

867 der Beilagen. — Konstituierende Nationalversammlung.

1

Vorlage der Staatsregierung.**G e s e h e**

vom 1920,

betreffend

die Krankenversicherung der Staatsbediensteten.**Die Nationalversammlung hat beschlossen:****I. Kreis der Anspruchsberechtigten.****§ 1.**

Wer auf Grund eines Dienstverhältnisses zum Staate oder zu einem staatlich verwalteten öffentlichen Fonds von der Republik Österreich oder von diesem Fonde einen Dienstbezug, der im Falle der Krankheit durch mindestens sechs Monate weitergebührt, oder einen normalmäßigen Ruhe- oder Versorgungsgenuss im Inlande erhält, ist nach den Bestimmungen dieses Gesetzes durch die Krankenversicherungsanstalt der Staatsbediensteten gegen Krankheit versichert.

§ 2.

(1) Die Versicherung nach diesem Gesetze wird nicht begründet:

1. durch die Dienstbezüge der Volksbeauftragten;

2. durch die Gebühren der Wehrmänner.

(2) Von der Versicherung nach diesem Gesetze können durch Vollzugsanweisung Gruppen von Personen aufgenommen werden:

1. deren Bezüge auf einer Anstellung in einem staatlichen oder vom Staate verwalteten Betriebe beruhen;

2. deren Ruhe- oder Versorgungsgenüsse nicht durch das Gesetz vom 18. März 1920,

867 der Beilagen. — Konstituierende Nationalversammlung.

St. G. Bl. Nr. 132, oder nach gleichen Grundsätzen erhöht werden, oder deren Ruhe- und Versorgungs- genüsse eine Erhöhung in Form von Beihilfen erfahren;

3. denen ein Anspruch auf militärische Krankenpflege zusteht.

(3) Die Versicherung nach diesem Gesetze ruht für die im Bezug von Ruhe- oder Versorgungs- genüßen stehenden Personen, so lange sie in einem die Versicherung nach den gesetzlichen Bestimmungen über die Krankenversicherung der Arbeiter begründenden Arbeits(Dienst)- oder Lehrverhältnisse stehen.

§ 3.

(1) Mitglieder der Krankenversicherungsanstalt der Staatsbedienten sind die Versicherten.

(2) Angehörige der Anstalt sind, wenn sie nicht selbst nach gesetzlicher Vorschrift der Krankenversicherungspflicht unterliegen:

1. die Ehegattin des Versicherten, wenn sie nicht erwiesenermaßen aus ihrem Verschulden von ihm geschieden ist; in Ermanglung einer anstaltangehörigen Ehegattin die seit mindestens acht Monaten ununterbrochen im gemeinsamen Haushalte mit einem männlichen Versicherten lebende Person, die ihm ohne Entgelt die Haushwirtschaft führt;

2. die ehelichen und die legitimierten Kinder und Stiefkinder sowie die Wahlkinder des Versicherten, wenn sie minderjährig sind und vorwiegend vom Versicherten versorgt werden;

3. die Verwandten des Versicherten in auf- und absteigender Linie, wenn sie seit mindestens acht Monaten ununterbrochen im gemeinsamen Haushalte mit ihm leben und auf Grund gesetzlicher Verpflichtung von ihm erhalten werden.

(3) Ist die Anstaltangehörigkeit mehrfach begründet, so ist sie von jenem Versicherten abzuleiten, dessen für die Beitragsbemessung nach §. 17 anrechenbare Bezüge die höheren sind.

II. Leistungen.

§ 4.

(1) Die Versicherung umfasst Krankenhilfe, Wöchnerinnenunterstützung und Sterbegeld.

(2) Anspruch auf Krankenhilfe haben die Versicherten und die Anstaltangehörigen.

(3) Anspruch auf Wöchnerinnenunterstützung haben die Versicherten und die im §. 3, Absatz 2, 3. 1, bezeichneten Anstaltangehörigen.

(4) Anspruch auf Sterbegeld haben:

1. die Versicherten bei Ableben eines ihrer Anstaltangehörigen;

867 der Beilagen. — Konstituierende Nationalversammlung.

3

2. die hinterbliebenen Anstaltsangehörigen bei Ableben eines Versicherten, wenn nicht ein Sterbequartal gebührt.

§ 5.

Als Krankenhilfe wird für die Dauer der Krankheit gewährt:

1. ärztliche Hilfe, die auch den operativen Beistand, die geburtsärztliche sowie die zahnärztliche Hilfe umfaßt, und Hebammenbeistand;

2. Versorgung mit den notwendigen Heilmitteln und sonstigen Heilbehelfen einschließlich des unentbehrlichen Zahnersatzes.

§ 6.

Die Wahl des Arztes ist freigestellt. Wird ein von der Versicherungsanstalt zur ärztlichen Behandlung der Anspruchsberechtigten vertragsmäßig bestellter Arzt (Vertragsarzt) in Anspruch genommen, so geht die Behandlung auf Rechnung der Anstalt. Doch ist für jede solche Beziehung eines Vertragsarztes eine Arztabgabe zu entrichten, die die Säzungen in einer solchen Höhe festzusetzen haben, daß hiedurch Missbrächen entgegengewirkt wird.

§ 7.

(1) Auf die Krankenversicherungsanstalt der Staatsbediensteten findet die Begünstigung nach § 35, Absatz 1, des Gesetzes vom 18. Dezember 1906, R. G. Bl. Nr. 5 ex 1907, betreffend die Regelung des Apothekenwesens, Anwendung.

(2) Bei der Verschreibung und Verabfolgung von Arzneien und Verbandmitteln auf Kosten der Versicherungsanstalt haben die Vertragsärzte und die Apotheker, insoweit dies von der Versicherungsanstalt beansprucht wird, die Vorschriften über die Verschreibung und Verabfolgung von Arzneien auf Rechnung öffentlicher Fonds zu beobachten.

§ 8.

(1) Wenn der Anspruchsberechtigte die von der Versicherungsanstalt gebotenen Einrichtungen zur Krankenhilfe nicht in Anspruch nimmt, so gebührt ihm der Ersatz der Kosten einer anderweitigen Krankenhilfe bis zu dem Betrage, der bei Benützung der Anstalteinrichtungen aus den Mitteln der Anstalt aufzuwenden wäre.

(2) Stehen Anstalteinrichtungen nicht zur Verfügung oder können sie nicht rechtzeitig erreicht werden, so sind dem Anspruchsberechtigten die für anderweitige Krankenhilfe notwendigen Kosten, bei ärztlicher Hilfe unter Abzug eines der Arztabgabe entsprechenden Betrages, zu ersetzen.

867 der Beilagen. — Konstituierende Nationalversammlung.

(3) Die Versicherungsanstalt kann für Erhaltsleistungen nach Absatz 2 örtlich abgestufte feste Sätze oder Höchstsätze aufstellen.

§ 9.

(1) Auf Wunsch des Erkrankten kann die Versicherungsanstalt an Stelle der freien ärztlichen Behandlung und der Versorgung mit den notwendigen Heilmitteln freie Kur und Verpflegung in einer Krankenanstalt (Krankenhaus, Heilanstalt u. dgl.) gewähren. Einem solchen Wunsche ist zu entsprechen, wenn die Anstaltspflege die Wiederherstellung des Erkrankten voraussichtlich wesentlich fördert und eine geeignete Einrichtung verfügbar ist.

(2) Wenn es die Art der Krankheit zum Schutze des Erkrankten oder seiner Umgebung unbedingt erfordert, kann die Versicherungsanstalt eine solche Verfügung unabhängig von seiner Zustimmung mit der Wirkung treffen, daß bei Zuwidderhandeln die Gewährung von Krankenhilfe abgelehnt werden kann.

(3) Die Überweisung in eine Gebäranstalt ist nur mit Zustimmung der Wöchnerin statthaft.

(4) In allen Fällen einer Anstaltspflege sind auch die notwendigen Kosten der Beförderung in die Krankenanstalt und der Rückbeförderung von der Versicherungsanstalt zu tragen.

§ 10.

Wird ein Anspruchsberechtigter ohne Vermittlung der Versicherungsanstalt in einer öffentlichen Krankenanstalt untergebracht, so ist die Versicherungsanstalt jedenfalls verpflichtet, der Krankenanstalt die für Kur und Verpflegung nach der letzten Klasse entfallenden Kosten bis zur Dauer von vier Wochen zu ersezzen.

§ 11.

(1) Durch die Sätzeungen wird bestimmt, unter welchen Voraussetzungen und in welchem Umfange verfügbare Mittel der Versicherungsanstalt zu einer über die Bestimmungen des § 4 hinausgehenden Krankenhilfe (erweiterten Heilbehandlung) zu verwenden sind.

(2) Als erweiterte Heilbehandlung kommen insbesondere in Betracht:

1. Beistellung von Hauspflege;
2. Ermöglichung der Pflege in Genesungs- und Wöchnerinnenheimen;
3. Ermöglichung von Landaufenthalt und von Aufenthalt in Kurbädern und Heilstätten;

867 der Beilagen. — Konstituierende Nationalversammlung.

5

4. Übernahme der Reisekosten der Anspruchs berechtigten für die unter Zahl 2 und 3 bezeichneten Zwecke.

(3) Erweiterte Heilbehandlung kann durch Errichtung oder Erwerbung eigener Anstalten und Einrichtungen oder durch Vereinbarungen mit bestehenden Anstalten sichergestellt werden.

§ 12.

(1) Die Wöchnerinnenunterstützung beträgt täglich drei Viertel vom Hundert der im Monate der Niederkunft für die Beitragsbemessung nach § 17 anrechenbaren Bezüge des Versicherten.

(2) Sie gebührt:

1. vor der Niederkunft durch einen Monat in der letzten Stufe der Schwangerschaft, wenn mit Rücksicht auf den Zustand der Schwangeren eine Dienstperson gegen Entgelt zur Führung der Haushwirtschaft aufgenommen worden ist;

2. nach der Niederkunft durch zwei Monate und weiter für die Dauer des Selbststillens, längstens aber bis zum Ablaufe des dritten Monates.

