

II-31 der Beilagen zu den stenographischen Protokollen des Nationalrates
XI. Gesetzgebungsperiode

24.5.1966

8/A

A n t r a g

der Abgeordneten K u l h a n e k , Dr. M u s s i l , Dr. H a u s e r
und Genossen,

betreffend die Schaffung eines Bundesgesetzes über die Krankenversicherung
der in der gewerblichen Wirtschaft selbständig Erwerbstätigen (Gewerbliches
Selbständigen Krankenversicherungsgesetz - GSKVG.)

-.--.-.-.-

Die gefertigten Abgeordneten stellen den

A n t r a g :

Der Nationalrat wolle beschliessen:

Bundesgesetz vom über die Krankenversicherung der in der
gewerblichen Wirtschaft selbständig Erwerbstätigen (Gewerbliches Selbstän-
digen Krankenversicherungsgesetz - GSKVG.)

Der Nationalrat hat beschlossen:

ERSTER TEIL: ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN

Abschnitt I

Geltungsbereich und Aufgaben.

§ 1. (1) Dieses Bundesgesetz regelt die Krankenversicherung der im § 2
bezeichneten Personen und deren Familienangehörigen.

(2) Die Selbständigenkrankenversicherung trifft Vorsorge für die
Versicherungsfälle der Krankheit, der Arbeitsunfähigkeit infolge Krank-
heit, der Mutterschaft und des Todes sowie für die Verhütung von Krank-
heiten.

(3) Die Selbständigenkrankenkassen (im folgenden kurz Kassen genannt)
sind berechtigt, nach Massgabe der hiefür geltenden gesetzlichen Vor-
schriften, Kur-, Genesungs- und Erholungsheime zu errichten, zu erwerben
und zu betreiben. Diese Einrichtungen dürfen jedoch nur von den Kranken-
versicherten und deren Familienangehörigen in Anspruch genommen werden.

(4) Die Mittel der Selbständigenkrankenversicherung können auch
zur Förderung und Unterstützung von gemeinnützigen Einrichtungen, die der
Betreuung von Kranken oder der Verhütung von Krankheiten dienen, sowie für
Aufklärungs- und Informationszwecke verwendet werden, wenn hiedurch die Er-
füllung der in Abs.2 genannten Aufgaben nicht gefährdet wird.

Abschnitt II

Umfang der Versicherung.

1. Unterabschnitt.

Pflichtversicherung

Personenkreis.

§ 2. (1) Auf Grund dieses Bundesgesetzes sind, soweit es sich um natürliche Personen handelt, für die ein Pflichtbeschluss gemäss Abs.3 bis 8 gefasst wurde, in der Krankenversicherung pflichtversichert:

1. die Mitglieder der Kammern der gewerblichen Wirtschaft in den Bereichen der Sektionen Gewerbe, Handel, Verkehr und Fremdenverkehr;
2. die Gesellschafter einer offenen Handelsgesellschaft und die persönlich haftenden Gesellschafter einer Kommanditgesellschaft, sofern diese Gesellschaften Mitglieder einer der unter Z.1 bezeichneten Kammern sind;
3. die Bezieher einer Pension (Übergangspension) ausgenommen von Höher-versicherungspensionen, die von der Pensionsversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft ausbezahlt wird, wenn der Pension eine Erwerbstätigkeit auf Grund einer Berechtigung zugrunde liegt, die die Pflichtversicherung nach diesem Bundesgesetz begründet hatte und sofern die Pensionsbezieher nicht auf Grund des Bezuges einer Pension aus der Pensionsversicherung nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz, BGBl.Nr.189/1955, krankenversichert sind.

(2) Die Pflichtversicherung der im Abs.1 bezeichneten Personen wird durch Beschlüsse (Pflichtbeschlüsse) der Mitglieder der Fachgruppen (Landesinnungen, Landesgremien) beziehungsweise in jenen Bundesländern, in denen eine Fachgruppe nicht errichtet ist, der Mitglieder des entsprechenden Fachverbandes, die im betreffenden Bundesland eine kammerpflichtige Berechtigung besitzen, nach Massgabe der folgenden Absätze begründet.

(3) Die bis zum Wirksamkeitsbeginn dieses Bundesgesetzes auf Grund der bisher geltenden gesetzlichen Vorschriften im Bereich der im Abs.4 angeführten Interessenvertretungen bereits gefassten Pflichtbeschlüsse gelten in ihrem örtlichen und sachlichen Umfang als Pflichtbeschlüsse im Sinne dieses Bundesgesetzes. Eine auf Grund dieser Beschlüsse eingeführte Pflichtversicherung erstreckt sich weiterhin auf alle im Abs.1 genannten Personen, die nach diesem Zeitpunkt eine vom Pflichtbeschluss erfasste Berechtigung innehaben, die zum örtlichen und fachlichen Wirkungsbereich einer der im Abs.4 genannten Interessenvertretungen gehört beziehungsweise gehört hätte. Das gleiche gilt für Gesellschafter einer offenen Handelsgesellschaft und persönlich haftende Gesellschafter einer Kommanditgesellschaft, sofern diese Gesellschaften die vorstehenden Voraussetzungen erfüllen.

8/A

- 3 -

(4) Die gewerblichen Interessenvertretungen, die einen Pflichtbeschluss im Sinne der Absätze 2 und 3 gefasst haben, sind

1. die noch bestehenden Fachgruppen
 - a) Landesinnung Wien der Übernahmestellen für Chemischputzen, Waschen, Färben;
 - b) allgemeine Fachgruppe des Fremdenverkehrs der Kammer der gewerblichen Wirtschaft für Wien und
2. die bereits aufgelösten Körperschaften:
 - a) die Handwerkskammer für Wien, Niederdonau, Oberdonau, Salzburg, Steiermark und Kärnten, jedoch nur insoweit, als die innegehabte Berechtigung in die Handwerksrolle einzutragen war;
 - b) Wirtschaftsgruppen Wien und Niederdonau des Gaststätten- und Beherbergungsgewerbes;
 - c) Fachgruppen der Handelsvertreter und Handelsmakler, der Anzeigenvertreter sowie die der Fachgruppe/^{der} Makler, Verwalter und Vertreter im Grundstück- und Bauparwesen angehörenden Wohnungs- und Geschäftvermittler der Gauwirtschaftskammer für Wien;
 - d) Gremium der Wiener Kaufmannschaft beziehungsweise die Buchkaufmannschaft Wien;
 - e) Niederösterreichische Leichenbestatterzunft;
 - f) Handelsgremium Salzburg (Stadt);
 - g) Wiener allgemeine Gewerbege nossenschaft;
 - h) Genossenschaft der konzessionierten Informationsbüros in Wien;
 - i) Genossenschaft der Spiritus- und Essigerzeuger in Wien;
 - k) Genossenschaft der Wildbret- und Geflügelhändler in Wien;
 - l) Genossenschaften der Wiener Lastfuhrwerker und der Grossfuhrwerksbesitzer in Wien;
 - m) Allgemeine Gewerbege nossenschaft Trumau;
 - n) Allgemeine Gewerbege nossenschaft Hainburg;
 - o) Landesgewerbege nossenschaft der Baumeister für Salzburg;
 - p) Genossenschaften der Gastwirte für die politischen Bezirke St. Johann und Tamsweg sowie der Gerichtsbezirke Gastein und Werfen in Salzburg;
 - q) Kunstgewerbege nossenschaft in Salzburg (Stadt);
 - r) Genossenschaft der Lastfuhrwerker in Graz und Graz-Umgebung;
 - s) Genossenschaft der Gastwirte des Bezirksverbandes Deutschlandsberg;
 - t) Genossenschaft der Frächter des politischen Bezirkes Voitsberg;
 - u) Kollektivgenossenschaften Haus und Irnding des Bezirksverbandes Gröbming, Kollektivgenossenschaft Rottenmann des Bezirksverbandes Liezen;
 - v) Landesfachgenossenschaft der Sodawassererzeuger für Kärnten;

8/A

- 4 -

- w) Gewerbe-genossenschaften des Gerichtsbezirkes Paternion und Feldkirchen in Kärnten.

Personen, die auf Grund der Zugehörigkeit zu einer der in Z.2 lit.g bis w genannten ehemaligen Genossenschaften die Voraussetzung für die Pflichtversicherung erfüllen, unterliegen nur dann der Pflichtversicherung, wenn sie darüber hinaus noch als Gewerbetreibende im Sinne des Gewerbe-bundgesetzes, BGBl.Nr.269/1937, anzusehen wären.

(5) Unterliegen die Mitglieder einer Fachgruppe auf Grund der die Mitgliedschaft zu dieser Fachgruppe begründenden Berechtigungen nicht der Pflichtversicherung nach diesem Bundesgesetz, so hat eine Abstimmung der Mitglieder über ihre Einbeziehung in diese Pflichtversicherung stattzufinden, wenn der Fachgruppenausschuss es beschliesst oder 10 v.H. der abstimmungsberechtigten Mitglieder es schriftlich verlangen. Abstimmungsbe-rechtigt sind alle Personen, die am 1. Jänner des Kalenderjahres, in dem die Abstimmung stattfinden soll, Mitglieder der Fachgruppe sind.

(6) Die Abstimmung ist schriftlich durchzuführen. Hiebei dürfen nur von der Fachgruppe aufgelegte, an die Mitglieder zu versendende Vordrucke verwendet werden, deren Muster behördlich genehmigt sind; diese Genehmigung obliegt dem zuständigen Landeshauptmann. Der Vordruck hat die entsprechenden Angaben über Art und Umfang der Versicherungsleistungen und die Frist für die Stimmenabgabe, das heisst den Tag zu enthalten, an dem der unterfertigte Vordruck bei der Fachgruppe spätestens einzulangen hat. Diese Frist ist vom Fachgruppenausschuss festzusetzen; sie darf mit höchstens sechs Monaten, gerechnet vom Tage der Versendung der Vordrucke, bemessen werden. Die stimmberechtigten Mitglieder haben den Vordruck eigenhändig zu datieren und zu unterfertigen und dürfen bei sonstiger Ungültigkeit der Stimme keine Bedingungen oder Einschränkungen hinzufügen. Die Zustimmung ist unwiderruflich. Jedem stimmberechtigten Pflichtmitglied steht während einer mit mindestens einer Woche zu bemessenden Frist das Recht der Einsicht in die Abstimmungserklärungen zu. Diese Frist und der Ort der Einsicht müssen im Vordruck angegeben sein. Beschwerden über das Abstimmungsverfahren sind binnen zwei Wochen nach Ablauf der Einsichtsfrist bei der Fachgruppe einzubringen.

(7) Die Unterlagen der Abstimmung samt den etwa eingelangten Einsprüchen sind von der Fachgruppe dem zuständigen Landeshauptmann binnen einem Monat nach Ablauf der Einspruchsfrist vorzulegen. Die Einbeziehung in die Pflichtversicherung nach diesem Bundesgesetz gilt als beschlossen, wenn ihr mehr als die Hälfte der Mitglieder, die sich an der Abstimmung

8/A

- 5 -

gültig beteiligen, zugestimmt hat. Der Landeshauptmann hat das Ergebnis der Abstimmung festzustellen und in der amtlichen Landeszeitung kundzumachen.

(8) Unterliegen in einer Fachgruppe nur die Inhaber bestimmter Berechtigungen der Pflichtversicherung nach diesem Bundesgesetz, so hat eine Abstimmung sämtlicher Mitglieder, die andere Berechtigungen innehaben, über ihre Einbeziehung in die Pflichtversicherung stattzufinden, wenn der Fachgruppenausschuss es beschliesst oder 10 v.H. der dem zuletzt genannten Personenkreis angehörenden abstimmungsberechtigten Mitglieder es schriftlich verlangen. Im übrigen finden die Bestimmungen der Abs. 6 und 7 sinngemäss Anwendung.

(9) Wenn in einem Bundesland von der Errichtung einer Fachgruppe abgesehen wurde, finden die Bestimmungen der Abs. 6 bis 8 mit der Massgabe sinngemäss Anwendung, dass die in diesen Bestimmungen vorgesehenen Befugnisse des Fachgruppenausschusses von den Fachvertretern (dem Fachvertreter) auszuüben sind und das Abstimmungsverfahren von der zuständigen Sektion der Kammer der gewerblichen Wirtschaft durchzuführen ist.

(10) Die Pflichtversicherung auf Grund einer nach dem Wirksamkeitsbeginn dieses Bundesgesetzes durchgeführten Abstimmung erstreckt sich auch auf die im § 2 Abs.1 Z.3 genannten Pensionisten, wenn sie innerhalb eines Jahres vor Anfall der Pension entweder eine Berechtigung zurückgelegt haben, die bei aufrechter Bestand von einem gefassten Beschluss auf Einbeziehung in die Pflichtversicherung erfasst worden wäre, oder Gesellschafter einer offenen Handelsgesellschaft beziehungsweise persönlich haftende Gesellschafter einer Kommanditgesellschaft waren, die eine Berechtigung zum Gegenstand ihrer Tätigkeit hatte, welche von einem gefassten Beschluss auf Einbeziehung in die Pflichtversicherung erfasst wird oder bei aufrechter Bestand erfasst worden wäre.

Ausnahmen von der Pflichtversicherung.

§ 3. Von der Pflichtversicherung sind ausgenommen:

1. Personen, die berechtigt sind, den Gewerbebetrieb als Deszendentenbetrieb forzuführen;
2. Angehörige der Orden und Kongregationen der katholischen Kirche sowie der Diakonissenanstalten der evangelischen Kirche A.B. und H.B.

Ruhen der Pflichtversicherung.

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

1. nach dem Bundesgesetz über die Allgemeine Sozialversicherung, BGBl. Nr.189/1955, in der jeweils geltenden Fassung, in der Krankenversicherung

- auf Grund einer Erwerbstätigkeit pflichtversichert sind oder Anspruch auf Kranken- oder Wochengeld haben, auch wenn dieser Anspruch ruht, oder auf Rechnung des Versicherungsträgers in Anstaltspflege stehen;
2. auf Grund einer Erwerbstätigkeit nach den Vorschriften über die Krankenversicherung der Bundesangestellten pflichtversichert sind oder die Mitgliedschaft zu einer Krankenfürsorgeeinrichtung eines öffentlich-rechtlichen Dienstgebers besitzen;
 3. auf ihre Rechnung und Gefahr einen land-(forst-)wirtschaftlichen Betrieb führen und gemäss § 3 Abs.1 Z.4 GSPVG. von der Pflichtversicherung in der Gewerblichen Selbständigen-Pensionsversicherung ausgenommen sind.

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

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

(4) Für die Dauer des Ruhens der Pflichtversicherung ruht auch eine allenfalls bestehende Familien-, Zusatz- oder Höherversicherung.

Beginn und Ende der Pflichtversicherung.

§ 5. (1) Die Pflichtversicherung beginnt für Personen, die eine der Pflichtversicherung bereits unterliegende Berechtigung erlangen, mit dem Tage der Erlangung dieser Berechtigung beziehungsweise sofern die Eintragung in das Handelsregister eine Voraussetzung der Versicherungspflicht ist, mit dem Tage dieser Eintragung.

(2) Wenn neue Pflichtbeschlüsse gefasst werden, beginnt die Pflichtversicherung für Personen, die im Zeitpunkt der amtlichen Kundmachung des Ergebnisses der Abstimmung eine der Pflichtversicherung unterliegende Berechtigung besitzen, mit dem Monatsersten, der auf die amtliche Kundmachung des Pflichtbeschlusses folgt.

(3) Die Pflichtversicherung erlischt:

- a) bei den in § 2 Abs.1 Z.1 genannten Personen mit dem Letzten des Kalendermonates in dem die Berechtigung zurückgelegt beziehungsweise die Eintragung im Handelsregister gelöscht wurde, auf Grund welcher Berechtigung beziehungsweise Eintragung die Pflichtversicherung begründet wurde;
- b) bei den in § 2 Abs.1 Z.2 genannten Personen endet die Pflichtversicherung mit dem Letzten des Kalendermonates, in dem die Löschung im Handelsregister eingetragen wurde.

(4) Die Pflichtversicherung beginnt nach Wegfall des Ausnahmegrundes nach § 3 mit diesem Zeitpunkt; tritt bei Fortbestand der Kammermitgliedschaft beziehungsweise bei Fortdauer der die Pflichtversicherung nach diesem Bundesgesetz begründenden Tätigkeit ein Ausnahmegrund nach § 3 ein, so endet die Pflichtversicherung mit dem Letzten des Kalendermonates in dem der Ausnahmegrund eintritt.

(5) Die Pflichtversicherung beginnt bei den in § 2 Abs.1 Z.3 genannten Versicherten, soweit im folgenden nichts anderes bestimmt wird, mit dem Tage der Zustellung des Pensionsbescheides, wenn jedoch die Pension erst später anfällt, mit dem Tage des Anfalles der Pension. Für Pensionisten, die auf Grund der Bestimmungen des § 2 Abs.10 neu in die Versicherungspflicht einbezogen werden, gilt Abs.2 entsprechend.

(6) Wurde ein Antrag auf Zuerkennung einer Pension (Übergangspension) gestellt, deren Bezug die Krankenversicherung nach § 2 Abs.1 Z.3 begründet, wird die Pflichtversicherung unbeschadet des Abs.3 lit.a oder b bis zum Tage des Beginnes der Pflichtversicherung gemäss Abs.5 oder bis zu dem Tage, an dem der abweisende Bescheid über den Pensionsanspruch in Rechtskraft erwachsen ist, aufrecht erhalten, sofern der Pensionsbezieher nicht auf Grund des Bezuges einer Pension aus der Pensionsversicherung nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz, BGBl.Nr.189/1955, krankenversichert ist beziehungsweise einen anderweitigen gesetzlichen Anspruch auf Krankenpflege hat.

(7) Die Pflichtversicherung endet bei den in § 2 Abs.1 Z.3 genannten Personen mit dem Ablauf des Kalendermonates, für den letztmalig die Pension ausbezahlt wird.

2. Unterabschnitt

Freiwillige Versicherung.

Weiterversicherung.

§ 6. (1) Personen, die aus der Pflichtversicherung ausscheiden, können sich und ihre mitversicherten Familienangehörigen (§ 10), solange sie ihren

8/A

- 8 -

Wohnsitz im Inland haben und nicht nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz in der Krankenversicherung pflichtversichert sind, weiterversichern, wenn sie in den vorangegangenen zwölf Monaten mindestens 26 Wochen oder unmittelbar vorher mindestens sechs Wochen gesetzlich krankenversichert waren. Die Frist von zwölf Monaten verlängert sich um die Zeiten:

- a) während derer der Versicherte auf Rechnung eines Versicherungsträgers Anstaltspflege erhält oder auf Rechnung eines Versicherungsträgers in einem Genesungs-, Erholungs- oder Kurheim oder in einer Sonderheilanstalt untergebracht ist oder
- b) Anspruch auf Ersatz der Verpflegskosten einem Versicherungsträger gegenüber hat.

(2) Die zuständige Kasse hat dem ausgeschiedenen Versicherten eine Verständigung über das Erlöschen der Pflichtversicherung und über das Recht auf Weiterversicherung zuzustellen. Das Recht auf Weiterversicherung ist innerhalb dreier Wochen ab dem Tage der Zustellung dieser Verständigung geltend zu machen. Fällt das Ausscheiden aus der Pflichtversicherung in eine der in Abs.1 lit.a oder b genannten Zeiten, so beginnt diese Frist unabhängig von der etwa bereits erfolgten Zustellung der Verständigung erst mit dem Ende der in Betracht kommenden Zeit zu laufen.

(3) Die Krankenversicherung kann ferner, wenn sie die in Abs.1 bezeichnete Mindestdauer erreicht hat, von den bisher mitversicherten Familienangehörigen fortgesetzt werden

- a) nach dem Tode des Pflichtversicherten
 1. vom überlebenden Ehegatten oder
 2. von einer überlebenden, nach § 10 Abs.4 bis 8 als Familienangehörige geltenden Person oder
 3. von den überlebenden Doppelwaisen, sofern sie im Zeitpunkt des Todes des Versicherten das 18. Lebensjahr nicht vollendet haben;
 - b) nach Auflösung der Ehe durch Aufhebung oder Scheidung vom früheren Ehegatten und
 - c) nach dem Ausscheiden des Versicherten aus der Pflichtversicherung und Übernahme einer Erwerbstätigkeit in einem Auslandsstaat von der im Inland zurückbleibenden Ehegattin oder von den im Inland zurückbleibenden Kindern, Enkeln, Wahl- oder Stiefkindern,
- solange die zur Weiterversicherung berechtigte Person (lit.a bis c) ihren Wohnsitz im Inland hat und nicht nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz in der Krankenversicherung pflichtversichert ist. Für die Antragsfrist gilt Abs.2 sinngemäss. Diese Personen können innerhalb der gleichen Frist durch gesonderte Anmeldung die Familienversicherung bezüglich aller

8/A

- 9 -

jener Familienangehörigen fortsetzen, auf welche die Voraussetzungen des § 10 Abs.4 bis 6 gegenüber dem Weiterversicherten zutreffen. Durch die Satzung kann auch unter den gleichen Voraussetzungen die Fortsetzung der Familienversicherung für den im § 10 Abs.7 und 8 genannten Personenkreis vorgesehen werden.

