien ins Auge faßt. So beträgt der monatliche Höchstbeitrag für einen Arbeiter 29 S, für einen Angestellten sogar 60 S. Von Interesse sind auch die Komponenten, aus denen sich der erst-angeführte Durchschnittsbeitrag zusammensetzt. Nach den erwähnten

¹⁾ Von dieser Summe entfallen etwa 45 Millionen Schilling auf die Alters- und Invaliditätsversicherung der industriellen und gewerblichen Arbeiter, während die restlichen 15 Millionen Schilling den Mehraufwand aus der Alters- und Invaliditätsversicherung der Land- und Forstarbeiter darstellen.

²⁾ Die Aufteilung dieses Gesamtbeitrages auf Arbeitgeber und Arbeitnehmer ist annähernd die gleiche.

Darlegungen Dr. Resch' entfallen monatlich auf die einzelnen Versicherungsweige die nachstehenden aliquoten Teile:

| | für einen Arbeiter | für einen Angestellten |
|--|-----------------------|---------------------------|
| auf die Krankenversicherung | 9·84 S | 12·38 S |
| auf die Arbeitslosenversicherung | | |
| a) ordentliche Unterstützung | 7·45 „ | 7·70 „ |
| b) Notstandsaulhilfe | 1·99 „ | 2·20 „ |
| auf die Altersfürsorge | 1·99 „ | — „ |
| auf die Unfall- und Pensionsversicherung . . | 2·90 „ | 19·25 „ |
| Zusammen | 24·17 S | 41·53 S |

Noch offenkundiger wird die Belastungshöhe, wenn man den Versicherungsbeitrag zum tatsächlich erzielten Arbeitsverdienst in Beziehung bringt. Da ergeben sich durchschnittliche Verhältniszahlen, die sich beim Industriearbeiter mit $14\frac{1}{3}$ Prozent und beim Angestellten mit $13\frac{5}{6}$ Prozent der Gehalts- und Lohnsumme veranschlagen lassen. Es wird also ein sehr beträchtlicher Teil dieser letzteren für Zwecke der Sozial- und Arbeitslosenversicherung in Anspruch genommen.

Die hier angeführten Ziffern sprechen eine deutliche Sprache. Sie zeigen, daß unsere Sozialgesetzgebung in ihren Fürsorgemaßnahmen bis an die Grenzen des Möglichen gegangen und der Volkswirtschaft damit gewiß schwere Opfer auferlegt hat. Andererseits darf jedoch nicht verkannt werden, daß wir es hier mit durchaus produktiven Aufwendungen zu tun haben. Fließen doch die mittels einer großzügigen Sparwirtschaft angesammelten Sozialversicherungsbeiträge durch zahllose Kanäle in Form von Versicherungsleistungen wieder in die Volkswirtschaft zurück¹⁾ und ermöglichen hiedurch die Aufrechterhaltung eines gesunden und leistungsfähigen Volkskörpers, der als solcher die Vorbedingung eines erfolgreichen weltwirtschaftlichen Wettbewerbes bildet. „Wirtschaft und Versicherung stehen daher“, wie es in der kürzlich herausgegebenen Erinnerungsschrift des deutschen Reichsarbeitsministeriums²⁾ heißt, „im Verhältnis der Gegenseitigkeit. Die Wirtschaft wird der günstigen Wirkungen gedenken müssen, die von der Sozialversicherung ausgehen. Was die Wirtschaft für die Sozialversicherung aufbringt, erhält sie von ihr an Volksgesundheit, Arbeitsvermögen und Kaufkraft wieder zurück.“

1) So machten z. B. die seitens der österreichischen Arbeiterkrankenkassen im Jahre 1928 gewährten Versicherungsleistungen rund 90 Prozent und jene der Angestelltenkrankenkassen rund 85 Prozent der vereinnahmten Beiträge aus. In der Unfallversicherung, die auf Bildung entsprechender Rücklagen zu achten hatte, wurden zirka 80 Prozent der Beitragseinnahmen für Versicherungsleistungen verwendet. Noch stärker war der auf die Reservenbildung entfallende Anteil in der Pensionsversicherung der Angestellten, wo von den Beitragseinnahmen, welche der Hauptanstalt für Angestelltenversicherung im Jahre 1928 zufließen, nur zirka 60 Prozent in Form von Versicherungsleistungen wieder an die Versicherten zurückströmten.

2) Erschienen unter dem Titel: „Deutsche Sozialpolitik 1918—1928“, 2. Auflage, Berlin, 1929.