§ 13.

Das Sterbegeld beträgt für Verstorbene unter sechs Jahre 40 vom Hundert, für andere Verstorbene 80 vom Hundert der im Monate des Todes für die Beitragsbemessung nach § 17 anrechenbaren Bezüge des Versicherten.

§ 14.

(1) Über die Erhebung des Anspruches auf die versicherten Leistungen, über das Verhalten der Erkrankten während der Heilbehandlung und über die Krankenkontrolle erläßt die Versicherungsanstalt die näheren Vorschriften in einer Krankenordnung. Für ein den Zweck der Unterstützung beeinträchtigendes oder wiederholtes Zu widerhandeln gegen die Vorschriften der Krankenordnung kann die Entziehung der Unterstützung vorgesehen werden.

(2) Versicherten, die die Versicherungsanstalt durch Mißbrauch geschädigt haben, kann außer den Versichertenbeiträgen und bis zur Höhe derselben eine weitere Beitragsleistung aus eigenen Mitteln bis zur Deckung des entstandenen Schadens aufgelegt werden. Eine solche Verfügung ist auch zulässig, wenn die Schädigung einem Anstaltsangehörigen des Versicherten zur Last fällt und der Versicherte nicht nachweisen kann, daß ihn an dem Mißbrauche kein Verschulden trifft.

(3) Gegen einen Ausspruch nach Absatz 2 kann die Beschwerde an das Schiedsgericht ergriffen werden.

867 der Beilagen. — Konstituierende Nationalversammlung.

§ 15.

Der Anspruch auf Leistungen nach diesem Gesetze ruht, solange ein Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung der Arbeiter zusteht. Dasselbe gilt, insofern ein Anspruch auf Heilbehandlung oder auf Beteiligung mit Körpersatzstücken und orthopädischen Behelfen nach dem Invalidenentschädigungsgesetz oder nach den gesetzlichen Bestimmungen über die Unfallversicherung der Arbeiter zusteht. Wenn ein Begräbnisgeld aus der gesetzlichen Krankenversicherung der Arbeiter oder ein Sterbegeld nach dem Invalidenentschädigungsgesetz gebührt, so bleibt der Anspruch auf Sterbegeld nach § 13 nur mit dem diese Leistungen übersteigenden Betrage aufrecht.

III. Aufbringung der Mittel.

§ 16.

- (1) Die Kosten der Durchführung der Versicherung werden durch Beiträge der Versicherten und der Dienstgeber (Staat, Fonds) aufgebracht.
- (2) Die Staatsverwaltung leistet zur Gründung und Einrichtung der Versicherungsanstalt einen unverzinslichen Vorschuss im Betrage von zehn Millionen Kronen, der innerhalb fünf Jahren zurückzuzahlen ist.
- (3) Aus den Überschüssen der Gebarung ist ein Betriebsfond bis zur Höhe der durchschnittlichen Jahresausgabe der letzten fünf Betriebsjahre anzusammeln.

§ 17.

(1) Die Beiträge der Versicherten sind alljährlich einheitlich in Hundertteilen der im vorhinein festgesetzten stehenden Bezüge der Versicherten derart zu bestimmen, daß aus ihnen die voraussichtlich erforderlichen Mittel zur Durchführung der Versicherung zur Hälfte gedeckt werden. Doch dürfen die Beiträge der Versicherten eineinhalb vom Hundert der Berechnungsgrundlage nicht übersteigen. Ihre Höhe wird erstmalig durch Vollzugsanweisung festgesetzt.

(2) Der Dienstgeber (Staat, Fonds) leistet gleich hohe Beiträge wie der Versicherte.

§ 18.

Die Versichertenbeiträge werden von der Staatsverwaltung durch monatliche Abzüge von den Bezügen der Versicherten eingehoben. Bei ihrer Berechnung sind Beiträge von 50 und mehr Hellern auf ganze Kronen aufzurunden, Beiträge unter 50 Hellern fallen zu lassen.

867 der Beilagen. — Konstituierende Nationalversammlung.

7

§ 19.

Wenn nach den Jahresabschlüssen der Versicherungsanstalt die Einnahmen trotz Erhöhung der Versichertenbeiträge auf das gesetzliche Höchstmaß sich als unzureichend erweisen, so ist für die Herstellung des Gleichgewichtes zunächst durch Verbesserungen in der Verwaltung und Krankenkontrolle und, wenn dies nicht ausreicht, durch Einschränkung der im § 11 bezeichneten Leistungen Sorge zu tragen.

§ 20.

Die Versicherungsanstalt hat alljährlich über die Ergebnisse ihrer Geburung und über den Stand und die Anlage ihres Vermögens unter Vorlage statistischer Nachweisungen dem Staatsamte für soziale Verwaltung nach dessen näherer Vorschrift zu berichten.

IV. Verwaltung.

§ 21.

(1) Die Krankenversicherungsanstalt der Staatsbediensteten hat Rechtspersönlichkeit. Ihr Sitz ist in Wien.

(2) Die Geschäfte werden durch den Hauptvorstand in Wien und durch die in allen Landeshauptstädten zu errichtenden Landesvorstände entweder in Vollversammlungen, durch Ausschüsse oder durch das Bureau besorgt. Das Nähere hierüber bestimmen die Satzungen der Anstalt und die Geschäftsordnungen, die für jeden Vorstand aufzustellen sind.

(3) Der Hauptvorstand und die Landesvorstände setzen sich je zur Hälfte aus Vertretern der Versicherten und des Staates zusammen. Außer diesen Vorstandesmitgliedern mit beschließender Stimme gehören dem Hauptvorstande, so lange Vereinbarungen nach § 24 bestehen, ein von dem Geschäftsausschusse der österreichischen Ärztekammern und ein von der Gesamtorganisation der österreichischen Ärzte namhaft zu machender Vertreter mit beratender Stimme an.

§ 22.

(1) Die Versichertenvertreter jedes Landesvorstandes wählen einen Versichertenvertreter in den Hauptvorstand. Die übrigen Versichertenvertreter des Hauptvorstandes und die Versichertenvertreter der Landesvorstände werden von den Versicherten aus ihrer Mitte in Wahlkörpern gewählt, die nach dem Dienstzweige oder nach dem Verwaltungsbereiche gegliedert sind.

(2) Der Staatssekretär für soziale Verwaltung kann die Durchführung der ersten Wahlen und bis zum Zusammentritte der gesetzmäßig zusammen-

gesetzten Vorstände, der nicht später als vier Monate nach dem im § 36, Abz. 2, bezeichneten Zeitpunkte zu erfolgen hat, die Geschäftsführung der Versicherungsanstalt vorläufigen Vorständen übertragen, die ausschließlich aus von ihm bestellten Mitgliedern bestehen.

§ 23.

(1) Die Staatsvertreter des Hauptvorstandes werden je zur Hälfte von den Staatssekretären für soziale Verwaltung und für Finanzen, die Staatsvertreter der Landesvorstände durch die Landesregierung im Einvernehmen mit der Finanzlandesbehörde berufen.

(2) Aus der Mitte der Staatsvertreter ernennt der Staatssekretär für soziale Verwaltung im Einvernehmen mit dem Staatssekretär für Finanzen den Präsidenten der Versicherungsanstalt, der den Vorsitz im Hauptvorstande führt, und über Vorschlag des Landeshauptmannes einen Vorsitzenden jedes Landesvorstandes. Jeder Vorstand wählt einen Versichertenvertreter und einen Staatsvertreter zu Stellvertretern.

§ 24.

Dem Hauptvorstande obliegt die Vertretung der Versicherungsanstalt, die Verwaltung des Vermögens und die Geschäftsführung, soweit diese nicht den Landesvorständen überlassen ist. Er vereinbart mit den Kammern und Organisationen der Ärzte die Bedingungen für die Bestellung und Kündigung der Vertragsärzte unter Bestimmung ihrer Entlohnung nach Einzelleistungen.

§ 25.

(1) Die Landesvorstände besorgen die Geschäfte, die ihnen durch die Satzungen oder besonders durch den Hauptvorstand zugewiesen werden. Ihnen ist die Entscheidung über die im § 4 bezeichneten Ansprüche sowie die Aufnahme und Entlassung ihrer Angestellten vorbehalten.

(2) Die Zuständigkeit des Landesvorstandes wird durch den Dienstort, mangels eines solchen durch den Wohnsitz des Versicherten bestimmt.

§ 26.

Die Satzungen der Versicherungsanstalt und die Geschäftsordnungen des Hauptvorstandes und der Landesvorstände werden erstmalig vom Staatssekretär für soziale Verwaltung erlassen. Die Satzungen haben Bestimmungen insbesondere über die folgenden Angelegenheiten zu enthalten:

1. die Vertretung nach außen und die Form rechtsverbindlicher Akte;

867 der Beilagen. — **Konstituierende Nationalversammlung.**

9

2. die Zahl, Wahl und Dauer der Amtszeit der Versichertenvertreter des Hauptvorstandes und der Landesvorstände sowie der gewählten Schiedsgerichtsbeisitzer;

3. die Anlage der für die Geschäftsführung nicht unmittelbar erforderlichen Gelder;

4. die Aufstellung und Prüfung der Jahresrechnung.

§ 27.

Die Angestellten des Hauptvorstandes und der Landesvorstände sind dem leitenden Beamten und durch diesen dem Vorsitzenden des betreffenden Vorstandes unterstellt. Zur Bestellung und Entlassung der leitenden Beamten jedes Vorstandes ist die Genehmigung des Staatssekretärs für soziale Verwaltung erforderlich.

§ 28.

(1) Die Versicherten können durch die Satzungen zu Meldungen über die für die Anspruchsberechtigung maßgebenden eigenen Verhältnisse und die ihrer Anstaltsangehörigen verpflichtet und es können Ordnungsstrafen für die Nichtbefolgung dieser Verpflichtung bestimmt werden.