(4) Der Antrag auf Weiterversicherung ist bei der bisher zuständigen Kasse nach diesem Bundesgesetz zu stellen. Dieser ist, soweit im Abs.5 nichts anderes bestimmt wird, weiterhin zur Durchführung der Krankenversicherung zuständig.

(5) Wohnt der Versicherte ausserhalb des Bereiches der Kasse, bei der er zuletzt pflichtversichert war, oder verlegt er während der Weiterversicherung seinen Wohnsitz ausserhalb dieses Bereiches, so geht die örtliche Zuständigkeit auf die für den Wohnsitz des Versicherten zuständige Kasse, und für den Fall, dass für den Ort mehrere Kassen nach diesem Bundesgesetz örtlich zuständig wären, auf die Kasse, die am Ende des abgelaufenen Kalenderjahres die grösste Versichertenzahl aufgewiesen hat, und zwar im Falle der Wohnsitzverlegung mit dem der Kenntnisnahme dieser Verlegung folgenden Monatsersten, über. Ist für den Wohnsitz überhaupt keine Kasse örtlich zuständig, so verbleibt die Durchführung der Versicherung weiterhin der bisher zuständigen Kasse.

(6) Personen, deren Pflichtversicherung gemäss § 5 Abs.8 aufrechterhalten wird, können das Recht auf Weiterversicherung im Falle der rechtskräftigen Ablehnung des Pensionsanspruches geltend machen. Für die Antragsfrist gilt Abs.2 sinngemäss.

(7) Die Weiterversicherung gemäss Abs.1 schliesst zeitlich unmittelbar an das Ende der Pflichtversicherung an. Im Falle des Abs.3 lit.a beginnt die Weiterversicherung mit dem auf den Tod folgenden Tag, im Falle des Abs.3 lit.b mit dem Tage der Rechtskraft des gerichtlichen Urteiles über die Auflösung der Ehe und im Falle des Abs.3 lit.c mit dem auf das Ausscheiden aus der Pflichtversicherung folgenden Tag. Im Falle des Abs.6 beginnt die Weiterversicherung mit dem Tage, an dem der abweisende Bescheid über den Pensionsanspruch in Rechtskraft erwachsen ist.

(8) Die Weiterversicherung endet ausser mit dem Wegfall der Voraussetzungen

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

Selbstversicherung.

§ 7. (1) Solange sie ihren Wohnsitz im Inland haben und nicht nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz in der Krankenversicherung pflichtversichert sind, können folgende natürliche Personen der Selbstversicherung beitreten:

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

(2) Die Anzahl der zur Selbstversicherung gemeldeten Personen darf jeweils nur ein Drittel der Gesamtzahl der bei der betreffenden Kasse versicherten Personen betragen. Solange diese Anzahl erreicht oder durch Ausscheiden anderer Versicherter überschritten ist, sind weitere Beitritte zur Selbstversicherung unzulässig.

(3) Das Recht zum Beitritt kann in den Fällen des Abs.1 Z.1 von einer durch die Satzung zu bestimmenden Altersgrenze, die nicht höher als mit 60 Jahren festgesetzt werden darf, abhängig gemacht werden. Der Beitritt in den Fällen des Abs.1 Z.1 und 2 ist abzulehnen, wenn der Gesundheitszustand des Antragstellers ärztlicherseits als schlecht festgestellt wurde. Die Satzung kann von der Vorlage eines Gutachtens über die gesundheitliche Eignung absehen, wenn der Versicherungswerber bereits in einer gesetzlichen Krankenversicherung anspruchsberechtigt war und das Ende dieser Anspruchsberechtigung nicht länger als 6 Monate zurückliegt.

(4) Die Selbstversicherung nach Abs.1 beginnt mit dem auf die Anmeldung folgenden Monatsersten. Für das Ende der Selbstversicherung gilt § 6 Abs.8 entsprechend.

(5) Durch die Satzung kann Selbstversicherten und deren mitversicherten Familienangehörigen (§ 10 Abs.4 bis 8) die Berechtigung zur Weiterversicherung im Sinne des § 6 zuerkannt werden.

Zusatzversicherung.

§ 8. (1) Die Pflichtversicherten, mit Ausnahme der gemäss § 2 Abs.1 Z.3 versicherten Pensionisten sowie die gemäss § 7 Abs.1 Z.1 Selbstversicherten, können für ihre Person eine Zusatzversicherung auf Kranken-, Tag- und Wochengeld abschliessen.

(2) Die Zusatzversicherung nach Abs.1 beginnt mit dem auf den Antrag folgenden Monatsersten, sofern diese jedoch mit Beginn der Pflicht-(Selbst-)versicherung abgeschlossen wird, mit Beginn dieser Versicherung; für das Ende der Zusatzversicherung gilt § 6 Abs.8 entsprechend. Die Zusatzversicherung endet jedoch in allen Fällen spätestens mit dem Ausscheiden aus der Pflicht-(Selbst-)versicherung gemäss § 5 Abs.3 beziehungsweise § 7 Abs.3.

(3) Das Recht, eine Zusatzversicherung nach Abs.1 abzuschliessen, ist von einer durch die Satzung zu bestimmenden Altersgrenze von mindestens 18 und höchstens 60 Jahren sowie von einem ärztlicherseits als gut festgestellten Gesundheitszustand des Antragstellers abhängig.

Höherversicherung.

§ 9. (1) Durch die Satzung kann für die im § 82 aufgezählten Leistungen eine Höherversicherung vorgesehen werden, wobei die Höhe der Beiträge und der Leistungen gestaffelt werden kann.

(2) Versicherte können für ihre Person eine Höherversicherung abschliessen. Versicherte, die für ihre Person eine Höherversicherung abgeschlossen haben, können auch für mitversicherte Familienangehörige eine Höherversicherung abschliessen.

(3) Die Höherversicherung beginnt mit dem Monatsersten, der auf den Zeitpunkt, in dem die Anmeldung in der Kasse eingelangt ist, folgt. Für das Ende der Höherversicherung gilt § 6 Abs.8 mit der Massgabe, dass eine Kündigung nur zum Ende eines Kalenderjahres möglich ist. Die Höherversicherung endet jedoch in allen Fällen spätestens mit dem Ende der Versicherung. Für mitversicherte Familienangehörige^{ige} endet die Höherversicherung ferner mit dem Ende der Höherversicherung des Versicherten.

Familienversicherung.

§ 10. (1) Pflichtversicherte gemäss § 2, Weiterversicherte gemäss § 6 und Selbstversicherte gemäss § 7 können nach Massgabe der folgenden Vorschriften für alle Angehörigen ihrer Familie (Familienangehörige) gemeinsam eine Familienversicherung abschliessen, sofern diese ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben und weder nach den Vorschriften dieses Bundesgesetzes, noch nach anderen gesetzlichen Vorschriften selbst krankenversichert sind und auch für sie seitens einer Krankenfürsorgeeinrichtung eines öffentlich-rechtlichen Dienstgebers Krankenfürsorge nicht vorgesehen ist.

(2) Die Familienversicherung nach Abs.1 erstreckt sich auch auf alle Personen, die während der Dauer der Familienversicherung

- a) durch nachträgliche Erfüllung der im Abs.4 und 5 festgesetzten Voraussetzungen oder
- b) späterhin als Familienangehörige im Sinne der Abs. 4 und 5 hinzukommen.

(3) Die Familienversicherung beginnt für alle Familienangehörigen, die im Zeitpunkt der Anmeldung die Voraussetzungen nach Abs. 4 bis 9 erfüllen, mit dem auf die Anmeldung nächstfolgenden Monatsersten. Wird jedoch eine Familienversicherung innerhalb dreier Wochen nach Zustellung der Verständigung der zuständigen Kasse über den Eintritt der Pflichtversicherung

8/A

- 12 -

beziehungsweise Beitritt zur Selbstversicherung zur Anmeldung gebracht, so beginnt die Familienversicherung, sofern dies ausdrücklich beantragt wird, mit dem Tage des Eintrittes der Pflichtversicherung beziehungsweise Beitrittes zur Selbstversicherung. Tritt die rechtliche Voraussetzung für die Anmeldung zur Familienversicherung erst durch eine Eheschliessung ein, so beginnt die Familienversicherung mit dem Tage der Eheschliessung, wenn die Anmeldung innerhalb dreier Wochen nach dem Tage der Eheschliessung bei der zuständigen Kasse erstattet wird. Für das Ende der Familienversicherung gilt § 6 Abs. 8 entsprechend.

(4) Als Familienangehörige nach Abs. 1 gelten:

- a) die Ehegattin, der Ehegatte, sofern er nicht hauptberuflich einer eigenen Erwerbstätigkeit nachgeht;
- b) die ehelichen Kinder, die legitimierten Kinder und die Wahlkinder;
- c) die unehelichen Kinder einer weiblichen Versicherten;
- d) die unehelichen Kinder eines männlichen Versicherten, wenn seine Vaterschaft im Verfahren ausser Streitsachen oder in einem sonst hiefür gesetzlich vorgesehenen Verfahren anerkannt oder im Prozessweg gerichtlich festgestellt worden ist;
- e) die Stiefkinder, wenn sie vom Versicherten überwiegend erhalten werden, unbeschadet ob ein Elternteil lebt oder gestorben ist;
- f) die Pflegekinder, wenn sie vom Versicherten unentgeltlich gepflegt werden;

die unter lit. b bis d angeführten Kinder jedoch nur, wenn sie gegenüber dem Versicherten, im Falle des § 6 Abs. 3 lit. c gegenüber dem aus der Pflichtversicherung ausgeschiedenen Vater, unterhaltsberechtigt sind, die unter lit. e und f angeführten Kinder, wenn sie mit dem Versicherten ständig in Hausgemeinschaft leben oder sich nur vorübergehend oder wegen schulmässiger (beruflicher) Ausbildung oder zeitweilig wegen Heilbehandlung ausserhalb seiner Hausgemeinschaft aufhalten.

(5) Kinder (Abs. 4 lit. b bis f) gelten als Familienangehörige bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, über diesen Zeitpunkt hinaus nur dann, wenn sie

1. wegen wissenschaftlicher oder sonstiger regelmässiger Schül- oder Berufsausbildung sich noch nicht selbst erhalten können, bis zur ordnungsmässigen Beendigung der Ausbildung, längstens jedoch bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wird während dieser Zeit der Präsenzdienst absolviert, bis zur Vollendung des 26. Lebensjahres, oder
2. wegen geistiger oder körperlicher Gebrechen ausserstande sind, sich selbst den Unterhalt zu verschaffen, sofern das Gebrechen vor der Vollendung des

8/A

- 13 -

18. Lebensjahres oder während des Bestandes der Angehörigeneigenschaft nach Z.1 eingetreten ist.

(6) Sind beide Elternteile versichert, dann gelten Kinder aus verschiedenen (aufgehobenen, für nichtig erklärten) Ehen als Angehörige jenes Elternteiles, in dessen Hausgemeinschaft sie ständig leben. Kommt bei unehelichen Kindern die Angehörigeneigenschaft nach Abs.4 lit.c und d in Betracht, dann gelten die unehelichen Kinder als Angehörige der Kindesmutter, wenn sie mit dieser ständig in Hausgemeinschaft leben. Die ständige Hausgemeinschaft besteht weiter, wenn sich das Kind nur vorübergehend oder wegen schulmässiger (beruflicher) Ausbildung oder zeitweilig wegen Heilbehandlung ausserhalb der Hausgemeinschaft aufhält; das gleiche gilt, wenn sich das Kind auf Veranlassung eines Elternteiles und überwiegend auf seine Kosten in Pflege eines Dritten befindet.

(7) Durch die Satzung kann bestimmt werden, dass auch sonstige Verwandte des Versicherten in auf- und absteigender Linie und in der Seitenlinie bis zum zweiten Grad oder mit dem Versicherten verschwägte Personen gleichen Grades als Familienangehörige im Sinne der Abs. 4 bis 6 gelten.

(8) Durch die Satzung kann ferner bestimmt werden, dass eine mit einem männlichen Versicherten nicht verwandte beziehungsweise verschwägte weibliche Person, die seit mindestens zehn Monaten mit dem Versicherten in Hausgemeinschaft lebt und ihm seit dieser Zeit unentgeltlich den Haushalt führt, als Familienangehörige im Sinne des Abs.7 gilt, wenn eine im gemeinsamen Haushalt lebende arbeitsfähige Ehegattin nicht vorhanden ist. Familienangehörige aus diesem Grund kann nur eine einzige Person sein.

(9) Für die im Abs.7 und 8 genannten Personen ist die Aufnahme in die Familienversicherung - sofern die Familienversicherung nicht schon mit Beginn der Pflicht-(Selbst-)versicherung abgeschlossen wurde - von einer Altersgrenze, die durch die Satzung nicht höher als mit 60 Jahren festgesetzt werden darf und von einem ärztlicherseits als gut festgestellten Gesundheitszustand des Antragstellers abhängig zu machen.

Ausschluss aus der freiwilligen Versicherung.

§ 11. (1) Die gemäss §§ 6 bis 10 freiwillig versicherten Personen können von der zuständigen Kasse aus der in Betracht kommenden freiwilligen Versicherung ausgeschlossen werden, wenn

- a) die hiezu zu entrichtenden Beiträge für mehr als drei aufeinanderfolgende Monate rückständig sind, mit dem Ende des dritten Monates;
- b) Leistungen aus der betreffenden freiwilligen Versicherung durch Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zu Unrecht bezogen wurden;

c) beim Abschluss der freiwilligen Versicherung vom Versicherten Fragen über den Gesundheitszustand, das Alter oder sonstige für das Versicherungsverhältnis massgebende Ereignisse und Tatsachen unrichtig beantwortet oder verschwiegen wurden.

(2) Die Satzung hat insbesondere zu regeln, ob und in welchen Fällen in der Familienversicherung sämtliche oder einzelne Familienangehörige ausgeschlossen werden können.

(3) Die Satzung hat ferner zu bestimmen, unter welchen Bedingungen eine Wiederaufnahme in die Weiter-, Selbst-, Familien-, Zusatz- und Höherversicherung möglich ist.

3. Unterabschnitt.

Formalversicherung.

§ 12. (1) Hat die zuständige Kasse bei einer nicht der Pflichtversicherung unterliegenden Person auf Grund der bei ihr vorbehaltlos erstatteten, nicht vorsätzlich unrichtigen Anmeldung beziehungsweise widerspruchslos erfolgten Einbeziehung den Bestand der Pflichtversicherung als gegeben angesehen und für den vermeintlich Pflichtversicherten drei Monate ununterbrochen die Beiträge unbeanstandet angenommen, so besteht ab dem Zeitpunkt, für den erstmals die Beiträge entrichtet worden sind, eine Formalversicherung.

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

(3) Die Formalversicherung endet mit dem Ablauf des Tages, an dem die Kasse den vermeintlich Pflichtversicherten aus der Versicherung ausscheidet. Dies gilt auch in den freiwilligen Versicherungen, wenn nicht eine frühere Beendigung gemäss §§ 6 Abs.8, 7 Abs.3, 8 Abs.2, 9 Abs.3 und 10 Abs.3 eintritt.

(4) Die Formalversicherung hat die gleichen Rechtswirkungen wie die Pflichtversicherung beziehungsweise die entsprechende freiwillige Versicherung. Die Bestimmungen über die Weiterversicherung sind auch in den Fällen der Formalversicherung eines vermeintlich Pflichtversicherten anzuwenden.

Abschnitt III

Versicherungsträger und ihre Zuständigkeit;

Verband der Selbständigenkrankenkassen.

Umbenennung bestehender Meisterkrankenkassen

und des Verbandes der Meisterkrankenkassen.

§ 13. Die bisherigen Träger der Meisterkrankenversicherung und der Verband der Meisterkrankenkassen bleiben nach Maßgabe der Bestimmungen der §§ 14 bis 17 zur Durchführung der Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz weiter bestehen. Die Meisterkrankenkassen des Handwerks für Wien, für Niederösterreich und Burgenland, für Oberösterreich, für Salzburg, für Steiermark sowie für Kärnten und Osttirol werden in Selbständigenkrankenkassen für Wien, für Niederösterreich und Burgenland, für Oberösterreich, für Salzburg, für Steiermark sowie für Kärnten, die Meisterkrankenkasse des Fremdenverkehrs für Wien, Niederösterreich und Burgenland wird in Selbständigenkrankenkasse des Fremdenverkehrs für Wien, Niederösterreich und Burgenland sowie die Krankenkasse der Kaufmannschaft wird in Selbständigenkrankenkasse des Handels umbenannt. Der Verband der Meisterkrankenkassen wird in Verband der Selbständigenkrankenkassen umbenannt.

Träger der Versicherung.

§ 14. (1) In den Bundesländern Oberösterreich, Salzburg, Steiermark und Kärnten besteht je eine Selbständigenkrankenkasse. Der Sprengel der Selbständigenkrankenkasse für Kärnten umfasst bis zur Errichtung einer eigenen Selbständigenkrankenkasse für das Bundesland Tirol auch den Verwaltungsbezirk Lienz.

(2) Im Bereich des Bundeslandes Wien obliegt die Durchführung der Krankenversicherung nach Maßgabe der Bestimmungen der §§ 15 und 16

1. der Selbständigenkrankenkasse für Wien;
2. der Selbständigenkrankenkasse des Fremdenverkehrs für Wien, Niederösterreich und Burgenland;
3. der Selbständigenkrankenkasse des Handels.

(3) Im Bereich des Bundeslandes Niederösterreich obliegt die Durchführung der Krankenversicherung nach Maßgabe der Bestimmungen der §§ 15 und 16

1. der Selbständigenkrankenkasse für Niederösterreich und Burgenland;
2. der Selbständigenkrankenkasse des Fremdenverkehrs für Wien, Niederösterreich und Burgenland;
3. der Selbständigenkrankenkasse des Handels, jedoch eingeschränkt auf die Verwaltungsbezirke Wien-Umgebung und Mödling.

8/A

- 16 -

(4) Im Bereich des Bundeslandes Burgenland obliegt die Durchführung der Krankenversicherung nach Massgabe der §§ 15 und 16

1. der Selbständigenkrankenkasse für Niederösterreich und Burgenland;
2. der Selbständigenkrankenkasse des Fremdenverkehrs für Wien, Niederösterreich und Burgenland.

(5) Die Selbständigenkrankenkassen haben, soweit im folgenden nichts anderes bestimmt wird, ihren Sitz in der jeweiligen Landeshauptstadt. Die Selbständigenkrankenkasse für Niederösterreich und Burgenland hat ihren Sitz in Baden bei Wien; die Selbständigenkrankenkasse des Fremdenverkehrs für Wien, Niederösterreich und Burgenland hat ihren Sitz in Wien.

Örtliche Zuständigkeit, Wohnsitzverlegung.

§ 15. (1) Die örtliche Zuständigkeit der Kassen richtet sich unbeschadet der Bestimmungen des § 6 Abs. 4 und 5 grundsätzlich nach dem Standort des Betriebes beziehungsweise in Ermangelung eines solchen nach dem Wohnsitz des Versicherten.

(2) Ergibt sich auf Grund einer zwei- oder mehrfachen versicherungspflichtigen Erwerbstätigkeit in verschiedenen Bundesländern die örtliche Zuständigkeit bei mehr als einer Kasse, so ist zunächst jene Kasse zur Durchführung der Krankenversicherung zuständig, bei der die Versicherungspflicht zuerst eingetreten ist. Bei gleichzeitigem Eintritt der Versicherungspflicht ist jene von den in Frage kommenden Kassen zur Durchführung der Krankenversicherung zuständig, die am Ende des Vorjahres die grössere beziehungsweise grösste Versichertenanzahl aufgewiesen hat. In diesen Fällen ist dem Versicherten jedoch jeweils zum Ende eines Kalenderjahres der Übertritt zu jener Kasse möglich, die nach den vorstehenden Zuständigkeitsvorschriften zunächst als nicht zuständig erscheint. Der Übertritt ist nur wirksam, wenn bis zum Zeitpunkt des Übertrittes alle bis dahin fälligen Beitragszahlungen an die bisherige Kasse geleistet worden sind. Das Nähere hierüber bestimmt die Satzung.

(3) Verlegt ein Bezieher einer Pension (Übergangspension) nach dem Gewerblichen Selbständigen-Pensionsversicherungsgesetz - GSPVG., BGBl. Nr. 292/1957, seinen Wohnsitz ausserhalb des örtlichen Zuständigkeitsbereiches der Kasse, bei der er im Zeitpunkt des Ausscheidens aus der Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung pflichtversichert war, so geht die örtliche Zuständigkeit auf die für den Wohnsitz zuständige Kasse - und zwar mit dem der Kenntnisnahme dieser Verlegung folgenden Monatsersten - über. Ist für den Wohnsitz überhaupt keine Kasse örtlich zuständig, so verbleibt die Durchführung der Versicherung weiterhin der bisher zuständigen Kasse.

8/A

- 17 -

Sachliche Zuständigkeit.

§ 16. (1) Für den Bereich der Bundesländer Wien, Niederösterreich und Burgenland sind - unbeschadet der Bestimmungen des § 6 Abs. 4 und 5 - zur Durchführung der Krankenversicherung sachlich zuständig:

1. die Selbständigenkrankenkasse des Fremdenverkehrs für Wien, Niederösterreich und Burgenland für alle den Sektionen Fremdenverkehr angehörenden Mitglieder der Kammern der gewerblichen Wirtschaft für Wien, Niederösterreich und Burgenland, einschliesslich der diesem Personenkreis entstammenden Pensionisten nach dem Gewerblichen Selbständigen-Pensionsversicherungsgesetz;
2. die Selbständigenkrankenkasse des Handels für alle den Sektionen Handel und Geld-, Kredit- und Versicherungswesen angehörenden Mitglieder der Kammer der gewerblichen Wirtschaft für Wien sowie im Rahmen ihres örtlichen Wirkungsbereiches für die den genannten Sektionen angehörenden Mitglieder der Kammer der gewerblichen Wirtschaft für Niederösterreich, einschliesslich der diesem Personenkreis entstammenden Pensionisten nach dem Gewerblichen Selbständigen-Pensionsversicherungsgesetz;
3. die Selbständigenkrankenkasse für Wien im Rahmen ihres örtlichen Wirkungsbereiches für alle sonstigen nach diesem Bundesgesetz in der Pflicht- oder Selbstversicherung versicherten Personen, einschliesslich der diesem Personenkreis entstammenden Pensionisten nach dem Gewerblichen Selbständigen-Pensionsversicherungsgesetz, soweit sie nicht unter Z. 1 und 2 fallen;
4. die Selbständigenkrankenkasse für Niederösterreich und Burgenland im Rahmen ihres örtlichen Wirkungsbereiches für alle sonstigen nach diesem Bundesgesetz in der Pflicht- oder Selbstversicherung versicherten Personen, einschliesslich der diesem Personenkreis entstammenden Pensionisten nach dem Gewerblichen Selbständigen-Pensionsversicherungsgesetz, soweit sie nicht unter Z. 1 und 2 fallen.

(2) Ergibt sich auf Grund der Bestimmungen des Abs. 1, dass eine Person innerhalb eines Bundeslandes gleichzeitig bei mehreren Kassen sachlich versicherungszuständig erscheint, gilt § 15 Abs. 2 entsprechend.

Verband der Selbständigenkrankenkassen.

§ 17. (1) Die im § 14 genannten Kassen werden im Verband der Selbständigenkrankenkassen (im folgenden kurz Verband genannt) zusammengeschlossen. Der Verband gehört dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger an.

(2) Dem Verband obliegt die Wahrnehmung der den Kassen gemeinsamen Interessen und die Vertretung der Kassen in diesen Angelegenheiten. Gesetzentwürfe, die Angelegenheiten der Sozialversicherung berühren, sind vor ihrer Einbringung in die gesetzgebenden Organe, besonders wichtige Verordnungen (Kundmachungen), die die erwähnten Angelegenheiten betreffen, vor ihrer Erlassung, dem Verband unter Einräumung einer angemessenen Frist zur Begutachtung zu übermitteln. Der Verband hat die Kassen zur Stellungnahme aufzufordern und auf Grund dieser Stellungnahmen ein einheitliches Gutachten zu erstellen.

(3) Die Zuständigkeit des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger gemäss § 31 ASVG. bleibt, soweit in Abs. 4 und 7 nichts anderes bestimmt wird, gewahrt.

(4) Dem Verband obliegen unter Ausschluss der Zuständigkeit des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger nachstehende Angelegenheiten:

1. die Kassen über alle gemeinsamen beziehungsweise sie betreffenden Fragen laufend zu informieren;
2. die Presse- und sämtliche sonstige die Öffentlichkeitsarbeit betreffenden Angelegenheiten der Selbständigenkrankenversicherung zu besorgen;
3. in Fragen der Selbständigenkrankenversicherung Gutachten zu erstatten, Stellungnahmen abzugeben und Anträge zu stellen;
4. Gesamtverträge und Zusatzvereinbarungen mit den Vertragspartnern nach Massgabe der Bestimmungen des Abschnittes III zum Dritten Teil mit Zustimmung der betroffenen Kassen abzuschliessen bzw. Gesamtverträgen und Zusatzvereinbarungen, die der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger abgeschlossen hat, mit Zustimmung der betroffenen Kassen beizutreten;
5. die Statistik der Selbständigenkrankenversicherung zu besorgen und die Ergebnisse dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger zur Verfügung zu stellen;
6. den Kassen Rechtsschutz in Streitfällen, die für die Selbständigenkrankenversicherung von gemeinsamen Interesse sind, zu gewähren;
7. Erhebungen, Umfragen, Enqueten und dergleichen über Fragen der Selbständigenkrankenversicherung, ferner Tagungen (Kongresse) und Fachausstellungen zu veranstalten und die Selbständigenkrankenversicherung bei ausländischen und internationalen Einrichtungen der Sozialversicherung zu vertreten;
8. Vorsorge für die fachliche Ausbildung der Bediensteten der Kassen zu treffen;
9. Richtlinien für die Erstellung von Dienstpostenplänen zu erlassen;

10. Erteilung der Zustimmung zu den gemäss § 31 Abs.3 Z.3 ASVG. vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger aufgestellten Richtlinien, sofern nicht der Verband gemäss Z.9 dieses Absatzes selbst für die Erlassung dieser Richtlinien zuständig ist;
11. Erteilung der Zustimmung zu den gemäss § 31 Abs.3 Z.6 ASVG. vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger aufgestellten Prüfungsvorschriften;
12. Erteilung der Zustimmung zu den gemäss § 31 Abs.3 Z.11 ASVG. vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger aufgestellten Richtlinien beziehungsweise Erlassung eigener Richtlinien für den Bereich der Selbständigenkrankenversicherung;
13. Richtlinien für das Zusammenarbeiten, für die Grundsätze der Verwaltung und Geschäftsführung sowie für eine wirtschaftliche Betriebsführung aufzustellen, soweit nicht die Regelung dieser Angelegenheiten Weisungen des Bundesministeriums für soziale Verwaltung vorbehalten ist;
14. Richtlinien zur Vereinheitlichung der Versicherungsbedingungen, über das Ausmass der Versicherungsbeiträge und den Umfang der Versicherungsleistungen aufzustellen, soweit diese den Satzungen der Kassen im Rahmen der in diesem Bundesgesetz vorgesehenen Vorschriften vorbehalten sind;
15. eine Mustersatzung sowie eine Musterkrankenordnung zu erlassen.

(5) Die Mustersatzung hat, soweit nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes den Satzungen der Kassen die Wahl zwischen zwei oder mehreren Regelungen eingeräumt ist, Musterbestimmungen für alle diese Varianten vorzusehen. Die Mustersatzung, die Musterkrankenordnung sowie die gemäss Abs. 4 Z.9, 12,13 und 14 aufzustellenden Richtlinien bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Genehmigung des Bundesministeriums für soziale Verwaltung. Die Mustersatzung, die Musterkrankenordnung sowie die vom Verband aufgestellten Richtlinien und jede ihrer Änderungen sind binnen einem Monat nach der Genehmigung im "Amtsblatt zur Wiener Zeitung" zu verlautbaren. Die Bestimmungen der Mustersatzung und der Musterkrankenordnung sowie die vom Verband aufgestellten Richtlinien sind für die Kassen verbindlich, soweit dort im einzelnen nicht ausdrücklich anderes bestimmt wird.

(6) Beschlüsse der Verwaltungskörper der Kassen über die Errichtung oder Erweiterung von Gebäuden bedürfen der Zustimmung des Verbandes. Eine Zustimmung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger ist hier nicht erforderlich.

Rechtliche Stellung der Kassen und des Verbandes

§ 18. (1) Die Kassen und der Verband sind Körperschaften des öffentlichen Rechtes und haben Rechtspersönlichkeit. Sie sind berechtigt, das Wappen der Republik Österreich in Siegeln, Drucksorten und Aufschriften zu führen.

(2) Der ordentliche Gerichtsstand der Kassen und des Verbandes ist das sachlich zuständige Gericht ihres Sitzes.

Abschnitt IV

Meldungen und Auskunftspflicht

Meldungen.

§ 19. (1) Pflichtversicherte nach § 2 Abs. 1 Z. 1 und 2 haben unbeschadet der im Abs. 2 festgelegten Verständigungspflicht der Gewerbebehörden den Eintritt der Voraussetzungen für den Beginn und das Ende der Pflichtversicherung binnen einer Woche nach deren Eintritt der zuständigen Kasse zu melden. Die gleiche Meldepflicht hat der von der Pflichtversicherung bei der zuständigen Kasse gemäß § 3 Ausgenommene im Falle des Eintrittes oder des Wegfalles des Ausnahmegrundes.

(2) Von der Ausstellung von Ausweisen über Berechtigungen zur Ausübung der die Pflichtversicherung nach diesem Bundesgesetz begründenden Erwerbstätigkeit hat die ausstellende Behörde die zuständige Kasse gleichzeitig mit der Ausstellung zu verständigen.

(3) Die Pensionsversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft hat alle für den Beginn und das Ende der Krankenversicherung der Bezieher einer Pension (Übergangspension) maßgebenden Umstände sowie jede für diese Versicherung bedeutsame Änderung unverzüglich der zuständigen Kasse bekanntzugeben.

(4) Die nach Abs. 1 Meldepflichtigen haben alle für das Versicherungsverhältnis bedeutsamen Änderungen sowie maßgebenden Ereignisse und Tatsachen binnen einer Woche nach dem Eintritt der zuständigen Kasse bekanntzugeben. Dies gilt insbesondere für:

1. Wegfall der Voraussetzungen für das Ruhen der Versicherung (§ 4);
2. Eintritt und Wegfall der Voraussetzungen für die Familienversicherung (§ 10);
3. Beginn und Ende des Präsenzdienstes;
4. Wohnsitzverlegung.

(5) Die nach den §§ 6 bis 9 freiwillig Versicherten haben alle für das Versicherungsverhältnis bedeutsamen Änderungen nach Abs. 1 und 3 der zuständigen Kasse binnen einer Woche zu melden. Für die mitversicherten Fami-

8/A

- 21 -

lienangehörigen (§ 10) obliegt die gleiche Meldepflicht demjenigen, der die Anmeldung vorgenommen hat.

(6) Die Leistungsempfänger sind verpflichtet, jede Änderung in den für den Fortbestand ihrer Anspruchsberechtigung maßgebenden Verhältnissen sowie jede Änderung ihres Wohnsitzes binnen einer Woche ab Eintritt des Ereignisses der zuständigen Kasse anzuzeigen.

Form der Meldungen, Meldebestätigungen.

§ 20. (1) Die nach § 19 zu erstattenden Meldungen sind mit den von der Kasse aufzulegenden Vordrucken vorzunehmen; auch ohne Vordruck erstattete Meldungen gelten als ordnungsgemäß erstattet, wenn sie alle wesentlichen Angaben enthalten, die für die Durchführung der Versicherung notwendig sind.

(2) Der Verband (§ 17) hat mit Zustimmung des Bundesministeriums für soziale Verwaltung verbindliche Richtlinien über Form und Inhalt der Meldungen (Anzeigen, Listen) zu erlassen. In diesen Richtlinien können auch einheitliche Vordrucke für die Erstattung der Meldungen (Anzeigen, Listen) vorgesehen werden.

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

Auskunftspflicht der Versicherten und
der Leistungsempfänger.

§ 21. Die Versicherten und die Leistungsempfänger haben der zuständigen Kasse über alle für das Versicherungsverhältnis maßgebenden Umstände auf Anfrage längstens binnen zwei Wochen wahrheitsgemäß Auskunft zu erteilen und auf Verlangen der zuständigen Kasse alle Belege und Aufzeichnungen zur Einsicht vorzulegen, die für das Versicherungsverhältnis von Bedeutung sind. Insbesondere haben sie alle für die Feststellung der Beiträge und für die Bemessung der Leistungen erforderlichen Auskünfte zu erteilen und die erforderlichen Steuerbescheide und sonstigen Einkommensnachweise zur Einsicht vorzulegen.

Abschnitt V

Mittel der Selbständigenkrankenversicherung.

1. Unterabschnitt

Aufbringung der Mittel.

Beiträge.

§ 22. (1) Die zur Erfüllung der Aufgaben der Selbständigenkrankenversicherung erforderlichen Mittel werden durch im vorhinein zu entrichtende Bei-

träge der Versicherten (Pflicht-, Selbst-, Weiterversicherte) aufgebracht.

(2) Als Beiträge gelten:

- a) Grundbeiträge;
- b) Familienbeiträge;
- c) Zusatzbeiträge;
- d) Höherversicherungsbeiträge.

(3) Die Grundbeiträge sind durch die Satzung nach dem Einkommen des Versicherten auf Grund der Bestimmungen der §§ 23 bis 25 festzusetzen.

(4) Die Grundbeiträge können durch die Satzung für alle oder für bestimmte Gruppen von Versicherten unabhängig vom Einkommen des Versicherten (§ 25 Abs. 3) festgesetzt werden, sofern für diese die ärztliche Hilfe zufolge von Gesamtverträgen nach § 97 nicht als Sachleistung gewährt wird.

(5) Beitragszeitraum ist der Kalendermonat. Aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung kann die Satzung einen längeren Zeitraum, höchstens aber ein Kalendervierteljahr, als Beitragszeitraum bestimmen.

Beitragsgrundlage, Einkünfte, Beitragsgruppen.

§ 23. (1) Grundlage für die Bemessung der Grundbeiträge ist, soweit im folgenden nichts anderes bestimmt wird, in der Pflichtversicherung

- a) für die gemäß § 2 Abs.1 Z.1 und 2 versicherten Personen, die aus der versicherungspflichtigen Erwerbstätigkeit erzielten Einkünfte in dem dem Kalenderjahr, in das der Beitragsmonat fällt, drittvorangegangenen Kalenderjahr;
- b) für die gemäß § 2 Abs.1 Z.3 pflichtversicherten Pensionisten der Jahresgesamtbetrag der zur Auszahlung gelangenden Pensions- und Pensionssonderzahlung, und zwar jeweils der Grundbetrag und der Steigerungsbetrag.

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

(3) Für die gemäß § 6 Weiterversicherten sowie für die gemäß § 7 Selbstversicherten gilt der Gesamtbetrag der Einkünfte aus den in § 2 Abs.3 EStG. in der jeweils geltenden Fassung bezeichneten Einkunftsarten als Beitragsgrundlage, und zwar

- a) für Personen, die zur Einkommensteuer veranlagt werden, der auf den Beitragsmonat entfallende Teil der Einkünfte in dem dem Kalenderjahr, in das der Beitragsmonat fällt, drittvorangegangenen Kalenderjahr;
- b) für Personen, die zur Einkommensteuer nicht veranlagt werden, der auf den Beitragsmonat entfallende Teil der Einkünfte in dem dem Kalenderjahr, in das der Beitragsmonat fällt, vorangegangenen Kalenderjahr.

Die Satzung kann jedoch vorsehen, daß die Beitragsgrundlage abweichend von den vorgenannten Bestimmungen mit einem bestimmten Betrag, der nicht niedriger als die Mindestbeitragsgrundlage und nicht höher als die Höchstbeitragsgrundlage sein darf, festgesetzt wird.

(4) Die Beitragsgrundlage beträgt, wenn Einkünfte von weniger als S 12.000,-- oder überhaupt keine Einkünfte vorliegen, S 12.000,-- (Mindestbeitragsgrundlage). Die Beitragsgrundlage beträgt höchstens S 48.000,-- (Höchstbeitragsgrundlage).

(5) Zum Zwecke einer vereinfachten Berechnung der Beiträge werden diese nicht unmittelbar nach den Einkünften, sondern nach Beitragsgruppen ermittelt, in welche die Versicherten auf Grund ihrer Einkünfte einzustufen sind. Die Beitragsgruppen sind, beginnend mit der Beitragsgruppe 1, welche für Versicherte ohne Einkünfte oder mit solchen bis zur Mindestbeitragsgrundlage bestimmt ist, in fortlaufender Numerierung bis zur Höchstbeitragsgrundlage nach je S 3000,-- zu staffeln, wobei auch eine Beitragsgruppe für Versicherte, deren Einkünfte die Höchstbeitragsgrundlage übersteigt, vorzusehen ist.

(6) Für Versicherte, deren Einkünfte bei Beginn der Versicherung und in den folgenden zwei Kalenderjahren mangels Vorliegen der hierfür notwendigen Nachweise (§ 24) nicht festgestellt werden kann, gilt jene Beitragsgruppe, die Einkünften zwischen S 15.001,-- und S 18.000,-- entsprechen.

(7) Die Satzung kann bestimmen, daß Versicherte innerhalb der im § 24 Abs.1 vorgesehenen Frist die Einreihung in eine Beitragsgruppe beantragen können, die höheren Einkünften als jenen, welche sich auf Grund der Bestimmungen der Abs. 1 und 2 ergeben, entsprechen.

(8) Weiterversicherte bleiben für den Rest des Kalenderjahres in der Beitragsgruppe eingereiht, in der sie zuletzt im Zeitpunkt des Ausscheidens aus der Pflichtversicherung eingereiht waren. Weist der Versicherte jedoch nach, daß er im Zeitpunkt der Anmeldung zur Weiterversicherung über geringere oder keine Einkünfte (Abs.2) verfügt und daher die vorgesehene Beitragsgruppe den tatsächlichen Einkünften nicht mehr entspricht, so wird, wenn gleichzeitig und innerhalb der Anmeldefrist zur Weiterversicherung ein Antrag auf Umreihung gestellt wird, der Versicherte rückwirkend mit Beginn der Weiterversicherung je nach dem Antrag in die den nachgewiesenen Einkünften entsprechende Beitragsgruppe umgereiht. Dem Versicherten steht es jedoch frei, innerhalb der obgenannten Frist eine höhere Beitragsgruppe zu beantragen.

8/A

- 24 -

Vorlage der Einkommensnachweise.

§ 24. (1) Die Versicherten haben mit Ausnahme der in § 23 Abs.6 genannten Personen sowie der gemäß § 2 Abs.1 Z.3 pflichtversicherten Pensionisten bis 31. Oktober eines jeden Kalenderjahres der zuständigen Kasse den für die Feststellung der Beitragsgrundlage und zur Einstufung in die entsprechende Beitragsgruppe erforderlichen Einkommensnachweis aus dem für die jeweilige Ermittlung der Beitragsgrundlage maßgebenden Kalenderjahr zur Einsicht vorzulegen. Durch die Satzung kann bei entschuldigbarem Versäumnis der Vorlage eine Nachfrist bis längstens 31. Jänner des nächstfolgenden Kalenderjahres eingeräumt werden.

(2) Als Einkommensnachweis gilt:

- a) für Versicherte, die zur Einkommensteuer veranlagt werden und deren Beitragsgrundlage auf selbständiger Erwerbstätigkeit beruht, der rechtskräftige Steuerbescheid;
- b) für die Weiterversicherten gemäß § 6, die nicht zur Einkommensteuer veranlagt werden, jede Urkunde, die über die Einkommensverhältnisse des Versicherten ausreichenden Aufschluß geben kann.

(3) Wird ein Einkommensnachweis im Sinne des Abs. 2 innerhalb der im Abs.1 vorgesehenen Frist nicht vorgelegt, gilt für die Beitragsbemessung jene Beitragsgruppe, die für die Versicherten, deren Einkommen die Höchstbeitragsgrundlage übersteigt, vorgesehen ist.

(4) Für die gemäß § 2 Abs.1 Z.3 pflichtversicherten Pensionisten hat die Pensionsversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft den Kassen alljährlich bis 31. Oktober ein Verzeichnis aller am 1. September im Sprengel der Kasse wohnhaften Bezieher einer Pension und den Jahresbetrag der Pension und Pensionssonderzahlung (§ 23 Abs.1 lit.b) bekanntzugeben.

Höhe der Beiträge.

§ 25. (1) Die Höhe des Grundbeitrages ist durch die Satzung mit einem fixen Hundertsatz zur Bemessungsgrundlage zu bestimmen. Der Hundertsatz ist so festzusetzen, daß mit den sich hieraus ergebenden Beiträgen unter Hinzurechnung des gemäß § 26 Abs.6 von der Pensionsversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft zu leistenden Rückersatzes für die Krankenversicherung der Pensionisten der laufende Aufwand gedeckt und weiters die Ansammlung beziehungsweise die Erhaltung einer Barreserve in der Höhe des dreifachen durchschnittlichen Monatsaufwandes der letzten zwei Geschäftsjahre sichergestellt erscheint.

(2) Wird der Grundbeitrag nach Beitragsgruppen bestimmt, ist die Bemessungsgrundlage für die Höhe des Grundbeitrages der zwölfte Teil des Mit-

8/A

- 25 -

telwertes der für die jeweiligen Beitragsgruppen vorgesehenen Einkommensgrenzen. Für die Beitragsgruppe 1 beträgt die Bemessungsgrundlage S 1000,--. Bei der Beitragsgruppe, die für die Versicherten mit einem Einkommen, das die Höchstbeitragsgrundlage übersteigt, vorgesehen ist, beträgt die Bemessungsgrundlage S 4000,--.

(3) Wird der Grundbeitrag des Versicherten gemäß § 22 Abs.4 festgesetzt, so beträgt die Bemessungsgrundlage höchstens 50 v.H. des zwölften Teiles der im § 23 Abs.4 vorgesehenen Höchstbeitragsgrundlage.