(2) Die staatlichen Behörden sind verpflichtet, bei der Durchführung des Gesetzes, insbesondere bei der Erfassung der Versicherten und der Anstaltsangehörigen mitzuwirken.

§ 29.

(1) Die Krankenversicherungsanstalt der Staatsbediensteten unterliegt der staatlichen Aufsicht hinsichtlich der Beobachtung aller für ihre Gebahrung geltenden Vorschriften.

(2) Die Beschlüsse über folgende Gegenstände bedürfen der staatlichen Genehmigung:

1. Änderungen der Satzungen und der Geschäftsordnungen;

2. die Aufstellung und Abänderung der Krankenordnung;

3. die Festsetzung der Versichertenbeiträge;

4. die Bestimmung von festen Sätzen und Höchstsätzen nach § 8;

5. die Erwerbung, Veräußerung oder Belehnung von Liegenschaften.

§ 30.

(1) Die Staatsaufsicht wird vom Staatssekretär für soziale Verwaltung ausgeübt, der sich zu ihrer

10

867 der Beilagen. — Konstituierende Nationalversammlung.

unmittelbaren Handhabung der Landesregierungen oder besonderer Organe bedienen und solche Organe auch zur amtlichen Untersuchung des Hauptvorstandes und der Landesvorstände abordnen kann.

(2) Der Staatssekretär für soziale Verwaltung ist berechtigt, den Hauptvorstand und Landesvorstände aufzulösen und ihre Geschäftsführung vorläufig einem Verwalter zu übertragen. In solchen Fällen hat die Neuwahl binnen zwölf Wochen nach der Auflösung stattzufinden.

V. Schlußbestimmungen.

§ 31.

Ansprüche der Versicherten und Anstaltsangehörigen aus diesem Geseze können weder in Execution gezogen noch durch Rechtsgeschäfte auf Dritte übertragen werden.

§ 32.

(1) Zur Entscheidung von Streitigkeiten, die zwischen den Anspruchsberechtigten und der Krankenversicherungsanstalt der Staatsbediensteten über Unterstützungsansprüche nach § 4 oder zwischen Vertragsärzten und der Anstalt aus dem Vertragsverhältnisse entstehen, sowie zur Entscheidung über Beschwerden nach § 14, Absatz 3, sind die am Sitz jedes Landesvorstandes zu errichtenden Schiedsgerichte ausschließlich zuständig. Die Klagen und Beschwerden sind bei sonstigem Ausschluß innerhalb einer in den Satzungen festzusezenden Frist anzu bringen. Rechtsmittel und Klagen gegen die schiedsgerichtlichen Erkenntnisse sind unzulässig.

(2) Die Erkenntnisse der Schiedsgerichte und die vor ihnen geschlossenen Vergleiche sind durch gerichtliche Execution vollstreckbar.

§ 33.

(1) Jedes Schiedsgericht ist aus zwei von den Versicherten gewählten und zwei von der Staatsregierung berufenen Beisitzern sowie einem ständigen Vorsitzenden zu bilden, der zur Ausübung des Richteramtes befähigt ist. Bei Streitigkeiten zwischen der Versicherungsanstalt und den Vertragsärzten treten an die Stelle je eines gewählten und eines ernannten Beisitzers zwei von der zuständigen Ärztekammer namhaft zu machende Beisitzer.

(2) Der Vorsitzende und die erforderliche Zahl von Stellvertretern werden vom Staatssekretär für Justiz im Einvernehmen mit dem Staatssekretär für soziale Verwaltung ernannt.

867 der Beilagen. — Konstituierende Nationalversammlung.

11

(3) Die Besitzer des Schiedsgerichtes dürfen dem Hauptvorsteher oder einem Landesvorsteher der Versicherungsanstalt weder als Mitglieder noch als Angestellte angehören. Die von den Versicherten zu wählenden Besitzer werden aus der Mitte der Versicherten gleichzeitig mit den Versichertenvertretern des Landesvorstandes und nach den für diese Wahl geltenden Vorschriften gewählt. Die durch die Staatsregierung zu berufenden Besitzer werden vom Staatssekretär für soziale Verwaltung im Einvernehmen mit dem Staatssekretär für Finanzen ernannt.

(4) Die näheren Vorschriften über die Einrichtung und örtliche Zuständigkeit der Schiedsgerichte sowie über das Verfahren werden durch Vollzugsanweisung erlassen. Die mit der Einrichtung und Gehaltung der Schiedsgerichte verbundenen Kosten sind von der Versicherungsanstalt zu tragen.

§ 34.

(1) Das Staatsamt für soziale Verwaltung entscheidet bei Streit zwischen Gemeinden, Stiftungen und Körperschaften, Unfallversicherungsanstalten, Krankenanstalten und Arbeiterkrankenkassen einerseits und der Krankenversicherungsanstalt der Staatsbediensteten andererseits über Ansprüche auf Ersatz geleisteter Krankenunterstützungen.

(2) Das Staatsamt für soziale Verwaltung entscheidet ferner über die von Versicherten oder Anstaltsangehörigen gegen die Krankenversicherungsanstalt der Staatsbediensteten erhobenen Beschwerden wegen Verweigerung einer erweiterten Heilbehandlung (§ 11).

§ 35.

(1) Von den Stempel- und unmittelbaren Gebühren sind befreit:

1. Alle Verhandlungen und Urkunden, die zur Begründung und Abwicklung der Rechtsverhältnisse zwischen der Krankenversicherungsanstalt der Staatsbediensteten einerseits und den Dienstgebern (Staat, Fonds) oder Anstaltsangehörigen andererseits erforderlich sind, mit Einschluß der gerichtlichen und schiedsrichterlichen Entscheidungen;

2. die von der Anstalt nach diesem Gesetze zu erstattenden Anzeigen, Ausweise und sonstigen Eingaben samt deren Beilagen;

3. die Verträge zwischen der Anstalt und ihren Ärzten.

(2) Im übrigen ist die Anstalt nach den Vorschriften des Gesetzes vom 15. April 1885, R. G. Bl. Nr. 51, begünstigt.

§ 36.

(1) Dieses Gesetz tritt, soweit es sich um die Vorbereitung seiner Durchführung handelt, mit dem Tage seiner Bekanntmachung in Wirksamkeit.

(2) Die Verhinderung beginnt sechs Monate nach diesem Tage, falls nicht durch Vollzugsanweisung ein früherer Zeitpunkt bestimmt wird.

§ 37.

Der Vollzug dieses Gesetzes obliegt dem Staatssekretär für soziale Verwaltung im Einvernehmen mit den beteiligten Staatssekretären.

Begründung.

A. Allgemeiner Teil.

Der gegenwärtige Vorschlag eines Gesetzes, betreffend die Krankenversicherung der Staatsbediensteten, steht im engen Zusammenhange mit der vor kurzem in der Nationalversammlung eingebrachten Staatsregierungsvorlage einer fünften Krankenversicherungsnovelle über die Ausdehnung der Krankenversicherung. § 1 dieser Novelle, der alle in einem Arbeits-(Dienst-)verhältnisse Beschäftigten ausnahmslos in die Krankenversicherung einbezieht, unterwirft die zweifellos zu diesen gehörigen Staatsbediensteten in ihrer Gesamtheit bereits grundsätzlich der Krankenversicherungspflicht. Damit erscheint vor allem die Frage, ob die Staatsbediensteten gleich der Lohnarbeiterenschaft einer obligatorischen Krankenversicherung überhaupt bedürfen, im bejahenden Sinne beantwortet, im Gegensatz zur bisherigen Krankenversicherungsgesetzgebung, die ein solches Bedürfnis nicht für gegeben erachtete. § 2, Punkt 1, der Novelle entlässt sie aus der Versicherung bei den Arbeiterkrankenkassen nur soweit, als eine Sonderregelung durch ein Gesetz, betreffend die Krankenversicherung der Staatsbediensteten, erfolgt. Diese Sonderregelung bringt die gegenwärtige Vorlage. Durch das Einandergreifen der Sonderversicherung und der Arbeiterversicherung ist die lückenlose Erfassung der Staatsbediensteten im weitesten Sinne des Wortes unbedingt gewährleistet. Wer von diesen nicht unter das Sondergesetz fällt, ist nach dem allgemeinen Gesetze versicherungspflichtig.

Bei Einführung der obligatorischen Krankenversicherung der Arbeiter stand ursprünglich die Absicht im Vordergrunde, der dem Arbeitsunfähigen im Krankheitsfalle durch den Lohnausfall drohenden wirtschaftlichen Schädigung möglichst zu begegnen. Als Versichertengenossenschaft kam daher im wesentlichen die wirtschaftlich schwache Lohnarbeiterenschaft, als wichtigste Versicherungsleistung zunächst das Krankengeld in Betracht. Aus dieser Absicht des Gesetzgebers erklärt sich der Ausschluß der öffentlichen, mit festem Gehalte Angestellten, bei denen durch den Fortbezug des Gehaltes die den Lohnarbeitern drohende wirtschaftliche Gefährdung durch Krankheitsfälle ausgeschlossen erschien. Allerdings ist dabei ein in seiner Bedeutung damals vielleicht nicht voll erkanntes Moment nicht berücksichtigt worden, nämlich der Mangel einer Vorsorge für Heilspflege. Die Vorsorge und Kostentragung für diese, die der Arbeiterschaft durch die Krankenversicherung abgenommen ist, blieb bei den öffentlichen Bediensteten Sache des einzelnen. Dass aber gerade damit der Staatsbeamtenchaft, namentlich der in den unteren und mittleren Gehaltklassen, eine schwere Last zugemutet wurde, hat sich erst allmählich erwiesen, nicht zuletzt auch an dem Entwicklungsgange der Arbeiterkrankenversicherung, der die große Bedeutung der Heilspflege für die Volksgesundheit, aber auch die Kostenspieligkeit dieser Aufgabe in einem anfänglich kaum geahnten Maße aufzeigt. Dank der von leistungsfähigen Krankenkassen und Verbänden getroffenen großzügigen Einrichtungen ist unter den Leistungen der Krankenversicherung die Heilspflege geradezu in den Vordergrund gerückt, so daß die spätere Gesetzgebung (ab 1917) genötigt war, dieser im Stammgesetze äußerst dürftig behandelten Materie endlich näherzutreten und hier in manchen Belangen (ärztlicher Dienst, Familienversicherung) ausgestaltend und ergänzend einzutreten.