(4) Die Höhe des Grundbeitrages darf höchstens 6 v.H. der jeweiligen Bemessungsgrundlage betragen.

(5) Der Familienbeitrag bestimmt sich in seiner Höhe nach der Anzahl der am Fälligkeitstag versicherten Familienangehörigen. Er ist durch die Satzung festzusetzen und darf

a) für den mitversicherten Ehegatten höchstens 75 v.H.,

b) für mitversicherte Kinder höchstens je 25 v.H.,

c) für sonstige als Familienangehörige im Sinne des § 10 Abs.7 und 8 geltende Personen höchstens je 100 v.H.

des Grundbeitrages betragen. Sind in der Familienversicherung mehr als vier Kinder versichert, so kann die Satzung bestimmen, daß ab dem 5. Kind keine Beiträge nach lit.b zu entrichten sind.

(6) Der Beitrag für die Zusatzversicherung (§ 8) ist durch die Satzung festzusetzen. Er darf höchstens 150 v.H. des Grundbeitrages betragen. Der Beitrag ist so festzusetzen, daß mit dem sich hieraus ergebenden Beitragsaufkommen der laufende Aufwand der Zusatzversicherung gedeckt und weiters die Ansammlung beziehungsweise die Erhaltung einer gesonderten Barreserve in der Höhe des dreifachen durchschnittlichen Monatsaufwandes der Zusatzversicherung der letzten zwei Geschäftsjahre sichergestellt erscheint.

(7) Der Beitrag für die Höherversicherung (§ 9) ist durch die Satzung festzusetzen. Er darf höchstens 200 v.H. des Grundbeitrages betragen. Der Beitrag ist so festzusetzen, daß mit dem sich hieraus ergebenden Beitragsaufkommen der laufende Aufwand der Höherversicherung gedeckt und weiters die Ansammlung beziehungsweise die Erhaltung einer gesonderten Barreserve in der Höhe des dreifachen durchschnittlichen Monatsaufwandes der Höherversicherung der letzten zwei Geschäftsjahre sichergestellt erscheint.

(8) Die auf Grund der vorangegangenen Absätze festzusetzenden Beiträge sind hinsichtlich ihrer Höhe bei den Groschenbeträgen auf volle Schillingbeträge auf beziehungsweise abzurunden.

Beitragspflicht; Entrichtung der Beiträge.

§ 26. (1) Versicherte gemäss § 2 Abs.1 Z.1 bis 2 sowie Weiter- und Selbstversicherte gemäss §§ 6 und 7 haben für ihre Person den Grundbeitrag (§ 22 Abs.2 lit.a) zu entrichten.

(2) Versicherte, die gemäss § 8 eine Zusatzversicherung oder gemäss § 9 eine Höherversicherung oder gemäss § 10 eine Familienversicherung abgeschlossen haben, haben neben dem Grundbeitrag noch den Familienbeziehungsweise Zusatzbeziehungsweise Höherversicherungsbeitrag (§ 22 Abs.2 lit.b, c und d) zu entrichten.

(3) Für die Dauer des Präsenzdienstes eines Versicherten entrichtet der Bund den Familienbeitrag in der bisherigen Höhe (BGBl.Nr.153/56, § 4 Abs.2).

(4) Für Versicherte gemäss § 2 Abs.1 Z.3 hat die Pensionsversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft den Beitrag (Grundbeitrag, Familienbeitrag) von der Pension im Abzugswege einzubehalten und bis zum 20. des der Auszahlung folgenden Monats an die zuständige Kasse abzuführen. Darüber hinaus hat die Pensionsversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft für diese Versicherten einen Beitrag zur Krankenversicherung in der Höhe des jeweiligen für den Versicherten einzubehaltenden Beitrages an die versicherungszuständige Kasse zu entrichten.

Beginn der Beitragspflicht.

§ 27. (1) Die Beitragspflicht beginnt mit der Versicherung, auf der sie beruht.

(2) Ist jedoch in einem Kalendermonat für einen Versicherten oder einen Familienangehörigen auf Grund einer vorangegangenen Beitragspflicht bereits ein Beitrag an die zuständige Kasse oder an eine andere Kasse zu entrichten, so beginnt die neue Beitragspflicht erst mit dem nächsten Monatsersten.

(3) Für den Kalendermonat, in dem die Beitragspflicht beginnt, ist der volle Beitrag zu entrichten.

(4) Die Beitragspflicht bleibt auch während eines Versicherungsfalles aufrecht. Die Satzung kann vorsehen, dass der Vorstand in besonderen Härtefällen während der Dauer der Anstaltspflege von der Einhebung der Beiträge teilweise oder gänzlich absehen kann.

Ende der Beitragspflicht.

§28. (1) Bei rechtzeitiger Abmeldung (§ 19) endet die Beitragspflicht gleichzeitig mit der Versicherung, auf der sie beruht.

8/A

- 27 -

(2) Bei nicht rechtzeitiger Abmeldung dauert die Beitragspflicht bis zur vorschriftsmässigen Abmeldung (§ 19), längstens aber für die Dauer von drei Monaten nach dem Ende der Versicherung fort.

(3) Die Verlängerung der Beitragspflicht bewirkt keine Formalversicherung (§ 12).

(4) Die Satzung kann vorsehen, dass der Vorstand auf die Fortzahlung über das Ende der Versicherung hinaus verzichten kann und bereits bezahlte Beiträge dieser Art zurückgezahlt werden können.

Fälligkeit und Einzahlung der Beiträge;

Mahnung und Mahngebühr.

§ 29. (1) Die Beiträge für Versicherte mit Ausnahme der gemäss § 2 Abs.1 Z.3 versicherten Pensionisten sind erstmalig bei Beginn der Versicherung und weiterhin am Ersten des jeweiligen Beitragszeitraumes (§ 22 Abs.3) fällig. Diese Beiträge sind von den Versicherten binnen vier Wochen nach Fälligkeit auf Gefahr und Kosten der Versicherten unaufgefordert einzuzahlen. Für Versicherte gemäss § 2 Abs.1 Z.3 gilt § 26 Abs.4.

(2) Beiträge, die nicht innerhalb der in Abs.1 genannten Frist eingezahlt werden, sind einzumahnen. Die Mahnung ist innerhalb von 14 Tagen nach Ablauf der im Abs.1 genannten Frist vorzunehmen. Die Bestimmungen des § 227 Abs.2 und Abs.3 und des § 228 der Bundesabgabenordnung, BGBl. Nr. 194/61, sind mit der Massgabe anzuwenden, dass die Mahngebühr bei einem Rückstand an Beiträgen für höchstens drei Monate in der dreifachen Höhe des jeweils festgesetzten Inlandsportos für eine bescheinigte Briefsendung festgesetzt wird. Diese Mahngebühr erhöht sich für jeweils weitere drei Monate an rückständigen Beiträgen um das einfache Inlandsporto einer bescheinigten Briefsendung.

(3) Zur Einbringung der Mahngebühr gelten die Bestimmungen über die Eintreibung, Sicherung, Haftung, Verjährung und Rückforderung von Beiträgen entsprechend.

Verfahren zur Eintreibung der Beiträge

§ 30. (1) Der Kasse ist zur Eintreibung nicht rechtzeitig entrichteter Beiträge die Einbringung im Verwaltungswege gewährt (§ 3 Abs. 3 Verwaltungsvollstreckungsgesetz 1950).

(2) Die Kasse hat zur Eintreibung nicht rechtzeitig entrichteter Beiträge nach erfolgloser Mahnung einen Rückstandsausweis auszufertigen. Dieser Ausweis hat den Namen und die Anschrift des Beitragsschuldners, den rückständigen Betrag, die Art des Rückstandes samt Nebengebühren, den

8/A

- 28 -

Beitragszeitraum, auf den die rückständigen Beiträge entfallen, angefallene Mahngebühren und sonstige Nebengebühren sowie den Vermerk der Kasse zu enthalten, dass der Rückstandsausweis einem die Vollstreckbarkeit hemmenden Rechtszug nicht unterliegt. Der Rückstandsausweis ist Exekutionstitel im Sinne des § 1 der Exekutionsordnung.

(3) Als Nebengebühren kann die Kasse in den Rückstandsausweis einen pauschalierten Kostenersatz für die durch die Einleitung und Durchführung der zwangsweisen Eintreibung bedingten Verwaltungsauslagen mit Ausnahme der im Verwaltungsweg oder im gerichtlichen Weg zuzusprechenden Kosten aufnehmen; der Anspruch auf die im Verwaltungsweg oder im gerichtlichen Weg zuzusprechenden Kosten wird hiedurch nicht berührt. Der pauschalierte Kostenersatz beträgt ein Halbes v.H. des einzutreibenden Betrages, mindestens jedoch S 5,--. Der Ersatz kann für dieselbe Schuldigkeit nur einmal vorgeschrieben werden. Allfällige Anwaltskosten des Verfahrens zur Eintreibung der Beiträge dürfen nur insoweit beansprucht werden, als sie im Verfahren über Rechtsmittel auflaufen. Die vorgeschriebenen und eingehobenen Verwaltungskostenersätze verbleiben der Kasse.

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

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

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

Sicherung der Beiträge.

§ 32. Die Bestimmungen der §§ 232 und 233 der Bundesabgabenordnung,

8/A

- 29 -

BGBI.Nr.194/1961, sind auf Beitragsforderungen nach diesem Bundesgesetz mit der Massgabe entsprechend anzuwenden, dass an Stelle der Abgabenbehörde die Kasse tritt. Gegen den Sicherstellungsauftrag ist das Rechtsmittel des Einspruches (§ 412 ASVG.) gegeben.

Vorübergehender Verzicht auf Eintreibung.

§ 33. (1) Die Kasse kann auf die Einleitung oder Fortsetzung der Eintreibung von Rückständen auf Antrag nach Massgabe der folgenden Absätze vorübergehend verzichten, wenn der Schuldner nicht in der Lage ist, den ganzen Rückstand sofort zu tilgen und die Eintreibung für ihn eine Härte bedeuten würde.

(2) Auf die Eintreibung darf nur solange verzichtet werden, als dadurch die Einziehung der Rückstände, insbesondere mit Rücksicht auf bestehende Vorzugs- oder Pfandrechte, nicht gefährdet wird.

(3) Der Eintreibungsverzicht nach Abs.1 hat zur Voraussetzung, dass sich der Schuldner schriftlich verpflichtet, seine gesamte Schuldigkeit und die während der Geltungsdauer des Eintreibungsverzichtes etwa weiterhin fällig werdenden Beiträge zu Zeitpunkten und in Teilbeträgen abzustatten, denen die Kasse zugestimmt hat.

(4) Der Eintreibungsverzicht nach Abs.1 ist weiters an die auflösende Bedingung gebunden, dass der Schuldner die Abstattungsverpflichtung nach Abs.3 einhält. Diese Verpflichtung gilt dann als nicht eingehalten, wenn eine Rate bis zum Zahlungstag der nächstfolgenden Rate noch nicht vollständig beglichen ist.

(5) Durch den Eintreibungsverzicht werden die Fälligkeit der Schuld und der Zahlungsverzug nicht aufgehoben.

Niederschlagung von Rückständen.

§ 34. Die Satzung kann vorsehen, dass Rückstände niedergeschlagen werden können, wenn

- a) ihre Hereinbringung nach Lage des einzelnen Falles für den Schuldner eine besondere Härte bedeuten würde;
- b) feststeht, dass die Rückstände wegen der wirtschaftlichen Verhältnisse des Schuldners oder aus anderen Gründen (zum Beispiel Tod, Auswanderung) nachweisbar dauern nicht einbringlich sind;
- c) die Kosten der Hereinbringung in keinem angemessenen Verhältnis zum Rückstand stehen würden.

Verjährung.

§ 35. (1) Das Recht auf Feststellung der Verpflichtung zur Zahlung von Beiträgen verjährt binnen drei Jahren vom Tage der Fälligkeit der Beiträge

(§ 34). Hat das Mitglied über sein Versicherungsverhältnis oder das seiner mitversicherten Familienangehörigen (§ 10) keine oder bewusst unwahre Angaben oder über seine Einkommensverhältnisse (§ 28) bewusst unwahre Angaben erstattet, so verjährt das Recht auf Feststellung der Verpflichtung zur Nachzahlung der Beiträge binnen sieben Jahren vom Tage ihrer Fälligkeit. Die Verjährung des Feststellungsrechtes wird durch jede zum Zwecke der Feststellung getroffene Massnahme in dem Zeitpunkt unterbrochen, in dem der Zahlungspflichtige hievon in Kenntnis gesetzt wird.

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

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

Rückforderung ungebührlich entrichteter Beiträge.

§ 36. (1) Zu Ungebühr entrichtete Beiträge können innerhalb dreier Jahre nach der Zahlung zurückgefordert werden. Wird die Ungebührlichkeit der Entrichtung der Beiträge durch die Kasse anerkannt, oder im Verwaltungsverfahren festgestellt, so können diese Beiträge innerhalb dreier Jahre nach dem Anerkenntnis beziehungsweise nach dem Eintritt der Rechtskraft der Feststellung im Verwaltungsverfahren zurückgefordert werden.

(2) Die Rückforderung von Beiträgen zu einer Versicherung, aus der vor der Geltendmachung der Rückforderung eine Leistung gewährt worden ist, ist ausgeschlossen, wenn diese Beiträge auf Bestand und Umfang des Leistungsanspruches von Einfluss waren.

2. Unterabschnitt.

Verwendung der Mittel.

§ 37. Die Mittel der Versicherung dürfen nur für die gesetzlich vorgeschriebenen oder zulässigen Zwecke verwendet werden.

3. Unterabschnitt.

Unterstützungsfonds.

§ 38. (1) Die Kassen können einen Unterstützungsfonds anlegen.

(2) Dem Unterstützungsfonds können überwiesen werden

- a) bis zu 25 v.H. des im abgelaufenen Geschäftsjahr erzielten Gebarungüberschusses, höchstens jedoch 1 v.H. der Einnahmen an Versicherungsbeiträgen in diesem Geschäftsjahr, oder
- b) bis zu 3 v.T. der Einnahmen an Versicherungsbeiträgen in diesem Geschäftsjahr.

(3) Überweisungen nach Abs.2 lit.b dürfen nur soweit erfolgen, dass die Mittel des Unterstützungsfonds am Ende des abgelaufenen Geschäftsjahres den Betrag von 5 v.T. der Beitragseinnahmen nicht übersteigen.

(4) Die Mittel des Unterstützungsfonds können in besonders berücksichtigungswürdigen Fällen, insbesondere in Berücksichtigung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse des zu Unterstützten, für Unterstützungen nach Massgabe der hierfür vom Vorstand im Einvernehmen mit dem Überwachungsausschuss zu erlassenden Richtlinien verwendet werden. § 125 Abs.3, 4,6 und 7 sind entsprechend anzuwenden.

Abschnitt VI.

Befreiung von Abgaben.

Persönliche Abgabenfreiheit.

§ 39. Die Kassen und der Verband geniessen die persönliche Gebührenfreiheit von den Stempel- und Rechtsgebühren. Inwieweit die Kassen und der Verband körperschaftssteuerpflichtig sind, wird durch das Körperschaftssteuergesetz bestimmt.

Sachliche Abgabenfreiheit.

§ 40. (1) Von der Entrichtung der bundesrechtlich geregelten öffentlichen Abgaben, der Bundesverwaltungsabgaben sowie der Gerichts- und Justizverwaltungsgebühren sind - unbeschadet des § 4 des Umsatzsteuergesetzes und der Bestimmungen des Abs.2 - befreit:

1. Rechtsgeschäfte, Rechtsurkunden und sonstige Schriften sowie die im Verfahren vor den Gerichten und Verwaltungsbehörden durchgeführten Amtshandlungen, wenn sie die Übertragung von Liegenschaften, Räumen, Einrichtungsgegenständen und Gerätschaften betreffen, die zwischen den Kassen (dem Verband) untereinander oder den Kassen (dem Verband) und anderen Trägern der Sozialversicherung vorgenommen wird, auch wenn diese

Gegenstände nicht ganz oder überwiegend der Erfüllung der Aufgaben der Versicherungsträger dienen;

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

a) in Durchführung der in diesem Bundesgesetz geregelten Krankenversicherung zwischen den Kassen (dem Verband) einerseits und den Versicherten, den Anspruchswerbern und Anspruchsberechtigten auf Leistungen der Versicherung, den Vertragspartnern der Kassen sowie den Fürsorgeträgern andererseits;

b) von den Kassen (vom Verband) zur Beschaffung, Sicherung, Instandhaltung oder Erneuerung von Liegenschaften, Räumen, Einrichtungen und Gerätschaften, die der Erfüllung der Aufgaben der Versicherung dienen, soweit sie nicht ausschliesslich oder überwiegend für die Anlage von Vermögensbeständen bestimmt sind;

3. alle Amtshandlungen, Urkunden und sonstigen Schriften, die zur Bildung der Verwaltungskörper der Kassen (des Verbandes) notwendig sind.

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

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

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

ZWEITER TEIL: LEISTUNGEN

Abschnitt I

Allgemeine Bestimmungen.

Umfang der Leistungen.

§ 41. (1) Als Leistungen der Krankenversicherung werden nach Massgabe der Bestimmungen dieses Bundesgesetzes gewährt:

1. aus dem Versicherungsfall der Krankheit:

Leistungen zur Wiederherstellung, Festigung oder Besserung der Gesundheit (§§ 63 ff.);

8/A

- 33 -

2. aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft:

Mutterschaftsleistungen (§ 75);

3. aus dem Versicherungsfall des Todes:

Begräbniskostenbeitrag (§ 77).

Zur Inanspruchnahme der Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit und der Mutterschaft werden auch die notwendigen Reise-(Fahrt-) und Transportkosten (§ 76) gewährt.

(2) Überdies können Leistungen der erweiterten Heilbehandlung (§ 73) sowie Leistungen zur Verhütung des Eintrittes und der Verbreitung von Krankheiten (§ 74) als freiwillige Leistungen gewährt werden.

(3) Bei Bestand einer Zusatzversicherung (§ 8) oder einer Höherversicherung (§ 9) werden Leistungen nach Massgabe der Bestimmungen der §§ 78 bis 83 gewährt.

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

Eintritt des Versicherungsfalles.

§ 42. Der Versicherungsfall gilt als eingetreten

1. im Versicherungsfall der Krankheit mit dem Beginn der Krankheit, das ist des regelwidrigen Körper- oder Geisteszustandes, der die Krankenbehandlung notwendig macht;
2. im Versicherungsfall der Mutterschaft mit dem ärztlicherseits festgestellten Zeitpunkt des Eintrittes der Schwangerschaft;
3. im Versicherungsfall des Todes mit dem Todestag.

Art der Leistungen.

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

1. Pflichtleistungen;
2. freiwillige Leistungen.

(2) Pflichtleistungen sind Leistungen, auf die ein Rechtsanspruch nach Massgabe der Bestimmungen der §§ 44 und 45 besteht. Die Satzung kann, um eine wirtschaftliche Leistungsgewährung sicherzustellen, bestimmen, für welche Untersuchungen und Behandlungen im Rahmen der Pflichtleistungen eine Bewilligungspflicht besteht.

(3) Freiwillige Leistungen sind Leistungen, die auf Grund gesetzlicher oder satzungsmässiger Vorschriften gewährt werden können, ohne dass auf sie ein Rechtsanspruch besteht. Die Satzung kann die Gewährung der freiwilligen Leistungen von der Erfüllung einer Versicherungszeit bei einer Kasse, die mit höchstens zwölf Monaten festgesetzt werden darf, abhängig machen.

Anspruchsberechtigung.

§ 44. (1) Die Anspruchsberechtigung der Pflicht- und Weiterversicherten (§§ 2 und 6) sowie ihrer mitversicherten Familienangehörigen (§ 10) auf Pflichtleistungen der Krankenversicherung entsteht, soweit auf Grund des § 53 nichts anderes bestimmt wird, mit dem Beginn der Versicherung.

(2) Die Anspruchsberechtigung der Selbstversicherten (§ 7) und ihrer mitversicherten Familienangehörigen (§ 10) auf Pflichtleistungen der Krankenversicherung entsteht zwei Monate nach Beginn der Selbst-(Familien-)versicherung. Erleidet der Versicherte jedoch vor Ablauf dieser Frist einen Unfall, so besteht auch für diesen Versicherungsfall ab seinem Eintritt ein **Anspruch** auf die hierfür zu erbringenden Leistungen.

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

(4) Die Anspruchsberechtigung auf Leistungen für mitversicherte Familienangehörige steht, soweit in diesem Bundesgesetz nichts anderes bestimmt wird, den Versicherten (§§ 2, 6 und 7) zu.

(5) Die Anspruchsberechtigung auf Pflichtleistungen erlischt, soweit im Abs. 6 nichts anderes bestimmt wird, mit dem Ende der Versicherung.

(6) Für Pflichtversicherte (§ 2) besteht über das Ende der Versicherung hinaus ein Rechtsanspruch auf Pflichtleistungen, sofern kein anderweitiger Anspruch auf Leistungen einer gesetzlichen Krankenversicherung bzw. Krankenfürsorgeeinrichtung eines öffentlich-rechtlichen Dienstgebers gegeben ist, und zwar:

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

Wartezeiten.