Den Mangel einer ähnlichen Heilfürsorge, wie sie die Arbeiterschaft im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung einrichten konnte, kann bei den öffentlichen mit festem Gehalt Angestellten irgendein System von fallweisen Geldaus hilfen seitens des Dienstgebers nicht wettmachen. Bekanntlich sind solche Aus hilfen aus Staatsmitteln für Staatsbedienstete vorgesehen. Sie werden nach Ermessens in rücksichtsvirtigen Fällen, namentlich in Krankheitsfällen, gewährt, sie haben gewiß wiederholt Not und Elend abgewendet oder gemildert, der Zustand kann aber kaum als ein befriedigender angesehen werden, weder für den Staat, dessen Mittel in nicht unbeträchtlichem Maße in Anspruch genommen werden,

noch für die beteiligten Staatsbediensteten, die sich des demütigenden Gefühls von Almosenempfängern kaum erwehren können.

Solche Erwägungen mussten in den Kreisen der Staatsbeamtenchaft Wünsche nach einer gründlichen Reform auslösen. Über den einzuschlagenden Weg bestand aber zunächst nicht volle Klarheit und Übereinstimmung. So hat ein System manche Anhänger gefunden, bei dem in Krankheitsfällen der Staatsbediensteten und ihrer Familienangehörigen an die Stelle der bisherigen facultativen staatlichen Aus hilfen lediglich versicherungsmäßige Geldleistungen zu treten hätten.

In der Überzeugung, daß die Lösung der Frage bei der zunehmenden Verschlechterung aller Lebensbedingungen ohne Verzug in Angriff genommen werden müsse, hielt es das Staatsamt für soziale Verwaltung für seine Pflicht, die zum Teil noch in die Zeit der alten Monarchie zurückreichenden Reformbestrebungen durch Aufstellung bestimmter Richtlinien in Fluss zu bringen. In dieser Absicht veröffentlichte es im Mai 1919 „Leitsätze“, die den beteiligten Organisationen (der Staatsbeamten und der Ärzteschaft) mit der Einladung zur Stellungnahme zugingen. Die „Leitsätze“ entschieden sich in der Frage, ob lediglich Erfolg in barem geleistet (Geldleistungsprinzip) oder ob eine Fürsorge in der Form Platz greifen sollte, daß Heileinrichtungen in natura zur Verfügung gestellt werden (Naturalleistungsprinzip), für das Naturalleistungsprinzip in der Erwägung, „daß eine organische Zusammensetzung und ökonomische Verwendung der zur Verfügung stehenden Mittel eine wirksame Krankenhilfe in höherem Maße verbürgen als ein Geldersatz, der das Maß der Auslagen (des einzelnen) vielfach nicht erreichen kann, ferner daß auf diesem Wege durch entsprechende Organisierung Vorsorgen für Kur- und Heilstättenpflege, für zahnärztliche Pflege, für chemische, mikroskopische und Röntgenuntersuchungen u. dgl. viel umfassender und billiger getroffen werden können“. Von diesem Prinzip ausgehend gelangten die „Leitsätze“ zu folgenden Grundzügen:

1. Errichtung einer besonderen Heil- und Fürsorgeeinrichtung (allfällig durch Gesetz) für die aktiven pragmatischen, allfällig auch für die nichtpragmatischen Staatsbediensteten.

2. Zweck der Einrichtung: Gewährung einer ausreichenden, standesgemäßen Kranken- und Heilpflege an die Staatsbediensteten für ihre Person und für ihre nächsten im gemeinsamen Haushalte lebenden und in ihrer Versorgung stehenden Familienangehörigen, die im wesentlichen umfaßt: ärztliche Hilfe (einschließlich des geburtshilflichen und operativen Bestandes), Beistellung geschulten Pflegepersonals, Versorgung mit Heilmitteln und therapeutischen Behelfen, Spitalspflege, Kurbäder und Heilstättenbehandlung, Rekonvaleszenz- und Kinderpflege, Begräbnisgelder für die Familienangehörigen.

3. Nach dem Naturalleistungsprinzip sorgt die neue Einrichtung durch entsprechende Maßnahmen (Vereinbarungen mit Ärzten, Apotheken, Krankenhäusern, Heilstätten, Sanatorien, auch durch Errichtung solcher Anstalten) dafür, daß die Leistungen jedem Beamten im Bedarfsfall unentgeltlich zur Verfügung stehen. Grundsätzlich soll aber kein Beamter gezwungen sein, von den Heileinrichtungen Gebrauch zu machen, er darf den Arzt seiner Wahl zu Rate ziehen oder die ihm passende Pflege aufsuchen. In diesen Fällen und wenn Vertragsärzte oder entsprechende Heileinrichtungen nicht zur Verfügung stehen, werden die Auslagen nach bestimmten Ansätzen vergütet, die dem bei Inanspruchnahme der Naturalleistungen wahrscheinlich erwachsenen Aufwand entsprechen.

4. Träger der Krankenfürsorge ist ein besonderer Fonds, dem die Besteitung der Kosten obliegt. Die Mittel werden durch Beitragsleistungen der Staatsbediensteten und durch Zuwendungen aus Staatsmitteln aufgebracht. Die Verwaltung wird durch länderweise einzurichtende Verwaltungsstellen mit einer zentralen Stelle an der Spitze unter Mitwirkung von Vertretern der Beamtenchaft geführt.

Das lebhafte Interesse der Staatsbeamtenchaft kam in der regen Beteiligung ihrer Organisationen an der Begutachtung der Leitsätze zum Ausdruck, die die Initiative der Regierung freudig begrüßten und den Vorschlägen der Leitsätze im allgemeinen zustimmten. Die über diese Vorschläge hinausgehenden Forderungen und Anregungen der Staatsbediensteten betrafen vor allem eine Erweiterung des Kreises der Versicherten und den Ausbau der Versicherungsleistungen durch die Gewährung von Zahnpflege und von Genesendienstpflege. Die ärztlichen Organisationen anerkannten in ihrer Mehrheit die Notwendigkeit einer Krankenfürsorge für die Staatsbediensteten und erklärten sich zur Mitwirkung unter der Bedingung bereit, daß den Anspruchsberechtigten die freie Wahl des Arztes zugestanden und der Arzt nach Einzelleistungen bezahlt werde.

Über den auf Grund dieser Begutachtung ausgearbeiteten Gesetzentwurf, der im allgemeinen den Leitsätzen folgt, das Begutachtungsmaterial aber reichlich verwendet, sind die Organisationen der Staatsbediensteten und die Vertreter der Ärzteschaft in wiederholten Aussprachen gehörig worden. Sie hatten das erfreuliche Ergebnis, daß sich sowohl die Vertreter der Staatsbediensteten als auch die Vertreter der Ärzte mit dem Entwurf in der Form der Regierungsvorlage vollinhaltlich einverstanden erklärten.

867 der Beilagen. — Konstituierende Nationalversammlung.

15

Die Sondereinrichtung in der vorgeschlagenen Form weist grundlegende Unterschiede von der Krankenversicherung der Arbeiter vor allem in der Organisierung der ärztlichen Hilfe auf. Das bei den Arbeiterkassen bestehende System der Arzthilfe befriedigt weder die Ärzteschaft noch die Versicherten vollständig. Eine Regelung, die beiden Gruppen der Interessenten möglichst entgegenkommt, war daher bei Schaffung der Sondereinrichtung für die Staatsbediensteten geboten. In dieser Absicht wird zunächst vorgezeichnet, die Vereinbarung der allgemeinen Bedingungen des Vertragsverhältnisses zwischen den Ärzten mit der Anstalt nur durch Rahmenverträge zuzulassen, die in der Arbeiterkassenversicherung lediglich facultativ vorgesehen sind. Ein Vertragsverhältnis zwischen Ärzten und der Anstalt über auf Kosten der Anstalt zu leistende ärztliche Hilfe kann hiernach nur bei Bestand eines solchen Rahmenvertrages bestehen, der mit den Organisationen der Ärzte abzuschließen ist. Kommt ein Rahmenvertrag nicht zustande, so gewährt die Einrichtung an Stelle der ärztlichen Hilfe lediglich einen Geldersatz. Weiters stellt der Entwurf den Grundsatz der freien Ärztewahl auf: dem Anspruchsberechtigten ist die freie Wahl des Arztes überlassen. Die Anstalt sorgt zwar für die Bestellung von Ärzten, kein Versicherter soll aber gezwungen sein, einen solchen Vertragsarzt aufzusuchen. Er erhält indes bei Heranziehung eines anderen Arztes nur die vermutlichen Selbstkosten der Anstalt vergütet. Endlich bricht die Vorlage vollständig mit dem System der Pauschalierung des ärztlichen Honorars. Das dem Arzte gebührende Honorar bestimmt sich vielmehr nach der Art und dem Maße der Inanspruchnahme, sohin nach den Einzelleistungen. Den Gefahren, die der finanziellen Leistungsfähigkeit der Versicherungsanstalt durch eine aus diesen Neuerungen zu befürchtende mißbräuchliche Inanspruchnahme der ärztlichen Hilfe drohen, soll durch eine Beteiligung des Versicherten an den Kosten in Form einer von ihm zu entrichtenden Ärztegebühr begegnet werden. Die Anstalt wird überdies durch Einführung eines entsprechenden Überwachungsdienstes gegen die übertriebene Beiziehung von Ärzten auch noch weiter Vorsorge treffen müssen.

Eine besondere Beachtung findet in der Vorlage die Schaffung und Ausgestaltung des Heilstättenwesens, in der ja schon die Krankenversicherung der Arbeiter beispielgebend vorangeht. Wenn es der Anstalt, wie zu erhoffen, gelingt, die richtige Mitte zwischen Großzügigkeit und Sparsamkeit einzuhalten, wird die Heilstättenpflege nicht wenig dazu beitragen, die von der Versicherung zu erwartende Hebung der gesundheitlichen Verhältnisse der Staatsbeamtenchaft fördernd zu beeinflussen.

B. Besonderer Teil.

Zum Abschritte I: Kreis der Anspruchsberechtigten.

Der Kreis der durch die Sondereinrichtung für die Staatsbediensteten gegen Krankheit Versicherten, der nach den „Leitföhren“ nur die aktiven pragmatischen Zivilstaatsbediensteten umfassen sollte, hat infolge des Drängens der Beteiligten im Verlaufe der Vorarbeiten eine beträchtliche Erweiterung erfahren. Durch ihre Organisationen verlangten neben den pragmatischen die Vertragsangestellten, neben den aktiven die Beamten des Ruhestandes, neben den Beamten des Staates auch jene der öffentlichen Fonds und schließlich neben den Bediensteten der Zivilverwaltung auch die Militärpersonen in die neue Einrichtung einzbezogen zu werden. Die Vorlage trägt diesen Wünschen weitgehend Rechnung.

Vor allen wurde die Beschränkung auf die pragmatischen Angestellten fallen gelassen. Die Ausdrücke „Dienstverhältnis“ und „Dienstbezug“ (§ 1) sind also nicht etwa in einer einschränkenden technischen Bedeutung auszulegen. Vielmehr ist es unentscheidend, ob eine Dienstordnung oder ein Vertrag die rechtliche Grundlage des Dienstverhältnisses, ob das Dienstverhältnis ein dauerndes ist oder ob es als ein lediglich provisorisches oder vorbereitendes (Auskultanten, Praktikanten) widerrufen oder aufgelöst werden kann, und ebenso ist es unentscheidend, welche Bezeichnung die Entlohnung in den Gehaltsvorschriften oder Vertragsbestimmungen führt. Unerlässliche Voraussetzung für die Begründung der Versicherung ist es nur, daß der Bezug oder Genuß auf einem Dienstverhältnisse zum Staate oder zu einem staatlich verwalteten öffentlichen Fonds beruht. Unter dem Begriff „Staat“ (§ 1) wird sowohl die Republik Österreich als auch das ehemalige Kaiserthum Österreich sowie die ehemalige österreichisch-ungarische Monarchie verstanden.

Allerdings konnten nicht alle Bediensteten des Staates ohne Ausnahme, sondern nur insoweit der Sondereinrichtung zugeführt werden, als sie nicht einer mit Krankengeld ausgestatteten Versicherung bedürfen. Ein solches Bedürfnis muß für jene angenommen werden, die im Krankheitsfalle nicht eben solange Anspruch auf Fortzahlung ihres Lohnes haben, als die Arbeiterkassen jedenfalls gesetzlich zur Gewährung von Krankengeld verpflichtet sind. Nach diesem Merkmal werden demnach die

Staatsbediensteten in zwei Gruppen geschieden, deren eine durch die Sondereinrichtung und deren andere durch die Arbeiterfrankenklassen versichert ist. In die zweite Gruppe werden auch die Kanzleihilfen gehören. Nach § 76 der Gesamtministerialverordnung vom 25. Jänner 1914, R. G. Bl. Nr. 21, werden diesen Angestellten im Falle der Krankheit die Taggelder nur während der ersten drei Monate ihrer Krankheit im vollen Ausmaß und in den nächsten zwei Monaten um 25 vom Hundert gekürzt ausgezahlt. Mit dem Ablaufe des fünften Monats wird das Taggeld eingestellt. Die Kanzleihilfen werden also in die Sondereinrichtung nur in dem Falle eintreten, daß ihnen durch eine Änderung des angezogenen § 76 die Fortzahlung des Taggeldes durch sechs Monate gesichert wird.

Mit der Einbeziehung der Beamten des Ruhestandes, der Witwen und Waisen geht die Vorlage noch über den Grundsatz der fünften Krankenversicherungsnovelle, alle unselbstständig Erwerbstätigen der Krankenversicherung zu unterwerfen, hinaus, indem sie die Versicherungspflicht von solchen Personen ausspricht, die nicht oder nicht mehr erwerbstätig sind. Den Dienstgeber nach Aufhören des Dienstverhältnisses zur Krankenfürsorge heranzuziehen, ist aber nicht ein völlig neuer Gedanke. Vielmehr gewährt der Staat schon bisher im Bereich der Staats- und Fonds-güterverwaltung den provisionierten Forstarbeitern einzelner Forstbereiche und deren Angehörigen die unentgeltliche ärztliche Behandlung und auch in Bergwerksbruderkassen haben die Provisionisten Anspruch auf Krankenunterstützung. Zur Versorgungspflicht tritt also eine neue aus dem Dienstverhältnis abgeleitete, aber über dessen Dauer hinaus wirkende Verpflichtung des Dienstgebers.

Diese Verpflichtung zur Krankenfürsorge kann nur im selben Umfange bestehen, in dem die Republik Österreich sich endgültig als zur Versorgung verpflichtet bekannt hat. Soweit eine Versorgung nur vorläufig gewährt wird, bis die im Friedensvertrage von St. Germain vorgenommenen Vereinbarungen zustande gekommen sind, kann die Republik Österreich Lasten für die Krankenfürsorge nicht übernehmen, weil der Rückersatz solcher Auswendungen keineswegs mit derselben Sicherheit erwartet werden kann wie der Ersatz des Versorgungsaufwandes. Den endgültig in die Versorgung der Republik Österreich übernommenen Personen werden Erhöhungen ihrer Versorgungsansprüche eingeräumt. Für einzelne Gruppen ist dies durch das Pensionistengesetz vom 18. März 1920, St. G. Bl. Nr. 132, geschehen, für andere Gruppen ist eine ähnliche Regelung durch Vollzugsanweisung nach § 13 a dieses Gesetzes in Aussicht gestellt. Nur insofern eine solche Erhöhung erfolgt, soll auch die Versicherung begründet sein (§ 2, Absatz 2, Z. 2). Um den Kreis der Versicherten ohne Finanzpräferenz der Gesetzgebung diesem Prozesse anpassen zu können, wird die Bezeichnung der von der Versicherung ausgenommenen Gruppen der Vollzugsanweisung überlassen. Die Erhöhung von Ruhe- oder Versorgungsgenüssen in Form einer Beihilfe bedeutet nicht die endgültige Übernahme der Versorgung, weshalb auch die Ausschließung solcher Personen, deren Genüsse in dieser Form erhöht werden, vorzusehen war.

Die ungünstige wirtschaftliche Lage und die vorzeitigen Pensionierungen besonders der Berufsmilitärpersonen nötigen in immer steigendem Maße Ruheständler und Hinterbliebene zur Lohnarbeit. Eine Konkurrenz zwischen der Sonderversicherung und der Arbeiterversicherung wird nach dem Wirkamkeitsbeginne der fünften Krankenversicherungsnovelle aber nur noch dann entstehen, wenn die Lohnarbeit den Haupterwerb darstellt. In solchen Fällen werden billig die Beitragslasten nicht der Staat, sondern der Arbeitgeber und die Krankheitsgefahr nicht die Sondereinrichtung gegen die Beitragsleistung von den geringen staatlichen Versorgungsgenüssen, sondern die Arbeiterfrankenklassen gegen die Beitragsleistung von dem in der Regel weit höheren Arbeitslohn zu tragen haben (§ 2, Absatz 3).

Der autonome Landesdienst kann, da im Dienstverhältnisse durch das Gesetz vom 14. November 1918, St. G. Bl. Nr. 24, eine Änderung nicht eingetreten ist, nicht als ein Dienstverhältnis zum Staat im Sinne der Vorlage angesehen werden. Auch steht der Anspruch auf Bezüge und Genüsse auf Grund eines solchen Dienstes nicht gegenüber der Republik Österreich, sondern gegenüber dem betreffenden Lande zu und begründet daher nicht die Versicherung. Das gleiche muß für Genüsse, die nicht normalmäßig, sondern lediglich gnadenweise gewährt werden, aus dem Grunde bestimmt werden, weil die Beiträge von diesen in der Regel sehr geringen Genüssen für die Versicherungsleistung zu wenig Deckung bieten würden.

Die Frage der Einbeziehung der Militärpersonen wurde erst in einem sehr späten Zeitpunkte der Vorarbeiten aufgeworfen und erregte bei den Staatsbedienstetenorganisationen, so sehr diese ihren Kollegen aus dem Militärdienst eine gleichwertige Fürsorge wünschen, aus dem Grunde nicht geringe Bedenken, weil die aktiven Militärpersonen wegen der erhöhten Schadensgefahr und die Ruheständler und Hinterbliebenen wegen der bei den vorzeitigen Pensionierungen verhältnismäßig geringen Genüsse noch mehr als die Zivilpensionisten das Risiko verschlechtern und ihr Eintritt den aktiven Zivilstaatsbediensteten materielle Opfer in Form erhöhter Beiträge auferlegen würde. Die Entschließung des Heeresamtes, für die Wehrmänner eine militärische Sanitätspflege einzurichten, behob die Versicherungsbedürftigkeit der

867 der Beilagen. — Konstituierende Nationalversammlung.

17

zahlreichsten Gruppe dieser schlechten Risiken und beseitigte schließlich den grundsätzlichen Widerstand der Staatsbedienstetenorganisationen. Es wird sohin vorgeschlagen, die Militärpersonen in die Versicherung grundsätzlich einzubeziehen und nur die Wehrmänner ex lege auszunehmen (§ 2, Absatz 1, Punkt 2). Doch soll die Ausscheidung weiterer Gruppen durch Vollzugsanweisung in dem Umfange zulässig sein, als etwa die militärische Sanitätspflege auf solche Gruppen ausgedehnt wird (§ 2, Absatz 2, Punkt 3). Die Ruheständler und Hinterbliebenen sollen an der Versicherung im selben Umfange teilnehmen, wie die Ruheständler und Hinterbliebenen aus dem Zivilstaatsdienste (§ 2, Absatz 2, Punkt 2).