§ 45. (1) In der Selbst- und Familienversicherung (§§ 7 und 10) kann die Satzung für

1. Heilbehelfe und Hilfsmittel, Hilfe bei körperlichen Gebrechen (§ 66);
2. Zahnbehandlung und Zahnersatz (§ 67);
3. Anstaltspflege (§ 68) einschliesslich der notwendigen Transportkosten zu und von der Krankenanstalt (§ 76);
4. Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft (§ 75) einschliesslich der notwendigen Transportkosten zu und von der Krankenanstalt (§ 76);
5. Reise-(Fahrt-) und Transportkosten (§ 76);
6. Begräbniskostenbeitrag (§ 77),

Wartezeiten bis zwölf Monate festsetzen. Dies gilt nicht für Leistungen aus Versicherungsfällen, die durch einen Unfall herbeigeführt wurden.

(2) Für gemäss § 10 Abs.2 hinzukommende Familienangehörige sowie bei Familienangehörigen, die die Voraussetzungen nach § 10 Abs.3 zweiter und dritter Satz erfüllen, darf eine Wartezeit nicht vorgesehen werden.

(3) Sofern nach Massgabe des Abs.1 die Anspruchsberechtigung von der Erfüllung einer Wartezeit abhängig ist, sind auf diese anzurechnen:

1. Zeiten einer Krankenversicherung nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz;
2. Zeiten der Zugehörigkeit zu einer Krankenfürsorgeeinrichtung eines öffentlich-rechtlichen Dienstgebers;
3. Zeiten, während derer der Versicherte aus der nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz geregelten Krankenversicherung Kranken- oder Wochengeld bezogen, auf Rechnung eines Versicherungsträgers Anstaltspflege erhalten hat oder auf Rechnung eines Versicherungsträgers in einem Genesungs-, Erholungs- oder Kurheim oder einer Sonderheilanstalt untergebracht war oder Anspruch auf Ersatz der Verpflegskosten gemäss § 131 oder § 150 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes hatte, sofern diese Leistungen nicht nach § 122 Abs.2 Z.2 und Abs.3 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes gewährt wurden. Bei den nach § 6 Abs.3 Weiterversicherten sind auf die Wartezeit überdies die in Z.1 bis 3 bezeichneten Zeiten anzurechnen, die der Versicherte, dessen Pflichtversicherung freiwillig fortgesetzt wird, zurückgelegt hat.

Art der Leistungserbringung.

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

(2) Geldleistungen sind Leistungen, die dem Anspruchsberechtigten in Geld gewährt werden; sie werden erbracht

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

8/A

- 36 -

- b) wenn ein Anspruch auf Sachleistung gegeben ist, der Anspruchsberechtigte jedoch die Sachleistung freiwillig nicht in Anspruch nimmt, durch Kostenersätze bis zur Höhe jenes Betrages, den die Kasse bei Inanspruchnahme der Leistung als Sachleistung aufzuwenden gehabt hätte, abzüglich des vom Versicherten zu leistenden Kostenanteiles gemäss § 47, beziehungsweise bei Heilmitteln, wenn die Kosten nach der geltenden Arzntaxe die Rezeptgebühr übersteigen, in einem Betrag von 80 v.H. der dem Versicherten tatsächlich erwachsenen Kosten, höchstens aber der Kosten nach der geltenden Arzntaxe abzüglich der Rezeptgebühr;
- c) wenn kein Anspruch auf Sachleistung gegeben ist, durch Kostenersätze an Stelle von Sachleistungen nach einem Vergütungstarif, der einen Anhang zur Satzung darstellt, beziehungsweise bei Heilmitteln, wenn die Kosten nach der geltenden Arzntaxe jenen Betrag übersteigen, der im Falle einer Sachleistung als Rezeptgebühr zu entrichten wäre, nach der geltenden Arzntaxe abzüglich des Betrages der Rezeptgebühr. Die Höhe dieser Geldleistungen darf 80 v.H. der dem Versicherten für die jeweilige Leistung erwachsenen Kosten nicht überschreiten.

(3) Sachleistungen sind Leistungen, die von der Kasse durch einen Vertragspartner gegen direkte Verrechnung der vertragsmässigen Kosten oder durch eine eigene Einrichtung (§ 1 Abs.3) erbracht werden.

(4) Soweit vertragliche Regelungen für alle oder einzelne Gruppen von Versicherten oder für bestimmte Leistungen nicht bestehen, sind an Stelle von Sachleistungen Geldleistungen durch Kostenersätze nach Massgabe der Bestimmungen des Abs.2 lit.c zu gewähren.

Kostenbeteiligung

§ 47. (1) Für die von den Kassen gewährten Sachleistungen hat der Versicherte, soweit in diesem Bundesgesetz nichts anderes bestimmt wird, 20 v.H. der der Kasse erwachsenen Kosten als Kostenanteil zu ersetzen. Ab Beginn der dritten Woche Anstaltspflege innerhalb eines Zeitraumes von 12 Monaten hat der Versicherte für die weitere Dauer dieser Anstaltspflege keinen Kostenanteil zu bezahlen. Die Kasse kann bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des Versicherten von einer Kostenbeteiligung absehen.

(2) Im Falle einer Geldleistung im Sinne der Bestimmungen des § 46 Abs.2 lit.b ist der Kostenanteil vom Erstattungsbetrag in Abzug zu bringen.

(3) Der Kostenanteil ist mit Ausnahme bei Anstaltspflege von der Kasse nachträglich einzuheben. Er ist längstens innerhalb eines Monats nach erfolgter Vorschreibung einzuzahlen. Die Bestimmungen der §§ 30 bis 36 gelten hier entsprechend.

8/A

- 37 -

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

Leistungen bei mehrfacher Versicherung.

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

(2) Hat ein Versicherter im Falle der Anstaltspflege Anspruch auf Leistungen gemäss § 69 Abs.2, so sind diese Leistungen, soweit sie im Falle der Inanspruchnahme eines anderen Krankenversicherungsträgers über das Ausmass der von diesem Versicherungsträger zu erbringenden Leistung hinausgehen, von der Kasse zusätzlich zu gewähren.

Eintritt eines Versicherungsfalles ausserhalb des örtlichen Zuständigkeitsbereiches der zuständigen Kasse.

§ 49. (1) Haben Versicherte oder deren mitversicherte Familienangehörige ihren ordentlichen Wohnsitz im Inland ausserhalb des örtlichen Zuständigkeitsbereiches der für sie zuständigen Kasse, so ist auf deren Ersuchen die für den Wohnsitz zuständige Kasse verpflichtet, die Leistungen gegen Kostenersatz zu gewähren. In dem Ersuchen sind Art und Ausmass der zu gewährenden Leistungen zu bezeichnen. Die mit der Kasse des Wohnsitzes in vertraglichen Beziehungen stehenden Personen und Einrichtungen (Ärzte, Apotheker, Krankenanstalten usw.) sind zur Leistung nach den für sie geltenden Verträgen auch in diesen Fällen verpflichtet.

(2) Die im Abs.1 vorgesehene Regelung gilt entsprechend für den Versicherten und seine mitversicherten Familienangehörigen, wenn sie während eines vorübergehenden Aufenthaltes ausserhalb des Sprengels der zuständigen Kasse erkranken.

(3) Der Verband kann bindende Richtlinien über die Form der Inanspruchnahme, die Verrechnung des Kostenersatzes und die Vergütung von Verwaltungsauslagen aufstellen.

Abschnitt II

Leistungsansprüche.

Entstehen der Leistungsansprüche.

§ 50: Die Ansprüche auf die Leistungen der Krankenversicherung entstehen in dem Zeitpunkt, in dem die hierfür vorgesehenen Voraussetzungen erfüllt werden.

Anfall der Leistungen.

§ 51. Die sich aus den Leistungsansprüchen ergebenden Leistungen fallen mit dem Entstehen des Anspruches (§ 50) an.

Verwirkung des Leistungsanspruches.

§ 52. (1) Leistungsansprüche gelten als verwirkt:

- a) wenn der Versicherte den Versicherungsfall vorsätzlich oder durch schuldhaftige Beteiligung an Raufhändeln herbeigeführt hat oder sich der Versicherungsfall als unmittelbare Folge der Trunkenheit oder des Missbrauches von Suchtgiften erweist;
- b) wenn Versicherte den Versicherungsfall durch Selbstbeschädigung vorsätzlich herbeigeführt haben;
- c) wenn anspruchsberechtigte Personen den Versicherungsfall durch die Verübung eines Verbrechens veranlasst haben, dessen sie mit rechtskräftigem Strafurteil schuldig erkannt worden sind; das Erfordernis eines rechtskräftigen Strafurteiles entfällt, wenn ein solches wegen des Todes, der Abwesenheit oder eines anderen in der betreffenden Person liegenden Grundes nicht gefällt werden kann.

(2) Das gleiche gilt für Versicherte, wenn sie Verletzungen (Krankheiten) erleiden, die ihre Ursache in der aktiven Teilnahme des Versicherten an gefährlichen Sportveranstaltungen (z.B. Berufsboxen, Berufsfreistilringen, Motorrad-Auto-Motorbootrennen) oder an gefährlichen Schaustellungen haben.

Ruhen der Leistungsansprüche.

§ 53. (1) Die Leistungsansprüche ruhen für die Dauer

1. des Präsenzdienstes eines gemäss § 2 Abs.1 Z.1 bis 3 Versicherten. Es bleibt jedoch der Anspruch auf Leistungen aus der im Zeitpunkt des Antrittes des Präsenzdienstes bestehenden Familienversicherung für die mitversicherten Familienangehörigen aufrecht;
2. eines Auslandsaufenthaltes;
3. der Verbüßung einer Freiheitsstrafe, der Anhaltung in einer Bundesanstalt für Erziehungsbedürftige (§ 4 des Jugendgerichtsgesetzes 1961) oder in einem Arbeitshaus oder der Untersuchungshaft.

(2) Im Falle des Abs.1 Z.2 tritt das Ruhen nicht ein,

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

8/A

- 39 -

(3) Hat ein Versicherter, dessen Leistungsanspruch nach Abs.1 Z.3 ruht, im Inland mitversicherte Familienangehörige (§ 10), so sind die für mitversicherte Familienangehörige vorgesehenen Leistungen zu gewähren. Diese Leistungen gebühren für mitversicherte Familienangehörige nicht, deren Mitschuld oder Teilnahme an der strafbaren Handlung, die die Freiheitsstrafe oder die Anhaltung (Abs.1 Z.3) verursacht hat, durch rechtskräftige Erkenntnis des Strafgerichtes oder durch rechtskräftigen Bescheid einer Verwaltungsbehörde festgestellt ist. § 52 Abs.1 lit.c letzter Halbsatz gilt entsprechend.

(4) Durch Verordnung kann bestimmt werden, dass der Aufenthalt in bestimmten Grenzorten der benachbarten Staaten dem Aufenthalt im Inland gleichzuhalten ist. Eine solche Verordnung bedarf der Zustimmung des Hauptausschusses des Nationalrates.

Übertragung, Pfändung und Verpfändung von Leistungsansprüchen.

§ 54. Ansprüche nach diesem Bundesgesetz können weder übertragen noch verpfändet und gepfändet werden.

Entziehung von Leistungsansprüchen.

§ 55. (1) Sind die Voraussetzungen des Anspruches auf eine laufende Leistung nicht mehr vorhanden, so ist die Leistung zu entziehen, sofern nicht der Anspruch gemäss § 56 ohne weiteres Verfahren erlischt.

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

Erlöschen von Leistungsansprüchen.

§ 56. Der Anspruch auf eine laufende Leistung erlischt ohne weiteres Verfahren, wenn die Voraussetzungen für den Anspruch weggefallen sind.

Rückwirkende Herstellung des gesetzlichen Zustandes bei Geldleistungen.

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

Verfall von Leistungsansprüchen infolge Zeitablaufes.

§ 58. Der Anspruch auf Leistungen aus der Krankenversicherung ist bei sonstigem Verfall binnen drei Jahren nach seinem Entstehen, bei nachträglicher

8/A

- 40 -

Feststellung der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung binnen drei Jahren nach Rechtskraft dieser Feststellung, geltend zu machen.

Aufrechnung.

§ 59. Die Kassen dürfen auf die von ihnen zu erbringenden Geldleistungen aufrechnen:

1. vom Anspruchsberechtigten geschuldete fällige Beiträge zur Krankenversicherung, soweit das Recht auf Einforderung nicht verjährt ist;
2. von den Kassen oder anderen Versicherungsträgern zu Unrecht erbrachte, vom Anspruchsberechtigten rückzuerstattende Leistungen, soweit das Recht auf Rückforderung nicht verjährt ist;
3. von den Kassen oder anderen Versicherungsträgern gewährte Vorschüsse.

Auszahlung von Leistungen.

§ 60. Geldleistungen aus der Krankenversicherung sind im nachhinein auszuführen. Die Auszahlung soll innerhalb von vier Wochen nach der Geltendmachung erfolgen.

Zahlungsempfänger.

§ 61. Die Leistungen werden an den Anspruchsberechtigten, wenn dieser aber handlungsunfähig oder ein beschränkt handlungsfähiger Unmündiger ist, an seinen gesetzlichen Vertreter ausgezahlt. In den Fällen des gemäss § 111 entsprechend anzuwendenden § 361 Abs.2 dritter Satz ASVG., ist die Leistung unmittelbar an den Antragsteller auszuführen. Mündige Minderjährige und beschränkt Entmündigte sind nur für Leistungen, die ihnen auf Grund ihrer eigenen Versicherung zustehen, selbst empfangsberechtigt; für andere Leistungen sind bei solchen Personen deren gesetzliche Vertreter empfangsberechtigt.

Rückforderung zu Unrecht erbrachter Leistungen.

§ 62. (1) Zu Unrecht erbrachte Geldleistungen sowie der Aufwand für zu Unrecht erbrachte Sachleistungen sind von der Kasse zurückzufordern, wenn der Empfänger den Bezug (die Erbringung) durch bewusst unwahre Angaben, bewusste Verschweigung massgebender Tatsachen oder Verletzung der Meldevorschriften und der Auskunftspflicht (§§ 19 bis 21) herbeigeführt hat.

(2) Das Recht auf Rückforderung nach Abs.1 verjährt binnen drei Jahren nach dem Zeitpunkt, in dem der Kasse die zu Unrecht erbrachte Leistung bekanntgeworden ist.

8/A

- 41 -

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

1. auf die Rückforderung nach Abs.1 zur Gänze oder zum Teil verzichten;
2. die Erstattung des zu Unrecht gezahlten Betrages in Teilbeträgen zulassen.

(4) Zur Eintreibung der Forderung der Kasse auf Grund der Rückforderungsbescheide ist der Kasse die Einbringung im Verwaltungswege gewährt (§ 3 Abs.3 Verwaltungs-Vollstreckungsgesetz 1950).

Abschnitt III

Leistungen im besonderen.

1. Unterabschnitt.

Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit.

§ 63. (1) Der Versicherungsfall der Krankheit umfasst:

- a) Krankenbehandlung, das ist ärztliche Hilfe, Versorgung mit Heilmitteln und Heilbehelfen sowie Hilfe bei körperlichen Gebrechen (§§ 64, 65, 66);
- b) Zahnbehandlung und Zahnersatz (§ 67);
- c) Anstaltspflege (§§ 68 ff.) an Stelle der ärztlichen Hilfe und Versorgung mit Heilmitteln;
- d) Hauspflege (§ 72) an Stelle der Anstaltspflege.

(2) Die Krankenbehandlung muss ausreichend und zweckmässig sein, sie darf jedoch das Mass des Notwendigen nicht überschreiten. Durch die Krankenbehandlung sollen die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit und die Fähigkeit für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, nach Möglichkeit wiederhergestellt, gefestigt oder gebessert werden.

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

Ärztliche Hilfe.

§ 64. (1) Ärztliche Hilfe wird durch freiberuflich tätige Ärzte für die Dauer der Krankheit ohne zeitliche Begrenzung als Pflichtleistung gewährt.

(2) Besondere Untersuchungen, ambulant durchzuführende Operationen und Behandlungen sowie physikalische Heilbehandlung werden auch durch Krankenanstalten, Universitätskliniken, Kuranstalten oder sonstige besonders hiefür vorgesehene Einrichtungen gewährt.

(3) Bei Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe als Sachleistung hat der Erkrankte die Anspruchsberechtigung nachzuweisen. Der Verband kann hiefür im Einvernehmen mit der Österreichischen Ärztekammer einen einheitlichen, für alle Kassen gültigen Vordruck auflegen.

Heilmittel.

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

(2) Die Heilmittel umfassen

- a) die notwendigen Arzneien und
- b) die sonstigen Mittel, die zur Beseitigung oder Linderung der Krankheit oder zur Sicherung des Heilerfolges dienen, soweit sie von Ärzten verschrieben und in Apotheken bzw. von Hausapotheken führenden Ärzten bezogen werden.

(3) Für den Bezug eines jeden Heilmittels auf Rechnung der Kasse ist als Kostenbeteiligung eine Rezeptgebühr im Betrag von S 5.-- zu entrichten. Werden mehrere Heilmittel auf einem Rezept verordnet, so sind so oft S 5.-- zu entrichten, als Heilmittel bezogen werden. Die Rezeptgebühr ist bei Abgabe des Heilmittels an die abgebende Stelle für Rechnung der Kasse zu zahlen. Die Zahlung ist von dieser Stelle auf dem Rezept zu vermerken.

(4) Bei anzeigepflichtigen übertragbaren Krankheiten darf eine Rezeptgebühr nicht eingehoben werden.

Heilbehelfe und Hilfe bei körperlichen Gebrechen.

§ 66. (1) Notwendige Heilbehelfe und Hilfsmittel sind dem Versicherten als Pflichtleistung in einfacher und zweckmässiger Ausführung zu gewähren, wenn deren Kosten den Betrag von S 600.-- nicht übersteigen.

(2) Übersteigen die Kosten der notwendigen Heilbehelfe und Hilfsmittel den nach Abs.1 festgesetzten Betrag, so bestimmt die Satzung, welche Heilbehelfe und Hilfsmittel gewährt werden oder ob an deren Stelle ein Zuschuss zu den Kosten geleistet wird. Der Zuschuss muss jedoch mindestens in der Höhe des nach Abs.1 festgesetzten Betrages gewährt werden. Er kann durch die Satzung bis auf das Vierfache des Betrages nach Abs.1 erhöht werden.

(3) Für Heilbehelfe und Hilfsmittel, die nur vorübergehend gebraucht werden und nach ihrer Art ohne gesundheitliche Gefahren von mehreren Personen benützt werden können, wie z.B. Krücken, Krankenfahrstühle, kann die Satzung bestimmen, dass diese auch leihweise durch die Kasse beziehungsweise durch

Vertragsstellen zur Verfügung gestellt werden können; sie kann auch eine Vergütung angefallener Leihgebühren vorsehen.

(4) Die Instandsetzungskosten notwendiger Heilbehelfe und Hilfsmittel sind von der Kasse bis zu der in der Satzung festzustehenden Höhe zu übernehmen. Das Nähere über den Zeitraum, innerhalb dessen die Übernahme dieser Kosten erfolgt, bestimmt die Krankenordnung.

(5) Die Satzung kann auch eine Gebrauchsdauer für Heilbehelfe und Hilfsmittel festsetzen.

(6) Die Leistung bestimmt sich im einzelnen im Rahmen der durch Gesetz und Satzung festgesetzten Höchstbeträge nach Massgabe der bestehenden Verträge mit den entsprechenden Vertragspartnern oder nach einem Vergütungstarif, der einen Anhang der Satzung darstellt.

2. Unterabschnitt.

Zahnbehandlung und Zahnersatz.

§ 67. (1) Pflichtleistungen sind

1. Zahnbehandlung, d.i. chirurgische und konservierende Zahnbehandlung;
2. Zahnersatz, der notwendig ist, um eine Gesundheitsstörung oder eine wesentliche Störung der Berufsfähigkeit hintanzuhalten.

(2) Zuschüsse zu den Kosten für Kieferregulierungen, soweit sie zur Verhütung von Gesundheitsschädigungen oder zur Beseitigung von berufsstörenden Verunstaltungen notwendig sind, sind nach Massgabe der Bestimmungen der Satzung zu gewähren.

(3) Zahnbehandlung und Zahnersatz sind durch freiberuflich tätige Zahnärzte und Dentisten sowie durch sonstige Einrichtungen nach Massgabe der Bestimmungen der Satzung zu gewähren.

(4) Bei der Inanspruchnahme der Zahnbehandlung oder des Zahnersatzes als Sachleistung ist die Anspruchsberechtigung nachzuweisen. Der Verband kann hiefür im Einvernehmen mit der Österreichischen Ärztekammer, Bundesfachgruppe für Zahnheilkunde bzw. der Österreichischen Dentistenkammer einen einheitlichen, für alle Kassen gültigen Vordruck auflegen.

3. Unterabschnitt.

Anstaltspflege, Hauspflege.

Umfang und Dauer der Anstaltspflege.