Von den Bediensteten der Staatsbahnen und der übrigen Staatsbetriebe sind jene, die nicht mit festem Gehalt angestellt sind, schon heute in den Betriebskrankenkassen auf Grund gesetzlichen Zwanges versichert und diesen Kassen gehören auch zahlreiche Festangestellte als freiwillige Mitglieder an. Ein Wunsch nach Eintritt in die Sondereinrichtung der Staatsbediensteten ist in diesen Kreisen bisher nicht laut geworden. Die Bediensteten der Staatsbetriebe sollen also zwar grundsätzlich durch die Sondereinrichtung versichert sein, aber durch Vollzugsanweisung in dem Umfange von der Versicherung ausgenommen werden, als Betriebskrankenkassen für sie bestehen bleiben oder geschaffen werden (§ 2, Absatz 2, §. 1).

Für die Versicherung entscheidend ist nicht die Tatsache der Dienstleistung, sondern der Bestand des Gebührenanspruchs. Auch während eines Urlaubes oder einer Beurlaubung mit Wartegebühr kann ja der Staatsbedienstete nicht ohne Schutz im Falle der Krankheit bleiben. Ein mit Verzicht auf die Gebühren beurlaubter Beamter dagegen ist nicht versichert und wird ja auch dieses Schutzes selten bedürftig sein.

Eine freiwillige Mitgliedschaft oder die freiwillige Fortsetzung der Mitgliedschaft kann zur Vermeidung einer Auslese der schlechten Risiken nicht zugelassen werden. Es gibt also nur Pflichtmitglieder.

Das wirtschaftliche Gleichgewicht im Haushalte des Staatsbediensteten wird oft durch Krankheiten seiner Angehörigen in höherem Maße als durch eigene Krankheit bedroht und soll durch die Versicherung auch gegen diese Gefahr geschützt werden. Wie in der Familienversicherung der Arbeiter, ergibt sich also neben den Versicherten eine zweite Gruppe von Anspruchsberechtigten, für die die Bezeichnung „Anstaltsangehörige“ vorgeschlagen wird (§ 3). Sie sind nicht beitragspflichtig und haben auch keine Mitgliedsrechte, sondern nur die ihnen in der Vorlage eingeräumten Unterstützungsansprüche. Die Absteckung des Umfanges der Anstaltsangehörigkeit war — abgesehen von den Wünschen der Staatsbediensteten — von der Absicht geleitet, nach Möglichkeit die Übereinstimmung mit dem Kreise der in die Versorgung des Staates fallenden Hinterbliebenen von Staatsbediensteten herzustellen. Unter „Verwandten“ (§ 3, Absatz 2, §. 3) werden auch die unehelichen Kinder eines Mannes verstanden.

Zum Abschritte II: Leistungen.

Auf die Unterschiede gegenüber der Arbeiterversicherung wurde bereits im allgemeinen Teile hingewiesen. Ergänzend wird noch folgendes bemerkt: Die durch die Sondereinrichtung gebotene Krankenhilfe soll zeitlich unbeschränkt sein. Nach den in der Arbeiterversicherung gemachten Erfahrungen ist die Festsetzung einer längsten Unterstützungsduer für die Krankenhilfe bei den Arbeiterkrankenkassen nach der bestehenden Praxis kaum von Wirkung und der Verzicht auf diese Beschränkung ist finanziell ohne Gefahr. Die vorge sehene erweiterte Heilbehandlung (§ 11) besteht in der Ermöglichung von Hauspflege, Genesenden- und Wöchnerinnenpflege, von Landaufenthalt und Heilstättenpflege. Allerdings kann erweiterte Heilbehandlung von der Versicherungsanstalt nur nach Zulässigkeit ihrer finanziellen Lage eingerichtet und ausgebaut und nur in dem Umfange der zu Gebote stehenden Behandlungsmöglichkeiten gewährt werden.

Die in der Einleitung erwähnte Arztabgabe ist in der Vorlage nicht ziffermäßig bestimmt, weil nur die Erfahrung lehren kann, wie hoch sie sein muss, um einer übermäßigen Anspruchsnahme der Arzthilfe zu begegnen. Doch sagt die Vorlage (§ 6) ausdrücklich, daß sie nicht höher sein darf, als dieser Zweck es notwendig macht. Es sollen also nicht etwa durch Anspannung der Arztabgabe die Kosten der Arztbehandlung zu einem nennenswerten Teil auf die Anspruchsberechtigten überwälzt werden. Die Arztabgabe ist als Ordnungsmaßnahme gedacht und darf nicht eine Sanierungsmaßnahme werden.

Wie die Arbeiterkrankenkassen, so soll auch die Krankenversicherungsanstalt der Staatsbediensteten frei in der Entschließung sein, ob sie die Arzneien und Verbandmittel nur in den Grenzen der Ordinations- und Dispensationsnorm vom 10. Dezember 1906, R. G. Bl. Nr. 235, beistellen oder ob sie auch in dieser Norm nicht vorgesehene Mittel und Arzneiformen, Zubereitungs- und Verabfolgungsarten zulassen will (§ 7, Absatz 2). Volle Freiheit soll die Versicherungsanstalt auch in der Beschaffung der Medikamente genießen und es kann ihr insbesondere wie den Arbeiterkrankenkassen der Betrieb eigener Anstaltsapotheke gestattet werden (§ 7, Absatz 1).

Die mit den Ärzten geführten Verhandlungen berechtigen zu der Hoffnung, daß ein vertragloser Zustand, der die Anstalt zur Ersetzung der Arzthilfe durch Geldleistungen zwingen würde (§ 8, Absatz 2), nicht eintreten wird.

Zur Unterbringung eines Erkrankten in einer Krankenanstalt soll die Versicherungsanstalt nur unter besonderen Voraussetzungen verpflichtet sein und umgekehrt sind die Bedingungen, unter denen der Erkrankte sich in einer Krankenanstalt behandeln lassen muß, und die Folgen seines Ungehorsams bestimmt umschrieben (§ 9). Das Verhältnis der Versicherungsanstalt zu den öffentlichen Krankenanstalten ist wie in der Arbeiterversicherung geregelt (§ 10).

Die Wöchnerinnenunterstützung (§ 12) wird in einem ähnlichen sachlichen und zeitlichen Umfange vorgeschlagen, wie sie leistungsfähige Arbeiterkassen gewähren. Sie umfaßt Wochengeld, das jeder versicherten oder anstaltsangehörigen Mutter ohne jede Voraussetzung durch zwei Monate nach der Entbindung zusteht, ferner, wie in der Arbeiterversicherung Stillprämien, auf die selbststillende Mütter nach Ablauf dieser zwei Monate durch längstens einen weiteren Monat Anspruch haben, endlich ein in der Arbeiterversicherung als fakultative Leistung vorgesehenes Schwangerengeld, das durch einen Monat vor der Entbindung nur bei besonderer Belastung des Haushaltes gebühren soll. Diese Leistungen sind hier nicht wie in der Arbeiterversicherung als Ersatz für entgangenen Lohn, sondern als Beihilfe zur Deckung des erhöhten Aufwandes gedacht.

Bei der Erlassung der Krankenordnung (§ 14) wird die Mitwirkung der ärztlichen Mitglieder des Hauptvorstandes von besonderem Werte sein. Die disziplinäre Entziehung der Unterstützung (§ 14, Absatz 1) ist der Verweigerung einer Leistung gleichzuhalten und kann wie eine solche durch Klage beim Schiedsgericht oder, wenn es sich um eine Leistung nach § 11 handelt, durch Beschwerde an das Staatsamt für soziale Verwaltung angefochten werden. Der Anstalt gehören auch Personen an, auf die der Versicherte möglicherweise keinen genügenden Einfluß hat. Er wird daher für einen Missbrauch der Anstaltseinrichtungen durch diese Personen nur dann haftbar gemacht, wenn ihn daran ein Verschulden trifft. Da aber der Anstalt der Beweis des Verschuldens in der Regel unmöglich sein würde, muß die Beweislast wohl dem Versicherten auferlegt werden (§ 14, Absatz 2). Die einem Versicherten auferlegten weiteren Beiträge sind Versichertenbeiträge und wie diese nach § 18 durch monatliche Abzüge von den Bezügen des Versicherten einzubringen. Durch die Disziplinarbestimmung des § 14 ist natürlich die Zulässigkeit der strafgerichtlichen Verfolgung nicht berührt.

Der § 15 regelt die Fälle, in denen ein nach der Vorlage zustehender Anspruch mit ähnlichen Ansprüchen zusammentrifft.

Zum Abschnitte III: Aufbringung der Mittel.

Über das wahrscheinliche Erfordernis zur Deckung der Kosten gibt die unter C folgende Kostenabschätzung Aufklärung. Das gesamte Jahreserfordernis wird dort auf 60 Millionen Kronen geschätzt. Es soll durch Beiträge der Versicherten und des Dienstgebers aufgebracht werden (§ 16). Die Staatsbediensteten verschließen sich nicht der Notwendigkeit, zu den Kosten der Versicherung aus eigenen Mitteln beizutragen, die Eigenart des Dienstverhältnisses rechtfertigt aber eine gegenüber der Arbeiterversicherung erhöhte Heranziehung des Dienstgebers, weshalb die Aufteilung der Last nach dem Verhältnisse 1 : 1 vorgeschlagen wird (§ 17, Absatz 2).

Die Veranschlagung des Beitragssatzes erfolgt in einem für alle Versicherten gleichen Hunderteile der Bezeichungsgrundlage (§ 17, Absatz 1). Von einer Beitragsabstufung etwa nach der Krankheitsgefahr, nach dem Geschlechte oder nach dem Familienstande wird abgesehen. Es wird also insbesondere die höhere Krankheitsgefahr der Ruheständler und Witwen von der ganzen Versicherungsgemeinschaft zu tragen sein.

Die Einheitlichkeit des Beitragssatzes bewirkt eine Steigerung der Beiträge im geraden Verhältnisse zu dem als Bezeichungsgrundlage dienenden Dienstinkommen. Die Bediensteten mit höheren Bezügen werden sohin absolut mehr beizutragen haben als die minderentlohten Bediensteten. Von den Leistungen erfahren nur das Sterbegeld und die Wöchnerinnenunterstützung eine Steigerung nach dem Verhältnisse der Beiträge, während die ausschlaggebende Leistung, nämlich die Krankenhilfe, grundsätzlich allen Versicherten ohne jeden Unterschied in Art und Menge geboten werden muß. Auch die tatsächliche Inanspruchnahme der Krankenhilfe dürfte bei den Bediensteten mit höherem Dienstinkommen nicht merkbar und dauernd erhöht sein. Die Kosten der Krankenhilfe werden also wie in der Arbeiterversicherung zum Teile von den minderentlohten auf die höherentlohten Versicherten abgewälzt.

Für den Beitragssatz wird, um jede Beunruhigung der für die Versicherung in Betracht kommenden Personen von vornherein zu vermeiden, ein gesetzliches Maximum vorgeschlagen (§ 17, Absatz 1).

867 der Beilagen. — Konstituierende Nationalversammlung.

19

Es kann mit drei Prozent bemessen werden, weil nach der Kostenabschätzung ein Satz von zwei Prozent zur Deckung der Pflichtleistungen zunächst ausreichen dürfte.

Die Bemessungsgrundlage wird nach oben nicht begrenzt, es sollen daher auch die höchsten Bezüge ungekürzt einbezogen werden. Hierdurch wird die bereits erwähnte Abwälzung der Kosten für die Krankenhilfe gegenüber der Arbeiterversicherung noch bedeutend verstärkt. Grundsätzlich soll der gesamte aus dem Dienstverhältnisse gebührende Bezug des Versicherten in die Bemessungsgrundlage fallen, soweit er im vorhinein festgesetzt und stehend ist. Welche Arten der Bezüge im einzelnen dazu gehören, wird durch Vollzugsanweisung zu bestimmen sein.

Für den Fall als wider Erwarten auch mit dem Beitrags Höchstsatz das Auslangen nicht gefunden werden sollte, soll die Sanierung in zwei Etappen und zwar zunächst durch Sparmaßnahmen in der Verwaltung und durch Verbesserung der Krankenkontrolle und im Falle des Versagens dieser Maßnahmen durch eine Einschränkung der über das im § 4 bezeichnete Mindestmaß hinausgehenden Leistungen versucht werden (§ 19). Die Pflichtleistungen des § 4 können nicht eingeschränkt werden. Genügen alle diese Vorkehrungen nicht, um den Anstaltshaushalt ins Gleichgewicht zu bringen, so muß die Gesetzgebung Abhilfe schaffen.

Zum Abschnitte IV: Verwaltung.

Es deckt sich durchaus mit den Wünschen der Bediensteten, wenn nicht der Staat oder ein staatliches Zweckvermögen, sondern eine Einrichtung mit eigener Rechtspersönlichkeit als Träger der Versicherung vorgeschlagen wird (§ 21, Absatz 1). Die Einheit dieses Versicherungsträgers für das ganze Staatsgebiet ist unerlässlich, damit eine nicht in der Natur der Sache begründete örtlich verschiedene Entwicklung der Versicherung möglichst erschwert und die Einheitlichkeit der Versicherungsbedingungen als eines Teiles der notwendig einheitlichen Dienstbedingungen der Staatsangestellten verbürgt werde. Durch Einrichtung örtlicher Verwaltungsorgane in den Ländern und durch den Eintritt länderweise gewählter Versichertenvertreter in diese Organe wird einer den Bedürfnissen der Krankenversicherung abträglichen Zentralisierung wohl zur Genüge vorgebeugt. Auch der zentrale Verwaltungskörper würde nicht bürokratisch organisiert, vielmehr wird so wie für die örtliche Verwaltung auch für die zentrale Verwaltung die Leitung durch einen autonomen Vorstand in Aussicht genommen (§ 21, Absatz 2).

An der Verwaltung sind zunächst die Versicherten und der Staat als Arbeitgeber interessiert. Diesen beiden Interessenten werden entsprechend der Verteilung der Beitragslast die Stimmen in den autonomen Verwaltungskörpern gleichmäßig zugewiesen. Einer von der Ärzteschaft ausgewählten und von der Staatsbeamtenchaft sympathisch aufgenommenen Anregung entsprechend, wird auch der Ärzteschaft eine Vertretung in der Verwaltung eingeräumt, indem sie zwei Vertreter mit beratender Stimme in den Hauptvorstand entsenden kann. Selbstverständlich kann eine solche Vertretung nur so lange in Betracht kommen, als die Ärzteschaft ein begründetes Interesse an der Verwaltung hat, das heißt so lange die Ärzte sich der Anstalt als Vertragsärzte zur Verfügung stellen (§ 21, Absatz 3).

Die Eigenart des Versichertenmaterials läßt die von den Staatsbedienstetenorganisationen nachdrücklich geforderte Unmittelbarkeit der Wahlen in die Vorstände zu. Zur Sicherung eines innigen Zusammenarbeitens der Landesvorstände mit dem Hauptvorstand ist aber auch der Eintritt von mittelbar durch die Landesvorstände gewählten Versichertenvertretern in den Hauptvorstand nicht zu entbehren. Die Vorlage bringt deshalb als mittlere Linie eine gemischte Zusammensetzung des Hauptvorstandes durch unmittelbare und mittelbare Wahl in Antrag (§ 22, Absatz 1). Die Landesvorstände können ohne Einschränkung unmittelbar durch die Versicherten gewählt werden. Wenn die Einrichtung dauernd die Zufriedenheit ihrer Mitglieder genießen soll, muß für eine Vertretung aller nach wichtigen gemeinsamen Interessen gegliederten Gruppen gesorgt werden. Um dies zu ermöglichen, wird im Einklang mit dem von den Staatsbedienstetenorganisationen geäußerten Wunschen die Wahl in Wahlkörpern vorgeschlagen, die nach dem Dienstzweige oder nach dem Verwaltungsbereich abzugrenzen sind. Der Begriff „Dienstzweig“ ist derselbe wie in § 36, Absatz 4, der Dienstpragmatik vom 25. Jänner 1914, R. G. Bl. Nr. 15, und gliedert die Bediensteten im wesentlichen nach ihrer Vorbildung, der Begriff „Verwaltungsbereich“ gliedert sie nach dem Ressort oder nach selbständigen Verwaltungsgebieten von Ressorts.

Die Staatsvertreter im Hauptvorstande sollen je zur Hälfte durch das Staatsamt für Finanzen als Vertreter des Dienstgebers und durch das Staatsamt für soziale Verwaltung als das fachlich zuständige Ressort entsendet werden (§ 23, Absatz 1). Diese Aufteilung deckt sich mit den Wünschen der Staatsbedienstetenorganisationen. Bei Auswahl der Staatsvertreter wird selbstverständlich auch darauf gesehen werden, daß der Hauptvorstand jedenfalls ärztlich beraten ist. Die Vertretung des Staates in den Landesvorständen ist den für den Hauptvorstand beobachteten Grundsätzen nachgebildet.

Die Verwaltungsbefugnisse wurden zwischen dem Hauptvorstand und den Landesvorständen nach dem Geschäftspunkt aufgeteilt, ob das Bedürfnis nach einheitlicher oder örtlicher Verwaltung das stärkere ist. Unerlässlich scheint eine mit den Verhältnissen an Ort und Stelle vertraute Verwaltung bei der Entscheidung über die Ansprüche zu sein, weshalb dieses Geschäft den Landesvorständen zugewiesen wird. Nur die Entscheidung über die Zuerkennung erweiterter Heilbehandlung, die ja nur nach Maßgabe der zur Verfügung stehenden Einrichtungen gewährt werden kann, soll dem hierüber allein genügend unterrichteten Hauptvorstande vorbehalten sein. Autonom sind die Landesvorstände außerdem noch bei der Auswahl ihrer Angestellten. Alle anderen Angelegenheiten fallen in die Kompetenz des Hauptvorstandes, doch soll diese Kompetenz keine zwingende sein, vielmehr kann nach den Bedürfnissen einer zweckmäßigen Verwaltung die Verwaltungsbefugnis der Landesvorstände durch die Satzungen erweitert und es können den Landesvorständen auch darüber hinaus noch durch Beschluß des Hauptvorstandes Gruppen von Geschäften oder einzelne Geschäfte zugewiesen werden (§§ 24, 25).

Im Rahmen des Gesetzes werden die Satzungen die Einrichtung auszubauen, die Einzelheiten zu regeln und Lücken auszufüllen haben. Die Satzungen müssen, sobald die Versicherung wirksam wird, bereits vorhanden sein, können also nicht autonom errichtet, sondern müssen erstmalig von der Behörde aufgestellt werden (§ 26). Satzungsänderungen dagegen fallen in die Kompetenz des Hauptvorstandes, bedürfen aber der staatlichen Genehmigung (§ 29, Absatz 2, Z. 1). Eine Geschäftsordnung soll jeder Vorstand bei seinem Zusammentritte bereits vorfinden. Auch die ersten Geschäftsordnungen werden daher von der Behörde errichtet. Später können sie mit ihrer Zustimmung abgeändert werden (§ 26).

Die sachlichen und persönlichen Erfordernisse des Betriebes sollen nicht nach Art der Betriebsfrankenkassen vom Dienstgeber beige stellt werden, die Anstalt wird hierfür aus eigenen Mitteln aufkommen und die erforderlichen Maßnahmen selbstständig treffen müssen. Nur auf die Auswahl der leitenden Beamten soll ähnlich wie in der Unfallversicherung und der Pensionsversicherung der Angestellten der Staatsverwaltung ein durch ihr Interesse an der Einrichtung vollauf begründeter Einfluß zustehen (§ 27).