§ 68. (1) An Stelle der ärztlichen Hilfe (§ 64) und der Versorgung mit Heilmitteln (§ 65) ist Anstaltspflege in Krankenanstalten im Sinne des Krankenanstaltengesetzes - KAG., BGBl.Nr.1/1957, als Pflichtleistung mit Ausnahme der im Abs.2 angeführten Fälle ohne zeitliche Begrenzung zu gewähren, wenn und solange es die Krankheit erfordert.

8/A

- 44 -

(2) Anstaltspflege in Sonderheilanstalten für Geisteskranke ist bis zur Höchstdauer von 52 Wochen zu gewähren.

(3) Als Anstaltspflege gilt nicht die Unterbringung in einem Heim für Genesende (§ 2 Abs.1 Z.3 KAG.) oder in einer Pflegeanstalt für Kranke (§ 2 Abs.1 Z.4 KAG.)

(4) Die stationäre Behandlung von Erkrankungen an Tuberkulose gilt nur dann als Anstaltspflege, wenn eine solche Behandlung in allgemeinen Krankenanstalten (§ 2 Abs.1 Z.1 Krankenanstaltengesetz, BGBl.Nr.1/1957) durchgeführt oder vertraglich (§ 70) als Anstaltspflege anerkannt wird.

(5) Zur Anstaltspflege bedarf es der Zustimmung des Versicherten, wenn er einen eigenen Haushalt hat oder Mitglied des Haushaltes seiner Familie ist. Bei einem Minderjährigen über 16 Jahren genügt dessen Zustimmung.

(6) Der Zustimmung nach Abs.5 bedarf es nicht, wenn

- a) die Art der Krankheit eine Behandlung oder Pflege verlangt, die in der Familie des Versicherten nicht möglich ist;
- b) die Krankheit ansteckend ist;
- c) der Versicherte wiederholt der Krankenordnung (§ 141) oder den Anordnungen des behandelnden Arztes zuwidergehandelt hat;
- d) der Zustand oder das Verhalten des Versicherten seine fortgesetzte Beobachtung erfordert.

(7) Weigert sich ein Versicherter, dessen Zustimmung es nach Abs.6 nicht bedarf, eine Krankenanstalt aufzusuchen, oder verlässt er sie eigenmächtig vorzeitig, so verliert er auf die Dauer seines ablehnenden Verhaltens jeden Anspruch auf Leistungen aus dem gegenständlichen Versicherungsfall.

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

Kostentragung und Kostenersatz an Versicherte bei
Anstaltspflege.

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

(2) Für Versicherte, die ärztliche Hilfe nur in Form von Geldleistungen gemäss § 46 Abs.2 lit.c erhalten, kann die Satzung bestimmen, dass im Falle der Wahl einer Krankenanstalt ohne allgemeine Gebührenklasse oder der Wahl einer höheren Gebührenklasse (Zahlstock) folgende Leistungen gewährt werden:

- a) Verpflegskostensätze in Höhe der Pflegegebühren für Selbstzahler der allgemeinen Gebührenklasse der vom Versicherten gewählten Krankenanstalt

8/A

- 45 -

oder, falls diese keine allgemeine Gebührenklasse führt, der nächstgelegenen geeigneten Krankenanstalt, die eine solche Gebührenklasse führt und

- b) Kostenersätze für Operationen und Sondergebühren in sinngemässer Anwendung der für die ärztliche Hilfe (§ 64) und Heilmittel (§ 65) geltenden Bestimmungen nach einem Vergütungstarif, der einen Anhang zur Satzung darstellt. Im Vergütungstarif können auch Pauschalsätze festgelegt werden. Diese Leistungen dürfen 80 v.H. der in Rechnung gestellten Beträge nicht überschreiten.

Beziehungen zu den öffentlichen Krankenanstalten.

Grundsatzbestimmung.

§ 70. Für die Regelung der Beziehungen der Kasse zu den öffentlichen Krankenanstalten sind die Bestimmungen des § 148 ASVG. mit der Massgabe entsprechend anzuwenden, dass die den öffentlichen Krankenanstalten gebührenden Verpflegskostensätze zur Gänze von den Kassen zu entrichten sind. Soweit jedoch vom Versicherten ein Kostenanteil (§ 47) einzuheben ist, sind die Verpflegskostensätze zu 80 v.H. von der Kasse und zu 20 v.H. vom Versicherten zu entrichten.

Aufnahme in nichtöffentliche Krankenanstalten.

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

(2) G r u n d s a t z b e s t i m m u n g .

Für die Regelung der Beziehungen der Kassen zu den nichtöffentlichen Krankenanstalten sind die Bestimmungen des § 149 Abs.2 ASVG. entsprechend anzuwenden. Die den nichtöffentlichen Krankenanstalten gebührenden Verpflegskostensätze sind zur Gänze von den Kassen zu entrichten. Soweit jedoch vom Versicherten ein Kostenanteil einzuheben ist, sind die Verpflegskostensätze zu 80 v.H. von der Kasse und zu 20 v.H. vom Versicherten zu entrichten.

Hauspflege.

§ 72. Ist die Aufnahme des Erkrankten in eine Krankenanstalt geboten, aber unabhängig von seinem Willen nicht durchführbar und ist die Möglichkeit der Übernahme der Pflege durch einen Haushaltsangehörigen nicht gegeben, so kann die Kasse mit Zustimmung des Erkrankten oder des gesetzlichen Vertreters

durch von der Kasse beizustellende Pflegepersonen oder durch Leistung von Zuschüssen zu den Kosten für eine Pflegeperson Hauspflege als freiwillige Leistung gewähren. Sie kann auch gewährt werden, wenn ein sonstiger wichtiger Grund hiefür vorliegt. Das Nähere bestimmt die Satzung.

4. Unterabschnitt.

Erweiterte Heilbehandlung; Krankheitsverhütung.

Erweiterte Heilbehandlung.

§ 73. (1) Um die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit, oder die Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, nachhaltig zu festigen, oder zu bessern, können nach Massgabe der Bestimmungen der Satzung im Rahmen der zur Verfügung stehenden Mittel als freiwillige Leistungen insbesondere gewährt werden:

1. besondere Heilmethoden, wie Schieltherapie, Arbeitstherapie, logopädische Behandlung;
2. Kur-, Genesungs- und Erholungsaufenthalte;
3. Heilstättenpflege.

(2) Die Leistungen der erweiterten Heilbehandlung können auch durch Gewährung von Zuschüssen erbracht werden.

Krankheitsverhütung.

§ 74. (1) Zur Verhütung des Eintrittes und der Verbreitung von Krankheiten kann die Satzung als freiwillige Leistungen insbesondere vorsehen:

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

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

(3) Die Kasse kann die im Abs.1 bezeichneten Massnahmen auch dadurch treffen, dass sie sich an Einrichtungen der Gesundheitsfürsorge, die den gleichen Zwecken dienen, beteiligt. Abs.2 gilt entsprechend.

5. Unterabschnitt.

Leistungen aus dem Versicherungsfall der
Mutterschaft.

Umfang des Versicherungsschutzes und Leistungsarten.

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

(2) Arzt-(Hebammen-)hilfe durch freiberuflich tätige Ärzte oder befugte Hebammen sind als Pflichtleistung in sinngemässer Anwendung der Bestimmungen des § 64 zu gewähren.

(3) Heilmittel, Heilbehelfe und Hilfsmittel sind in sinngemässer Anwendung der Bestimmungen der §§ 65 und 66 zu gewähren.

(4) Hebammenbeistand und ärztlicher Beistand bei der Entbindung sind in sinngemässer Anwendung der Bestimmungen des § 64 zu gewähren.

(5) Für die Entbindung ist Pflege in einer Krankenanstalt für längstens 10 Tage in sinngemässer Anwendung der Bestimmungen der §§ 68 bis 71 zu gewähren.

(6) Für den durch Schwangerschaft und Entbindung erhöhten Lebensaufwand und zu den sonstigen damit im Zusammenhang stehenden Kosten ist ein einmaliger Entbindungsbeitrag in der Höhe von mindestens S 1000,-- zu gewähren. Durch die Satzung kann der Entbindungsbeitrag erhöht werden. Er darf höchstens 80 v.H. der höchsten Bemessungsgrundlage (§ 25) betragen. Bei gleichzeitiger Entbindung von mehr als einem Kind erhöht sich der Entbindungsbeitrag um 50 v.H. Der Entbindungsbeitrag ist gegen Beibringung einer standesamtlichen Geburtsbestätigung auszuführen.

6. Unterabschnitt.

Reise-(Fahrt-) und Transportkosten.

§ 76. (1) Zur Inanspruchnahme der Pflichtleistungen der Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz, die aus dem Versicherungsfall der Krankheit und der Mutterschaft (§ 41 Abs.1 Z.1 und 2) entstehen, sind im notwendigen Ausmass auch die Reise-(Fahrt-) und Transportkosten nach Massgabe der nachfolgenden Bestimmungen zu übernehmen.

(2) Als Pflichtleistung sind Reise-(Fahrt-)kosten, die zur Inanspruchnahme der nächsten Behandlungsstelle durch den Versicherten oder einen seiner mitversicherten Familienangehörigen notwendig sind und sich nicht aus der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel innerhalb des Stadtgebietes (Strassenbahn, Autobus) ergeben, zu ersetzen, wenn die Entfernung mehr als 5 km beträgt.

Der Ersatz der Fahrtkosten hat nach dem Fahrpreis des billigsten öffentlichen Verkehrsmittels zu erfolgen. Dies gilt auch bei Benützung eines Privatfahrzeuges. Die tatsächliche Inanspruchnahme der Behandlungsstelle ist in jedem Fall nachzuweisen. Die Satzung kann bestimmen, dass bei Kindern und gebrechlichen Personen die Reise-(Fahrt-)kosten auch für eine Begleitperson gewährt werden.

(3) Bei Notwendigkeit des Transportes gehunfähiger erkrankter Versicherter zu besonderen Untersuchungen und Behandlungen sind über ärztlichen Antrag von der Kasse die Beförderungskosten zur nächstgelegenen geeigneten Behandlungsstelle als Pflichtleistung zu übernehmen.

(4) Sofern im Falle einer zu gewährenden Anstaltspflege der körperliche Zustand des Erkrankten oder die Entfernung seines Wohnsitzes seine Beförderung in die oder aus der Krankenanstalt erfordern, sind die notwendigen Kosten einer solchen Beförderung zur bzw. von der nächstgelegenen geeigneten Krankenanstalt von der Kasse als Pflichtleistung zu übernehmen. Bei Unfällen ist der Transport von der Unfallstelle zur Wohnung ebenfalls als Pflichtleistung zu gewähren.

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

(6) Durch die Satzung kann im Zusammenhang mit der Gewährung von Heilstättenpflege (§ 73 Abs. 1 Z. 3) die Übernahme von Reise-(Fahrt-) und Transportkosten als freiwillige Leistung vorgesehen werden.

7. Unterabschnitt.

Leistungen aus dem Versicherungsfall des Todes.

Begräbniskostenbeitrag.

§ 77. (1) Beim Tod eines Versicherten oder eines mitversicherten Familienangehörigen ist ein Begräbniskostenbeitrag zu gewähren.

(2) Der Begräbniskostenbeitrag beträgt mindestens S 1000,--. Durch die Satzung kann der Begräbniskostenbeitrag erhöht werden. Er darf höchstens 80 v.H. der höchsten Bemessungsgrundlage (§ 25) betragen.

(3) Beim Tod eines mitversicherten Familienangehörigen gebührt der Begräbniskostenbeitrag dem Versicherten. Beim Tod des Pflicht-, Selbst- und Weiterversicherten gebührt der Begräbniskostenbeitrag demjenigen, der die Kosten der Bestattung getragen hat. Hat jedoch eine juristische Person die Kosten getragen, so sind nacheinander der Ehegatte, die Kinder, der Vater, die Mutter oder die Geschwister bezugsberechtigt, wenn sie mit dem Verstorbenen zur Zeit seines Todes in häuslicher Gemeinschaft gelebt haben. Fehlen solche Berechtigten, so verbleibt der Begräbniskostenbeitrag der Kasse.

8/A

- 49 -

Abschnitt IV

Leistungen bei Bestand einer Zusatzversicherung.

Umfang der Leistungen; Anspruchsberechtigung.

§ 78. (1) Die Leistungen der Zusatzversicherung umfassen

1. Krankengeld,
2. Taggeld,
3. Wochengeld.

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

Krankengeld.

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

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

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

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

(5) Anspruchsberechtigte Versicherte, die bereits für 26 Wochen hintereinander oder insgesamt für ein und dieselbe Krankheit Krankengeld bezogen haben, erlangen erst wieder nach Ablauf von einem Jahr (gerechnet vom Tag der Aussteuerung nach Abs.4 an) für dieselbe Krankheit, für die der weggefallene Anspruch auf Krankengeld bestanden hat, einen neuen Anspruch in dem im Abs.4 angeführten Ausmass.

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

(7) Das tägliche Krankengeld wird durch die Satzung festgesetzt und darf 80 v.H. der Bemessungsgrundlage (§ 25) geteilt durch 30 nicht überschreiten. Die Satzung kann ein Mindestkrankengeld festsetzen, das S 20,-- nicht unterschreiten darf.

(8) Der Anspruch auf Krankengeld ruht:

1. solange die Arbeitsunfähigkeit der Kasse nicht gemeldet ist;
2. solange sich der Versicherte in Anstaltspflege befindet oder wenn der Versicherte auf Rechnung der Kasse einen Genesungs-, Erholungs- oder Kuraufenthalt (Zuschuss) erhält, für die Dauer dieses Aufenthaltes.

(9) Das Ruhen nach Abs. 8 Z.1 tritt nicht ein, wenn die Arbeitsunfähigkeit innerhalb einer Woche nach Beginn gemeldet wird. In Fällen, in denen die persönlichen Verhältnisse des Versicherten oder das Vorliegen besonderer Gründe für die nicht rechtzeitige Meldung der Arbeitsunfähigkeit es gerechtfertigt erscheinen lassen, kann die Satzung das Krankengeld bei nicht rechtzeitiger Meldung auch für die zurückliegende Zeit, für längstens vier Wochen vor der Meldung, vorsehen.

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

1. einer Ladung zum Chef-(Vertrauens-)arzt ohne wichtigen Grund nicht Folge leistet oder
 2. wiederholt Bestimmungen der Krankenordnung oder Anordnungen des behandelnden Arztes verletzt hat,
- in allen diesen Fällen, wenn der Versicherte vorher auf die Folgen seines Verhaltens schriftlich hingewiesen worden ist.

Taggeld.

§ 80. (1) Solange sich der Versicherte in Anstaltspflege befindet und das Krankengeld ausschliesslich aus diesem Grund ruht, gebührt an Stelle des Krankengeldes ein Taggeld. Das Taggeld ist mindestens in der Höhe der Hälfte des sich aus § 79 Abs.7 ergebenden Krankengeldes zu gewähren. Durch die Satzung kann das Taggeld erhöht werden. Es darf höchstens in der doppelten Höhe des Krankengeldes gewährt werden.

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

Wochengeld.

§ 81. (1) Das Wochengeld ist für die Dauer der letzten sechs Wochen vor der Entbindung, für den Entbindungstag selbst und für die ersten sechs Wochen nach der Entbindung zu gewähren. Für stillende Mütter verlängert sich diese

8/A

- 51 -

Frist bis zu acht Wochen nach der Entbindung, für Mütter nach Frühgeburten ist das Wochengeld bis einschliesslich der zwölften Woche nach der Entbindung zu gewähren. Die Sechswochenfrist vor der voraussichtlichen Entbindung ist auf Grund eines ärztlichen Zeugnisses zu berechnen. Irrt sich der Arzt über den Zeitpunkt der Entbindung, so verkürzt oder verlängert sich diese Frist entsprechend.

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

(3) Das Wochengeld ist in der Höhe des sich gemäss § 79 Abs.7 ergebenden Krankengeldes zu gewähren.

(4) Treffen Ansprüche auf Wochengeld und Krankengeld bzw. Taggeld zusammen, so gebührt nur das Wochengeld. Die Dauer des Wochengeldbezuges ist auf die Höchstdauer des Krankengeldanspruches nicht anzurechnen. Ist ein Anspruch auf Wochengeld noch nicht gegeben, so ruht für die Zeiten nach Abs. 1 auch der Anspruch auf Krankengeld bzw. Taggeld.

Abschnitt V

Leistungen bei Bestand einer Höherversicherung.

Umfang der Leistungen; Anspruchsberechtigung.

§ 82. (1) Die Leistungen der Höherversicherung sind neben den Leistungen nach Abschnitt III zu gewähren. Die Leistungen nach Abschnitt III und jene nach Abs. 2 Z. 1 und 2 dürfen zusammen die dem Versicherten tatsächlich erwachsenen Kosten nicht übersteigen. Hinsichtlich der Leistungsgewährung sowie Umfang und Höhe der Leistungen gelten die einschlägigen Bestimmungen dieses Bundesgesetzes sinngemäß.

(2) Die Leistungen der Höherversicherung werden

1. bei ärztlicher Hilfe,
2. bei Anstaltspflege sowie als
3. zusätzlicher Entbindungsbeitrag und
4. zusätzlicher Begräbniskostenbeitrag

gewährt.

(3) Die Anspruchsberechtigung auf Leistungen der Höherversicherung entsteht grundsätzlich erst nach Ablauf von 6 Monaten nach Beginn der Höherversicherung. Die Anspruchsberechtigung für die Leistung des zusätzlichen Entbindungsbeitrages entsteht jedoch erst nach Ablauf von 9 Monaten und die Anspruchsberechtigung für den zusätzlichen Begräbniskostenbeitrag nach Ablauf von 12 Monaten nach Beginn der Höherversicherung. Die

8/A

- 52 -

Anspruchsberechtigung auf Leistungen der Höherversicherung endet mit dem Ende der Höherversicherung.

Ausmaß der Leistungen.

§ 83. (1) Leistungen für ärztliche Hilfe sind durch Kostenersätze nach einem Vergütungstarif, der einen Bestandteil der Satzung bildet, zu erbringen.

(2) Im Falle der Wahl einer Krankenanstalt ohne allgemeine Gebührenklasse oder der Wahl einer höheren Gebührenklasse (Zahlstock) sind neben den Leistungen nach §§ 68 und 69 zu gewähren:

1. Vergütung der Differenz zwischen der Geldleistung nach Maßgabe der Bestimmungen des § 46 Abs. 2 lit. b und der Verpflegskosten für Selbstzahler in der allgemeinen Gebührenklasse oder der zweiten Gebührenklasse.
2. Vergütung der Operationskosten und Sondergebühren nach einem Vergütungstarif, der einen Bestandteil der Satzung bildet. Es können auch Pauschalsätze vorgesehen werden.

(3) Der Entbindungsbeitrag darf höchstens in der dreifachen Höhe der Leistung nach § 75 gewährt werden.

(4) Der Begräbniskostenbeitrag darf höchstens in der fünffachen Höhe der Leistung nach § 77 gewährt werden. Der Begräbniskostenbeitrag kann auch nach der Versicherungsdauer gestaffelt werden.

DRITTER TEIL: BEZIEHUNGEN DER VERSICHERUNGSTRÄGER (VERBÄNDE)

ZUEINANDER; ZU DEN FÜRSORGETRÄGERN und
VERTRAGSPARTNERN; ERSATZANSPRÜCHE; SCHADENERSATZ;
VERFAHREN.

Abschnitt I

Beziehungen der Versicherungsträger zueinander.

Gegenseitige Verwaltungshilfe.

§ 84. (1) Die Kassen sind verpflichtet, bei Erfüllung ihrer Aufgaben einander zu unterstützen; sie haben insbesondere Ersuchen, die zu diesem Zweck an sie ergehen, im Rahmen ihrer sachlichen und örtlichen Zuständigkeit zu entsprechen und auch unaufgefordert anderen Versicherungsträgern alle Mitteilungen zukommen zu lassen, die für deren Geschäftsbetrieb von Wichtigkeit sind.

(2) Die Bestimmungen des Abs. 1 sind entsprechend auf die Beziehungen der Kassen zum Verband und zu den anderen Sozialversicherungsträgern sowie zum Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger anzuwenden.

8/A

- 53 -

Verpflegskosten in den Einrichtungen der
Krankenversicherungsträger.

§ 85. (1) Die Kassen, die Kur-, Genesungs- und Erholungsheime betreiben, sollen mit anderen Versicherungsträgern, die diese Einrichtungen für ihre Versicherten in Anspruch nehmen, über die zu ersetzenden Verpflegskosten Vereinbarungen treffen.

(2) Kommt eine Vereinbarung im Sinne des Abs. 1 nicht zustande, setzt der Verband die Verpflegskosten mit verbindlicher Wirkung für alle Sozialversicherungsträger fest.

Ersatzansprüche im Verhältnis zwischen
Kranken- und Unfallversicherung.

§ 86. (1) Die Kassen nach diesem Bundesgesetz haben gegenüber den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung Anspruch auf den Ersatz des Aufwandes für Leistungen, die aus dem Versicherungsfall der Krankheit ab dem ersten Tag der fünften Woche nach dem Eintritt des Versicherungsfalles von ihnen erbracht worden sind, wenn es sich hierbei gleichzeitig um einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit im Sinne der Bestimmungen der §§ 175 bis 177 ASVG. handelt. Die Träger der Unfallversicherung haben den Kassen den jeweiligen Aufwand für die erbrachten Leistungen nach Maßgabe der Bestimmungen des § 87 zu ersetzen.