Die fakultative Einführung einer Meldepflicht und die Verpflichtung der Staatsbehörde zur Mitwirkung bei der Durchführung des Gesetzes sollen der Anstalt insbesondere die Evidenzführung der Versicherten und Anstaltsangehörigen erleichtern (§ 28). Die Staatsaufsicht ist den analogen Bestimmungen der Arbeiterversicherung nachgebildet (§§ 29, 30).

Zum Abschnitt V: Schlüßbestimmungen.

Die Übertragung oder Verpfändung der den Anspruchsberechtigten aus der Versicherung zustehenden Ansprüche muß ebenso wie die exekutive Pfändung als mit dem Zwecke der Versicherung unvereinbar ausgeschlossen sein (§ 31). Eine Ausnahme kann auch nicht zugunsten von Forderungen Unterhaltsberechtigter eingeräumt werden, weil das für einen solchen Zugriff allein taugliche, als Lohnersatz anzusehende und daher für den Unterhalt der Alimentationsberechtigten mit Grund heranzuziehende Krankengeld der Arbeiterversicherung fehlt.

Gegen die Entscheidungen der Landesvorstände über Ansprüche auf die Pflichtleistungen kann mit Ausschluß der ordentlichen Gerichte Abhilfe durch Klage bei dem am Sitz des betreffenden Landesvorstandes bestehenden Schiedsgerichte, also bei Spezialgerichten gesucht werden, die durch ihre Zusammensetzung Sicherheit für eine der Eigenart dieser Streite entsprechende Rechtspflege bieten (§ 32). Dieselbe Erwagung ist für den Vorschlag maßgebend, diesen Spezialgerichten die Entscheidung über die zwischen den Vertragsärzten und der Versicherungsanstalt aus dem Vertragsverhältnisse entstehenden Streitigkeiten und über die Beschwerden wegen disziplinärer Beitragserhöhungen zu übertragen. Die Ausübung des Klage- und Beschwerderechtes kann nicht ohne zeitliche Beschränkung zustehen, muß also an eine Frist geknüpft sein, deren Begrenzung mit der Regelung der Bescheidspflicht der Versicherungsanstalt im Zusammenhange steht und daher wie diese den Satzungen zu überlassen ist.

Obwohl das Bedürfnis nach einer einheitlichen Rechtsprechung dafür spräche, soll die Schiedsgerichtsbarkeit nicht zentral, sondern länderweise organisiert werden, um dem Rechtssuchenden nach Möglichkeit Zeit und Kosten zu sparen. In den Schiedsgerichten sollen die an der Versicherung beteiligten Kreise, soweit ihre Interessen berührt sind, vertreten sein. Eine rechtskundige und unabhängige Leitung wird durch die Person des Vorsitzenden verbürgt, der zur Ausübung des Richteramtes befähigt sein muß (§ 33).

Für zwei Gruppen von Streitigkeiten aus den durch das Gesetz geschaffenen Beziehungen wird eine andere Sonderjudikatur vorgesehen (§ 34): Beschwerden über die Gewährung von Leistungen der erweiterten Heilbehandlung nach § 11 eignen sich nicht zur Entscheidung durch die Schiedsgerichte, weil

867 der Beilagen. — Konstituierende Nationalversammlung.

21

ein Rechtsanspruch auf solche Leistungen, die ja nur nach Maßgabe der vorhandenen Einrichtungen gewährt werden können, überhaupt nicht besteht. Derartige Beschwerden sollen daher im Verwaltungswege von dem fachlich zuständigen Staatsamte für soziale Verwaltung entschieden werden. Außerdem sind der Judikatur dieses Staatsamtes die Streitigkeiten zugewiesen, die zwischen der Versicherungsanstalt und gewissen Körperschaften und Versicherungssträgern über den Ersatz geleisteter Krankenunterstützungen entstehen, und zwar in der Erwägung, daß die Berücksichtigung aller in Betracht kommenden Parteien bei der Zusammensetzung des Schiedsgerichtes mit bedeutenden Schwierigkeiten verbunden wäre.

Die Krankenversicherungsanstalt der Staatsbediensteten ist schon nach ihrer Organisation und ihrem Zwecke von der Erwerbsteuer und auf Grund der vom Staate zu leistenden Beiträge von der Fassionsrentensteuer befreit. Dazu gewährt die Vorlage der Anstalt noch die Stempel- und Gebührenfreiheit und die Begünstigungen des Gesetzes vom 15. April 1885, R. G. Bl. Nr. 51, welche Privilegien auch die Arbeiterkassen genießen.

Die Notlage der Staatsbediensteten erheischt besondere Eile bei der Organisation der neuen Einrichtung. Um den unverzüglichen Beginn der vorbereitenden Arbeiten zu ermöglichen, sollen daher die darauf bezüglichen Bestimmungen schon mit dem Tage der Kundmachung in Wirksamkeit treten. Die Einrichtung der neuen Anstalt ist binnen sechs Monaten durchzuführen, nach welcher Frist die Versicherung spätestens wirksam wird.

C. Schätzung der Kosten.

Die Kosten der Versicherung sind durch die Zahl der Mitglieder und das durchschnittliche Jahreserfordernis für ein Mitglied bestimmt. Während die Zahl der Mitglieder annähernd bekannt ist, läßt sich der auf ein Mitglied im Durchschnitt entfallende Versicherungsaufwand nur unverbindlich unter Zuhilfenahme der auf dem Gebiete der obligatorischen Krankenversicherung in Österreich gewonnenen Erfahrungen schätzen.

Die nach § 1 des vorliegenden Entwurfes in die Versicherung einzubeziehenden Kategorien von Staatsbediensteten gliedern sich nach der Art des Dienstverhältnisses in die drei Gruppen:

1. Pragmatische Beamte (Gagisten), Unterbeamte und Diener,
2. vertragsmäßig Angestellte,
3. Arbeiter.

Eine amtliche Zählung nach dem Stande vom 1. Mai 1919 hat für diese Gruppen folgende Bedienstetenzahlen ergeben:

1. Pragmatisch Angestellte:	
a) des staatlichen Verwaltungsdienstes (einschließlich der Monopolbetriebe)	38.000
b) der Post	20.000
c) der Staatsbahnen	35.000
d) der Wehrmacht (Offiziere, Unteroffiziere und Zivilangestellte)	7.000*
	zusammen 100.000
2. Vertragsmäßig Angestellte:	
a) des staatlichen Verwaltungsdienstes (einschließlich der Monopolbetriebe)	9.000
b) der Post	4.000
c) der Staatsbahnen	2.000
	zusammen 15.000
3. Arbeiter:	
a) des staatlichen Verwaltungsdienstes (einschließlich der Monopolbetriebe)	14.000
b) der Post	1.000
c) der Staatsbahnen	35.000
d) der Wehrmacht (Wehrmänner)	26.500*
	zusammen 76.500

*) In Betracht kommender Stand der neuen Wehrmacht.

Die unter 1 und 2 angeführten Personen (zusammen 115.000) erscheinen in ihrer Gesamtheit in die Versicherung einbezogen. Die in der Gruppe der Arbeiter angeführten Wehrmänner sind von der Versicherung nach diesem Gesetz ausgenommen. Von den übrigen Arbeitern wird wegen der einschränkenden Bestimmung des § 1 (Weitergebühren der Dienstbezüge mindestens durch sechs Monate im Falle der Krankheit) nur ein verhältnismäßig kleiner Teil nach diesem Gesetz versichert sein. Schätzt man deren Zahl, einschließlich der durch die obige Zahlung nicht erfassten Fondsbeamten auf beiläufig 10.000, so ergibt sich die Zahl der aktiven Anstaltsmitglieder mit 125.000.

Die Zahl der einbezogenen Pensionisten, Witwen und Waisen kann auf rund 25.000 geschätzt werden. Die Anstalt würde hiernach insgesamt 150.000 Mitglieder, ohne versicherte Familienangehörige, umfassen. Für die Familienversicherung dürften ungefähr 250.000 Personen in Betracht kommen, was zusammen 400.000 Anspruchsberechtigte überhaupt ergibt.

Die jährlichen Kosten für ein Mitglied, einschließlich des Erfordernisses für die Familienversicherung, sind schätzungsweise mit 400 K zu veranschlagen. Dies führt bei 150.000 Kassenmitgliedern zu einem jährlichen Gesamtaufwande von 60 Millionen Kronen. Von diesem Betrage fällt je die Hälfte den Dienstgebern (Staat, Fonds) und den Versicherten zur Last. Die von den Mitgliedern zu tragenden Kosten sollen durch Beiträge aufgebracht werden, welche in Hundertteilen der beitragspflichtigen Dienstbezüge (Bemessungsgrundlage) zu bemessen sind. Das Ausmaß dieses einheitlichen Beitragssatzes ist durch das Verhältnis des halben im vorstehenden für ein Mitglied ermittelten durchschnittlichen Kostenerfordernisses zur durchschnittlichen Bemessungsgrundlage bestimmt. Die letztere dürfte 20.000 K betragen. Hiernach würde sich für die Mitglieder ein Beitragssatz von eins vom Hundert und bei Hinzurechnung des Dienstgeberbeitrages ein Gesamtbetrag von zwei vom Hundert der Bemessungsgrundlage zur Deckung der gesetzlichen Mindestleistungen als ausreichend erweisen. In diesem Beitragssatz erscheinen die Verwaltungskosten und das Erfordernis für die erweiterte Heilpflege noch nicht berücksichtigt. Der voraussichtliche Verwaltungsaufwand lässt sich im gegenwärtigen Zeitpunkte kaum zutreffend beurteilen, die Kosten der erweiterten Heilpflege aber werden vornehmlich davon abhängen, in welchem Zeitmaße und bis zu welchem Grade der Ausbau dieser Einrichtung vor sich gehen wird.