(2) Die Kassen haben weiters Anspruch auf den Ersatz des für den Versicherten gewährten Begräbniskostenbeitrages bis zu dem Betrag, um den das nach § 214 Abs. 2 ASVG. errechnete Sterbegeld den Betrag des nach § 214 Abs. 4 ASVG. vom Unfallversicherungsträger tatsächlich gewährten Sterbegeldes übersteigt.

(3) Die Kassen haben den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung die Aufwendungen, die diese in den ersten vier Wochen nach dem Eintritt des Versicherungsfalles im Zusammenhang mit einem Arbeitsunfall oder einer Berufsunfähigkeit für Leistungen der Krankenbehandlung des Versicherten erbracht haben, nach Maßgabe der Bestimmungen des § 87 zu ersetzen.

(4) Hat der Träger der Unfallversicherung Aufwendungen für die Heilbehandlung oder für wiederkehrende Geldleistungen aus der Unfallversicherung gemacht und stellt sich nachträglich heraus, daß die Krankheit nicht Folge eines Arbeitsunfalles ist, so hat die Kasse die Aufwendungen zu ersetzen, soweit sie nicht über die Aufwendungen für die entsprechenden Leistungen der Krankenversicherung hinausgehen.

Ausmaß des Ersatzanspruches zwischen den

Selbständigenkrankenkassen und Unfallversicherungsträgern.

§ 87. (1) Als Ersatz nach § 86 Abs. 1 und 3 ist hinsichtlich der Krankenbehandlung für jeden Kalendertag der Behandlungszeit zu leisten:

- a) bei einer als Anstaltspflege gewährten Krankenbehandlung (Unfallheilbehandlung) der für die Kassen jeweils geltende Pflegegebührenersatz sowie die notwendigen Transportkosten zum und vom Krankenhaus;
- b) bei einer nicht als Anstaltspflege gewährten Krankenbehandlung (Unfallheilbehandlung) ohne Rücksicht auf den Eintritt der Arbeitsunfähigkeit für jeden Kalendertag des Behandlungszeitraumes, soweit jedoch zwischen den einzelnen ärztlichen Behandlungen mehr als 13 Kalendertage liegen, für jeden Behandlungstag ein Betrag in der Höhe von 25 v.H. des 360. Teiles der im § 181 Abs. 1 erster Satz ASVG. festgesetzten Bemessungsgrundlage die für die gemäß § 8 Abs. 1 Z. 3 lit. a ASVG. in der Unfallversicherung Teilversicherten. Eine geschlossene Behandlungszeit, für die die Kosten der nicht als Anstaltspflege gewährten Krankenbehandlung (Unfallheilbehandlung) nach Kalendertagen abzugelten sind, liegt auch dann noch vor, wenn die Behandlung am selben Wochentag der zweiten Woche stattfindet.

(2) Die gegenseitige Verrechnung der Ersatzansprüche kann auch im Wege eines Pauschalabkommens, das zwischen dem Verband namens der ihm angeschlossenen Kassen und den Trägern der Unfallversicherung abzuschließen ist, durchgeführt werden.

Geltendmachung des Ersatzanspruches.

§ 88. (1) Findet die gegenseitige Abgeltung der Ersatzansprüche im Wege der Einzelabrechnung statt, so sind diese Ersatzansprüche nach Maßgabe der Bestimmungen des Abs. 2 vom ersatzberechtigten Versicherungsträger jeweils geltend zu machen.

(2) Der Ersatzanspruch ist ausgeschlossen, wenn er nicht spätestens sechs Monate nach Beendigung der Leistungen bei dem zum Ersatz Verpflichteten geltend gemacht wird. Hat der Ersatzberechtigte ohne sein Verschulden erst nach Ablauf dieser Zeit davon Kenntnis erhalten, daß die Voraussetzungen für einen Ersatzanspruch zutreffen, so kann er noch innerhalb zweier Wochen nach dem Tage, an dem er diese Kenntnis erlangt hat, den Anspruch geltend machen.

8/A

- 55 -

Sonstige Ersatzansprüche der Versicherungsträger
untereinander.

§ 89. Ersatzansprüche der Versicherungsträger untereinander sind, soweit in diesem Bundesgesetz nichts anderes bestimmt ist, bei sonstigem Verlust des Anspruches binnen sechs Jahren von dem Tag an, an dem der Versicherungsträger die letzte Leistung erbracht hat, geltend zu machen.

Abschnitt II

Beziehungen der Kassen zu den Fürsorgeträgern.

Pflichten der Fürsorgeträger.

§ 90. Die gesetzlichen Pflichten der Träger der öffentlichen Fürsorge (Fürsorgeträger) zur Unterstützung Hilfsbedürftiger werden durch dieses Bundesgesetz nicht berührt.

Ersatzanspruch des Fürsorgeträgers.

§ 91. (1) Unterstützt ein Fürsorgeträger auf Grund einer gesetzlichen Verpflichtung einen Hilfsbedürftigen für eine Zeit, für die er einen Anspruch auf eine Versicherungsleistung nach diesem Bundesgesetz hat, so hat die Kasse dem Fürsorgeträger die von diesem geleisteten Unterstützungen gemäß den Bestimmungen des § 92 zu ersetzen, jedoch nur bis zur Höhe der Versicherungsleistung, auf die der Unterstützte während dieser Zeit Anspruch hat und soweit der Kasse selbst Kosten für die Erbringung für die entsprechende Leistung erwachsen wären. Das gleiche gilt, wenn Angehörige des Berechtigten unterstützt werden, für solche Ansprüche, die dem Berechtigten mit Rücksicht auf diese Angehörigen zustehen.

(2) Der Ersatz nach Abs. 1 gebührt sowohl für Sachleistungen als auch für Geldleistungen des Fürsorgeträgers, für letztere jedoch nur, wenn sie entweder während des Laufes des Verfahrens zur Feststellung der Versicherungsleistung oder bei nachgewiesener nicht rechtzeitiger Auszahlung einer bereits festgestellten Versicherungsleistung gewährt werden.

Ersatzleistungen aus der Krankenversicherung.

§ 92. (1) Aus den Leistungen der Krankenversicherung gebührt dem Fürsorgeträger Ersatz nur, wenn die Fürsorgeleistung wegen der Krankheit, Arbeitsunfähigkeit oder der Mutterschaft gewährt wurde, auf die sich der Anspruch des Unterstützten gegen die Kasse gründet, oder wenn die Fürsorgeleistung im Falle des Todes gewährt wurde und ein Anspruch auf Begräbniskostenbeitrag aus der Krankenversicherung besteht.

8/A

- 56 -

(2) Zu ersetzen sind:

1. Kosten der Bestattung aus dem Begräbniskostenbeitrag;
2. Fürsorgeleistungen, die wegen Krankheit, Arbeitsunfähigkeit oder Mutterschaft gewährt werden, aus den ihnen entsprechenden Leistungen der Krankenversicherung.

Abzug von den Geldleistungen.

§ 93. Die Kassen haben die Beträge, die sie zur Befriedigung von Ersatzansprüchen der Fürsorgeträger für erbrachte Geldleistungen (§§ 91 und 92) aufgewendet haben, von den Geldleistungen im Sinne der Bestimmungen des § 46 Abs. 2 lit. a abzuziehen. Für den Abzug bedarf es nicht der Zustimmung des Unterstützten.

Frist für die Geltendmachung des

Ersatzanspruches.

§ 94. (1) Der Ersatzanspruch des Fürsorgeträgers für Sachleistungen ist ausgeschlossen, wenn er nicht spätestens sechs Monate nach Ablauf der Fürsorgeleistung bei der zuständigen Kasse geltend gemacht wird.

(2) Für Geldleistungen kann der Anspruch auf Ersatz vom Fürsorgeträger nur erhoben werden, wenn

1. die Fürsorgeleistung innerhalb von 14 Tagen nach der Zuerkennung, sofern jedoch der Fürsorgeträger erst später vom Anspruch des Versicherten auf eine Geldleistung im Sinne des § 46 Abs. 2 lit. a Kenntnis erhält, innerhalb von 14 Tagen nach diesem Zeitpunkt der Selbständigenkrankenkasse angezeigt wird und
2. der Anspruch auf Ersatz spätestens innerhalb zweier Monate nach dem Tag geltend gemacht wird, an dem der Fürsorgeträger vom Anfall der Geldleistung durch die Kasse benachrichtigt worden ist.

(3) Der Ersatzanspruch des Fürsorgeträgers für Geldleistungen ist für eine Zeit ausgeschlossen, für die eine Geldleistung im Sinne des § 46 Abs. 2 lit. a fällig geworden ist, wenn der Fürsorgeträger nach einer gemäß Abs. 2 Z. 1 erstatteten Anzeige vom Anfall dieser Geldleistung durch die Kasse benachrichtigt worden ist.

8/A

- 57 -

Abschnitt III

Beziehungen der Kassen zu den Ärzten, Dentisten,
Hebammen, Apothekern, Krankenanstalten und anderen
Vertragspartnern.

1. Unterabschnitt:

Gemeinsame Bestimmungen

Regelung durch Verträge:

§ 95. (1) Die Beziehungen der Kassen zu den freiberuflich tätigen Ärzten, Dentisten, Hebammen, Apothekern und anderen Vertragspartnern werden durch privatrechtliche Verträge nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen geregelt. Diese Verträge bedürfen zu ihrer Rechtsgültigkeit der schriftlichen Form.

(2) Abs. 1 gilt entsprechend für die Regelung der Beziehungen der Kassen zu den Krankenanstalten.

2. Unterabschnitt

Beziehungen der Kassen zu den Ärzten

Bundes-Ärzteausschuß

§ 96. Der gemäß § 340 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes eingerichtete Bundes-Ärzteausschuß hat auch grundsätzliche Fragen, welche die Beziehungen zwischen den Kassen und den freiberuflich tätigen Ärzten betreffen, insbesondere die gemäß § 97 abzuschließenden Gesamtverträge, zu beraten.

Gesamtvertrag

§ 97. (1) Die Beziehungen zwischen den Kassen und den freiberuflich tätigen Ärzten werden durch Gesamtverträge geregelt, die für die Kassen durch den Verband mit den örtlich zuständigen Ärztekammern abzuschließen sind. Die Gesamtverträge bedürfen der Zustimmung der betroffenen Kasse. Die Österreichische Ärztekammer kann mit Zustimmung der beteiligten Ärztekammer den Gesamtvertrag mit Wirkung für diese abschließen.

(2) Der Inhalt des Gesamtvertrages ist auch Inhalt des zwischen der Kasse und dem Arzt abzuschließenden Einzelvertrages. Vereinbarungen zwischen der Kasse und dem Arzt im Einzelvertrag sind rechtsunwirksam, insoweit sie gegen den Inhalt eines für den Niederlassungsort des Arztes geltenden Gesamtvertrages verstoßen.

8/A

- 58 -

Inhalt der Gesamtverträge

§ 98. (1) Die zwischen dem Verband und den Ärztekammern abzuschließenden Gesamtverträge haben nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen insbesondere folgende Gegenstände zu regeln:

1. Abschluß und Lösung der mit den Vertragsärzten zu treffenden Abmachungen (Einzelverträge);
2. die Rechte und Pflichten der Vertragsärzte, insbesondere auch ihre Ansprüche auf Vergütung der ärztlichen Leistung (Vertragstarife);
3. die Vorsorge zur Sicherstellung einer wirtschaftlichen Behandlung und Verschreibweise;
4. die Ausstellung von Bescheinigungen, die für die Durchführung der Selbständigenkrankenversicherung erforderlich sind;
5. die Zusammenarbeit der Vertragsärzte mit dem bei der Kasse eingerichteten chef- und kontrollärztlichen Dienst;
6. die Kündigung und Auflösung des Gesamtvertrages;
7. die Verlautbarung des Gesamtvertrages und seiner Abänderungen.

(2) Die Vergütung der vertragsärztlichen Tätigkeit ist nach Einzelleistungen nach einem bundeseinheitlichen Tarif zu vereinbaren. Die Vereinbarungen über die Vergütung der ärztlichen Leistungen sind in einer Honorarordnung zusammenzufassen; diese bildet einen Bestandteil der Gesamtverträge.

Aufnahme der Ärzte in den Vertrag und Auflösung
des Vertragsverhältnisses.

§ 99. (1) Der Abschluß der Einzelverträge zwischen der Kasse und dem Arzt erfolgt nach den Bestimmungen des Gesamtvertrages und im Einvernehmen mit der zuständigen Ärztekammer.

(2) Das Vertragsverhältnis zwischen dem Arzt und der Kasse erlischt ohne Kündigung im Falle

1. der Auflösung der Kasse;
2. des Wirksamwerdens gesetzlicher Vorschriften, durch die die Tätigkeit der Kasse entweder eine örtliche oder eine sachliche Einschränkung erfährt, in deren Folge die Tätigkeit als Vertragsarzt nicht mehr in Frage kommt;
3. des Todes des Vertragsarztes, wobei die bis zu diesem Zeitpunkt erworbenen Honoraranprüche des Arztes auf die Erben übergehen;
4. der rechtskräftigen Verurteilung des Vertragsarztes wegen eines Verbrechens oder wegen eines aus Gewinnsucht begangenen Vergehens oder einer solchen Übertretung;

8/A

- 59 -

5. einer im Zusammenhang mit der Ausübung des ärztlichen Berufes wegen groben Verschuldens strafgerichtlichen rechtskräftigen Verurteilung;
6. eines wiederholten rechtskräftigen zivilgerichtlichen Urteils, in welchem ein Verschulden des Vertragsarztes im Zusammenhang mit der Ausübung seiner vertragsärztlichen Tätigkeit festgestellt wird.

(3) Die Kasse ist zur Auflösung des Vertragsverhältnisses mit einem Vertragsarzt verpflichtet, wenn der Arzt die österreichische Staatsbürgerschaft oder die Berechtigung zur Ausübung des ärztlichen Berufes verliert oder wenn ihm diese Berechtigung von Anfang an fehlte oder wenn einvernehmlich mit der zuständigen Ärztekammer festgestellt wird, daß die Voraussetzungen, die zur Bestellung des Vertragsarztes erforderlich sind, von Anfang an nicht gegeben waren.

(4) Das Vertragsverhältnis kann unbeschadet der Bestimmungen der Abs.2 und 3 von beiden Teilen unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist zum Ende eines Kalendervierteljahres gelöst werden. Der gekündigte Arzt kann innerhalb zweier Wochen die Kündigung der Kasse bei der Landesschiedskommission mit Einspruch anfechten. Der Einspruch hat aufschiebende Wirkung. Die Landesschiedskommission kann die Kündigung der Kasse für unwirksam erklären, wenn

- a) die Kündigung für den Arzt eine soziale Härte bedeutet oder
- b) die Kündigung nicht in den besonderen Verhältnissen der Vertragspartner begründet ist.

Entscheidung von Streitigkeiten aus dem Einzelvertrag

§ 100. Zur Schlichtung und Entscheidung von Streitigkeiten aus dem Einzelvertrag ist in jedem Land eine paritätische Schiedskommission zu errichten. Diese besteht aus der gleichen Zahl von Vertretern der zuständigen Ärztekammer und der beteiligten Kasse. Kommt bei Stimmgleichheit ein Beschluß in der Schiedskommission nicht zustande, dann geht die Zuständigkeit zur Entscheidung der anhängigen Streitsache auf Antrag der zuständigen Ärztekammer oder der beteiligten Kasse auf die Landesschiedskommission über.

Entscheidung von Streitigkeiten durch die Landesschiedskommission.

§ 101. (1) Zur Schlichtung und Entscheidung von Streitigkeiten zwischen den Parteien eines Gesamtvertrages, zur Entscheidung über die Zulässigkeit einer Kündigung gemäß § 99 Abs.4 und zur Entscheidung in den Fällen des Überganges der Zuständigkeit nach § 100 letzter Satz ist die für jedes

8/A

- 60 -

Land gemäß § 345 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes errichtete Landesschiedskommission zuständig.

(2) Gegen die Entscheidungen der Landesschiedskommission kann Berufung an die Bundesschiedskommission erhoben werden. Gegen die Entscheidungen, für die die Landesschiedskommission gemäß § 100 letzter Satz zuständig wurde, ist keine Berufung zulässig.

Bundesschiedskommission.

§ 102. (1) Zur Entscheidung über Berufungen, die gemäß § 101 Abs.2 erhoben werden, ist die gemäß § 346 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes errichtete Bundesschiedskommission zuständig.

(2) Entscheidungen der Bundesschiedskommission unterliegen weder der Aufhebung noch der Abänderung im Verwaltungswege.

Bindung an Entscheidungen und Beschlüsse der Kommissionen.

§ 103. Die Gerichte, Verwaltungsbehörden, die Kassen und der Verband wie auch die Österreichische Ärztekammer und die Ärztekammern in den Bundesländern sind auch in Angelegenheiten der Selbständigenkrankenversicherung an die innerhalb der Grenzen der Zuständigkeit gefällten Entscheidungen und Beschlüsse der in den §§ 100 bis 102 bezeichneten Kommissionen gebunden.

Bestimmung des Inhaltes eines Gesamtvertrages durch die Bundesschiedskommission.

§ 104. (1) Auf Antrag der Österreichischen Ärztekammer oder des Verbandes setzt die Bundesschiedskommission den Inhalt eines aufgekündigten Gesamtvertrages für höchstens drei Monate - gerechnet vom Tage der Entscheidung - fest. Dieser Antrag kann gestellt werden, wenn sechs Wochen vor Ablauf der Geltungsdauer des Gesamtvertrages ein neuer Gesamtvertrag nicht geschlossen wurde und wenn die Geltungsdauer des aufgekündigten Gesamtvertrages noch nicht abgelaufen ist.

(2) Wenn ein Antrag gemäß Abs. 1 fristgerecht gestellt wird, dann bleibt der aufgekündigte Gesamtvertrag bis zur Entscheidung der Bundesschiedskommission vorläufig in Kraft.

(3) Mit Ablauf der Geltungsdauer des gemäß Abs. 1 festgesetzten Gesamtvertrages erlöschen die von seinem Geltungsbereich erfaßten Einzelverträge.

3. Unterabschnitt

Beziehungen der Kassen zu anderen Vertragspartnern.

Gesamtverträge.

§ 105. (1) Die Beziehungen zwischen den Kassen und den freiberuflich tätigen Dentisten werden durch Gesamtverträge geregelt. Hierbei finden die Bestimmungen der §§ 96 bis 99 mit der Maßgabe sinngemäß Anwendung, daß an die Stelle der Ärztekammern die Österreichische Dentistenkammer in Wien tritt.

(2) Die Beziehungen zwischen den Kassen und den anderen Vertragspartnern als Ärzten, Dentisten und Krankenanstalten können durch Gesamtverträge geregelt werden. Hierbei finden die Bestimmungen des § 97 mit der Maßgabe sinngemäß Anwendung, daß an die Stelle der Ärztekammern die zuständige gesetzliche berufliche Vertretung beziehungsweise die zuständige Berufsvereinigung oder Organisation tritt.

(3) In einem gemäß Abs. 2 abgeschlossenen Gesamtvertrag kann vorgesehen werden, daß dieser Vertrag mit verbindlicher Wirkung die Beziehungen zwischen den Kassen und den Mitgliedern der in Betracht kommenden gesetzlichen beruflichen Vertretung beziehungsweise Berufsvereinigung oder Organisation regelt.

8/A

- 62 -

Abgabe von Heilmitteln.

§ 106. Heilmittel (§ 65) dürfen von den öffentlichen Apotheken (ärztlichen Hausapotheken) für Rechnung der Kassen nur abgegeben werden, wenn sie von einem mit der Kasse in einem Vertragsverhältnis stehenden Arzt verschrieben werden und nach den vom Verband erlassenen Richtlinien über die ökonomische Verschreibeweise zur freien Verschreibung zugelassen oder aber - soweit eine chef- oder kontrollärztliche Bewilligung in diesen Richtlinien vorgesehen ist - vom Chef- oder Kontrollarzt bewilligt sind.

Entscheidung von Streitigkeiten aus
dem Einzel- und Gesamtvertrag.

§ 107. Die Bestimmungen der §§ 100 bis 104 gelten sinngemäß für das Vertragsverhältnis zwischen den Kassen einerseits und den Dentisten, Hebammen und Apothekern sowie deren gesetzlichen Interessenvertretungen andererseits. Soweit in diesen Bestimmungen den Ärztekammern die Berufung von Beisitzern vorbehalten ist, treten an die Stelle der Ärztekammern die in Betracht kommenden gesetzlichen beruflichen Vertretungen der Vertragspartner.

Abschnitt IV

Schadenersatz und Haftung.

Übergang von Schadenersatzansprüchen auf die
Kassen.

§ 108. (1) Können Personen, denen nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes Leistungen zustehen oder für die als Familienangehörige im Rahmen der Familienversicherung (§ 10) Leistungen zu gewähren sind, den Ersatz des Schadens, der ihnen durch den Versicherungsfall erwachsen ist, auf Grund anderer gesetzlicher Vorschriften beanspruchen, geht der Anspruch auf die Kasse insoweit über, als diese Leistungen zu erbringen hat. Ansprüche auf Schmerzensgeld gehen auf die Kasse nicht über.

(2) Die Kasse kann Ersatzbeträge, die der Ersatzpflichtige dem Versicherten (Familienangehörigen) oder seinen Hinterbliebenen in Unkenntnis des Überganges des Anspruches gemäß Abs. 1 geleistet hat, auf die nach diesem Bundesgesetz zustehenden Leistungsansprüche ganz oder zum Teil anrechnen. Soweit hienach Ersatzbeträge angerechnet werden, erlischt der nach Abs. 1 auf die Kasse übergegangene Ersatzanspruch gegen den Ersatzpflichtigen.

8/A

- 63 -

(3) Die Kasse kann einen im Sinne der Abs. 1 und 2 auf sie übergegangenen Schadenersatzanspruch gegen eine Person, die als Dienstnehmer im Zeitpunkt des schädigenden Ereignisses in demselben Betrieb wie der Verletzte oder Getötete beschäftigt war, nur geltend machen, wenn

- a) der Dienstnehmer den Versicherungsfall vorsätzlich oder grob fahrlässig verursacht hat oder
- b) der Versicherungsfall durch ein Verkehrsmittel verursacht wurde, für dessen Betrieb auf Grund gesetzlicher Vorschrift eine erhöhte Haftpflicht besteht.

In den Fällen der lit. b kann die Kasse den Schadenersatzanspruch unbeschadet der Bestimmungen des § 109 über das Zusammentreffen von Schadenersatzansprüchen verschiedener Versicherungsträger und den Vorrang eines gerichtlich festgestellten Schmerzensgeldanspruches nur bis zur Höhe der aus einer bestehenden Haftpflichtversicherung zur Verfügung stehenden Versicherungssumme geltend machen, es sei denn, daß der Versicherungsfall durch den Dienstnehmer vorsätzlich oder grob fahrlässig verursacht worden ist.

Konkurrenz von Ersatzansprüchen mehrerer Versicherungsträger.

§ 109. Treffen Ersatzansprüche verschiedener Versicherungsträger aus demselben Ereignis zusammen, welche die aus einer bestehenden Haftpflichtversicherung zur Verfügung stehende Versicherungssumme übersteigen, so sind sie aus dieser unbeschadet der weiteren Haftung des Ersatzpflichtigen im Verhältnis ihrer Ersatzforderungen zu befriedigen. Ein gerichtlich festgestellter Schmerzensgeldanspruch geht hierbei den Ersatzansprüchen der Versicherungsträger im Range vor.

Verjährung der Ersatzansprüche.

§ 110. Für die Verjährung der Ersatzansprüche nach diesem Bundesgesetz gelten die Bestimmungen des § 1489 des Allgemeinen Bürgerlichen Gesetzbuches.

8/A

- 64 -

Abschnitt V

Verfahren.

Anwendung des Allgemeinen Sozial-
versicherungsgesetzes.

§ 111. Hinsichtlich des Verfahrens zur Durchführung dieses Bundesgesetzes gelten die Bestimmungen des Siebenten Teiles des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes mit der Maßgabe entsprechend, daß bei den Schiedsgerichten eine eigene Abteilung für die Angelegenheiten der Selbständigenkrankenversicherung zu bilden ist und daß beide Beisitzer dem Kreise der Versicherten angehören.

VIERTER TEIL: AUFBAU DER VERWALTUNG.

Abschnitt I

Verwaltungskörper der Kassen.

Arten der Verwaltungskörper.

§ 112. Die Verwaltungskörper der Kassen sind:

1. die Hauptversammlung;
2. der Vorstand;
3. der Überwachungsausschuß.

Versichertenvertreter.

§ 113. (1) Die Verwaltungskörper bestehen, soweit in diesem Bundesgesetz nichts anderes vorgesehen ist, aus Vertretern der in der Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz Versicherten. Die Versichertenvertreter haben die Gesetze der Republik Österreich einzuhalten, die Verschwiegenheitspflicht zu beachten und ihr Amt gewissenhaft und unparteiisch auszuüben.

(2) Versichertenvertreter können nur österreichische Staatsbürger sein, die nicht vom Wahlrecht in die gesetzgebenden Organe ausgeschlossen sind, am Tage der Berufung das 24. Lebensjahr vollendet und den Standort des Betriebes oder ihren Wohnort im Sprengel der Kasse haben. Sie müssen entweder seit mindestens sechs Monaten in Österreich eine die Pflichtversicherung in der Krankenversicherung nach diesem

8/A

- 65 -

Bundesgesetz begründende Erwerbstätigkeit ausüben oder Vorstandsmitglieder oder Bedienstete einer öffentlich-rechtlichen Interessenvertretung oder einer Berufsvereinigung der nach diesem Bundesgesetz pflichtversicherten selbständig Erwerbstätigen sein.

(3) Jeder Versichertenvertreter muß, sofern es sich nicht um ein Vorstandsmitglied oder um einen Bediensteten einer öffentlich-rechtlichen Interessenvertretung oder einer Berufsvereinigung der nach diesem Bundesgesetz pflichtversicherten selbständig Erwerbstätigen handelt, im Zeitpunkt seiner Entsendung der betreffenden Kasse als Pflichtversicherter oder als Selbstversicherter angehören.

(4) Kein Mitglied eines Verwaltungskörpers darf in diesem mehr als eine Stimme führen.

(5) Die Mitglieder der Verwaltungskörper versehen ihr Amt auf Grund einer öffentlichen Verpflichtung als Ehrenamt; ihre Tätigkeit in Ausübung dieses Amtes begründet kein Dienstverhältnis zur Kasse. Den Mitgliedern der Verwaltungskörper können jedoch Entschädigungen gewährt werden, deren Höhe der Vorstand festzusetzen hat. Das Bundesministerium für soziale Verwaltung hat hiefür nach Anhörung des Verbandes Grundsätze aufzustellen und für verbindlich zu erklären, wobei für Reisekostenentschädigungen und Sitzungsgelder einheitliche Höchstsätze und für Funktionsgebühren Höchstsätze unter Berücksichtigung des örtlichen Wirkungsbereiches und der Zahl der Versicherten festzusetzen sind.

(6) Personen, über deren Vermögen der Konkurs oder das Ausgleichsverfahren eröffnet ist, sind vom Amt eines Versichertenvertreters auszuschließen.

(7) Bedienstete der Sozialversicherungsträger und ihrer Verbände sowie Personen, die mit diesen Stellen in regelmäßigen geschäftlichen Beziehungen stehen, können nicht Versichertenvertreter sein.

Bestellung der Versichertenvertreter.

§ 114. (1) Die Versichertenvertreter sind von den örtlich und sachlich zuständigen öffentlich-rechtlichen Interessenvertretungen der nach diesem Bundesgesetz in der Krankenversicherung der in der gewerblichen Wirtschaft selbständig erwerbstätigen Pflicht- oder Selbstversicherten in die Verwaltungskörper der Kasse zu entsenden. Bestehen solche Interessenvertretungen nicht, so sind die Versichertenvertreter vom Landeshauptmann zu entsenden.

8/A

- 66 -

(2) Der Landeshauptmann hat, wenn mehrere entsendeberechtigte Stellen in Betracht kommen, die auf die einzelnen Stellen entfallende Zahl von Versichertenvertretern unter Bedachtnahme auf die durchschnittliche Zahl der Versicherten in den den einzelnen Stellen zugehörigen Versichertengruppen festzusetzen. Die Aufteilung gilt jeweils für die betreffende Amtsdauer.

(3) Der Landeshauptmann hat die in Betracht kommenden entsendeberechtigten Stellen aufzufordern, die Vertreter innerhalb einer angemessenen Frist, die mindestens einen Monat zu betragen hat, zu entsenden. Werden die Vertreter innerhalb dieser Frist nicht entsendet, so hat sie der Landeshauptmann zu bestellen, ohne an einen Vorschlag gebunden zu sein.

(4) Bei Kassen, deren Sprengel sich über mehr als ein Bundesland erstreckt, gelten die Bestimmungen der Abs. 2 und 3 mit der Maßgabe, daß die Befugnisse des Landeshauptmannes dem Bundesministerium für soziale Verwaltung zustehen.

(5) Vor Aufteilung der Zahl der Versichertenvertreter bei den einzelnen Kassen im Sinne des Abs. 2 ist den in Betracht kommenden entsendeberechtigten Stellen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

(6) Für jedes Mitglied eines Verwaltungskörpers ist gleichzeitig mit dessen Bestellung und auf dieselbe Art ein Stellvertreter zu bestellen. Dieser hat das Mitglied zu vertreten, wenn es zeitweilig an der Ausübung seiner Funktion verhindert ist.

(7) Scheidet ein Mitglied oder ein Stellvertreter dauernd aus, so hat die Stelle, die den Ausgeschiedenen bestellt hat, für den Rest der Amtsdauer ein neues Mitglied (einen neuen Stellvertreter) zu bestellen.

Ablehnung des Amtes.

§ 115. Das Amt eines Versichertenvertreters darf nur aus wichtigen Gründen abgelehnt werden. Nach mindestens zweijähriger Amtsführung kann eine Wiederbestellung für die nächste Amtsdauer abgelehnt werden.

Enthebung von Versichertenvertretern.

§ 116. (1) Ein Versichertenvertreter ist seines Amtes zu entheben:

1. wenn Tatsachen bekannt werden, die seine Bestellung ausschließen würden;
2. wenn sich der Versichertenvertreter seinen Pflichten entzieht;
3. unbeschadet der Bestimmung des § 113 Abs. 2 zweiter Satz, wenn ein Versichertenvertreter seit mehr als drei Monaten aufgehört hat, der Gruppe der Versicherten anzugehören, für die er bestellt wurde;

8/A

- 67 -

4. wenn ein wichtiger Grund zur Enthebung vorliegt und der Versichertenvertreter seine Enthebung unter Berufung darauf beantragt.

Vor der Enthebung des Versichertenvertreters gemäß Z. 4 ist die zur Entsendung berufene Stelle anzuhören.

(2) Die Enthebung des Obmannes und des Vorsitzenden des Überwachungsausschusses sowie deren Stellvertreter steht der Aufsichtsbehörde, die der sonstigen Mitglieder des Überwachungsausschusses dem Vorsitzenden dieses Ausschusses, die der sonstigen Versichertenvertreter dem Obmann zu.

(3) Die Aufsichtsbehörde kann Versichertenvertreter auf begründeten Antrag der zur Entsendung berufenen Stelle ihres Amtes entheben.

(4) Vor der Enthebung eines Versichertenvertreters nach Abs. 1 Z. 1 bis 3, Abs. 2 und 3 ist diesem Gelegenheit zur Äußerung zu geben und gleichzeitig die zur Entsendung berufene öffentlich-rechtliche Interessenvertretung zu verständigen. Dem vom Obmann oder vom Vorsitzenden des Überwachungsausschusses Entobenen steht das Recht der Beschwerde zu. Sie ist binnen zwei Wochen nach Zustellung des Beschlusses über die Enthebung beim Bundesministerium für soziale Verwaltung als Aufsichtsbehörde einzubringen. Dieses entscheidet endgültig.

(5) Die Aufsichtsbehörde hat dem Antrag einer zur Entsendung berufenen öffentlich-rechtlichen Interessenvertretung auf Enthebung der von dieser entsendeten Versichertenvertreter zu entsprechen, wenn der Antrag aus dem Grunde der Neuwahl in die betreffende Interessenvertretung innerhalb von sechs Monaten nach der Neuwahl gestellt wird. In diesem Fall entfällt die Anhörung der zu enthebenden Versichertenvertreter.

(6) Ist das Mitglied eines Verwaltungskörpers gleichzeitig auch Mitglied eines anderen Verwaltungskörpers bei ein und derselben Kasse (§ 119 Abs. 2), so erstreckt sich die Enthebung auch auf das Amt im anderen Verwaltungskörper.

Haftung der Versichertenvertreter.

§ 117. Die Mitglieder der Verwaltungskörper haften unbeschadet der Bestimmungen des Amtshaftungsgesetzes für jeden Schaden, der der Kasse aus der Vernachlässigung ihrer Pflichten erwächst. Die Kassen können auf Ansprüche aus der Haftung nur mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde verzichten. Macht eine Kasse trotz mangelnder Genehmigung der Aufsichtsbehörde die Haftung nicht geltend, so kann diese die Haftung an Stelle und auf Kosten der Kasse geltend machen.

8/A

- 68 -

Amtsdauer.

§ 118. Die Amtsdauer der Verwaltungskörper währt jeweils fünf Jahre. Nach Ablauf der Amtsdauer hat der alte Verwaltungskörper die Geschäfte so lange weiterzuführen, bis der neue Verwaltungskörper zusammentritt. Die Zeit der Weiterführung der Geschäfte durch den alten Verwaltungskörper zählt auf die fünfjährige Amtsdauer des neuen Verwaltungskörpers.

Zusammensetzung der Verwaltungskörper.

§ 119. (1) Die Zahl der Versichertenvertreter in der Hauptversammlung beträgt:

bei Kassen mit einem

Versichertenstand bis zu 20.000..... 30;

bei Kassen mit einem

Versichertenstand bis zu 50.000 60;

bei Kassen mit einem

Versichertenstand über 50.000..... 90.

(2) Die Mitglieder des Vorstandes und des Überwachungsausschusses gehören gleichzeitig der Hauptversammlung an. Ihre Zahl ist auf die Zahl der Versichertenvertreter in der Hauptversammlung anzurechnen.

(3) Die Zahl der Versichertenvertreter im Vorstand beträgt:

bei Kassen mit einem

Versichertenstand bis zu 50.000 10;

bei Kassen mit einem

Versichertenstand über 50.000 15.

(4) Die Zahl der Versichertenvertreter im Überwachungsausschuß beträgt bei den Kassen 5.

Vorsitz in den Verwaltungskörpern.

§ 120. (1) Den Vorsitz in der Hauptversammlung und im Vorstand hat der vom Vorstand auf dessen Amtsdauer gewählte Obmann, bei dessen Verhinderung der erste bzw. zweite Obmannstellvertreter zu führen. Der Obmann und seine Stellvertreter sind aus der Mitte des Vorstandes zu wählen.

(2) Gleichzeitig mit dem Obmann sind zwei Stellvertreter zu wählen.

(3) Den Vorsitzenden des Überwachungsausschusses hat der Ausschuß aus seiner Mitte zu wählen. Gleichzeitig ist ein Stellvertreter des Vorsitzenden zu wählen.

8/A

- 69 -

Angelobung der Versichertenvertreter.

§ 121. (1) Die Obmänner der Kassen und ihre Stellvertreter sind vom zuständigen Landeshauptmann bei Antritt ihres Amtes in Eid und Pflicht zu nehmen. Bei Kassen, deren Sprengel sich über mehr als ein Bundesland erstreckt, tritt an die Stelle des Landeshauptmannes das Bundesministerium für soziale Verwaltung. Das gleiche gilt für den Vorsitzenden des Überwachungsausschusses sowie für dessen Stellvertreter.

(2) Die übrigen Versichertenvertreter hat der Obmann bzw. der vorläufige Verwalter (§ 136) beim Antritt ihres Amtes auf Gehorsam gegen die Gesetze der Republik Österreich, Amtsverschwiegenheit sowie gewissenhafte und unparteiische Ausübung ihres Amtes zu verpflichten.

Abschnitt II

Aufgaben der Verwaltungskörper.

Aufgaben der Hauptversammlung.

§ 122. (1) Die Hauptversammlung hat jährlich mindestens einmal zusammenzutreten. Sie ist vom Vorstand einzuberufen. Ihr ist vorbehalten:

1. die Beschlußfassung über den Jahresvoranschlag (Haushaltsplan);
2. die Beschlußfassung über den aus dem Rechnungsabschluß und den statistischen Nachweisungen bestehenden Jahresbericht des Vorstandes und über die Entlastung des Vorstandes;
3. die Beschlußfassung über allfällige Zuweisungen an den Unterstützungsfonds;
4. die Beschlußfassung über die Satzung und deren Änderung;
5. die Entscheidung über die Verfolgung von Ansprüchen, die der Kasse gegen Mitglieder der Verwaltungskörper aus deren Amtsführung erwachsen, und die Bestellung der zur Verfolgung dieser Ansprüche Beauftragten.

(2) Über die im Abs. 1 Z. 2 und 4 genannten Gegenstände kann nur mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der abgegebenen Stimmen gültig Beschluß gefaßt werden. Die Aufsichtsbehörde kann eine vorläufige Verfügung treffen, wenn innerhalb einer von ihr festgesetzten Frist ein gültiger Beschluß der Hauptversammlung über die Satzung und deren Änderung nicht zustandekommt. Die vorläufige Verfügung der Aufsichtsbehörde tritt außer Kraft, sobald ein gesetzmäßiger gültiger Beschluß der Hauptversammlung über die Satzung bzw. deren Änderung gefaßt und der Aufsichtsbehörde zur Kenntnis gebracht worden ist. Bei Ablehnung der Entlastung hat die Aufsichtsbehörde zu entscheiden.

8/A

- 70 -

Aufgaben des Vorstandes und seiner Ausschüsse.

§ 123. (1) Dem Vorstand obliegt die Geschäftsführung, soweit diese nicht durch Gesetz oder Satzung anderen Verwaltungskörpern oder Einrichtungen zugewiesen ist. Er kann unbeschadet seiner eigenen Verantwortlichkeit und der Bestimmung des Abs. 2 einzelne Obliegenheiten dem Obmann (Obmannstellvertreter) oder engeren Ausschüssen, ebenso die Besorgung bestimmter laufender Angelegenheiten dem Büro der Kasse übertragen.

(2) Der Vorstand hat die Kasse im Rahmen seiner Geschäftsführungsbefugnisse gerichtlich und außergerichtlich zu vertreten; insoweit hat er die Stellung eines gesetzlichen Vertreters.

(3) Die Satzung hat zu bestimmen, inwieweit die Vorsitzenden und andere Mitglieder der geschäftsführenden Verwaltungskörper die Kassen vertreten können.

(4) Zum Nachweis der Vertretungsbefugnis genügt eine Bescheinigung der Aufsichtsbehörde.

Aufgaben des Überwachungsausschusses.

§ 124. (1) Der Überwachungsausschuß ist berufen, die gesamte Gebarung der Kasse ständig zu überwachen, zu diesem Zweck insbesondere die Buch- und Kassenführung und den Rechnungsabschluß zu überprüfen, über seine Wahrnehmungen Bericht zu erstatten und die entsprechenden Anträge zu stellen.

(2) Der Vorstand und der leitende Angestellte der Kasse sind verpflichtet, dem Überwachungsausschuß alle Aufklärungen zu geben und alle Belege und Behelfe vorzulegen, die er zur Ausübung seiner Tätigkeit benötigt. Dem Überwachungsausschuß ist vor der Beschlußfassung über den Jahresvoranschlag Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

(3) Der Überwachungsausschuß ist berechtigt, an den Sitzungen des Vorstandes durch drei Vertreter mit beratender Stimme teilzunehmen. Er ist deshalb von jeder Vorstandssitzung ebenso in Kenntnis zu setzen wie die Mitglieder des Vorstandes; in gleicher Weise ist er auch mit den den Vorstandsmitgliedern etwa zur Verfügung gestellten Behelfen (Tagesordnung, Ausweisen, Berichten und anderen Behelfen) zu beteiligen. Das gleiche Recht steht dem Vorstand hinsichtlich der Sitzungen des Überwachungsausschusses zu.

8/A

- 71 -

(4) Auf Begehren des Vorstandes hat der Überwachungsausschuß seine Anträge samt deren Begründung dem Vorstand auch schriftlich ausgefertigt zu übergeben. Der Überwachungsausschuß ist berechtigt, seine Ausführungen binnen drei Tagen nach der durch den Vorstand erfolgten Beschlußfassung zu ergänzen. Handelt es sich um Beschlüsse des Vorstandes, die zu ihrem Vollzug der Genehmigung der Aufsichtsbehörde bedürfen, so hat er dem Ansuchen um Erteilung dieser Genehmigung die Ausführungen des Überwachungsausschusses beizuschließen.

(5) Der Überwachungsausschuß kann mit Zweidrittelmehrheit die Einberufung einer außerordentlichen Hauptversammlung beschließen. Der Obmann ist verpflichtet, einen solchen Beschluß des Überwachungsausschusses ohne Verzug zu vollziehen.

(6) Beschließt die Hauptversammlung ungeachtet eines Antrages des Überwachungsausschusses auf Verfolgung von Ansprüchen gegen Mitglieder des Vorstandes von einer Verfolgung abzusehen, so hat der Überwachungsausschuß hievon die Aufsichtsbehörde in Kenntnis zu setzen. Diese kann in einem solchen Falle auf Antrag des Überwachungsausschusses dessen Vorsitzenden beauftragen, die Verfolgung namens der Kasse einzuleiten.

Gemeinsame Aufgaben des Vorstandes und des
Überwachungsausschusses;
Aufgaben des erweiterten Vorstandes.

§ 125. (1) In nachstehenden Angelegenheiten hat der Vorstand im Einverständnis mit dem Überwachungsausschuß vorzugehen:

1. bei der dauernden Veranlagung von Vermögensbeständen, insbesondere bei der Erwerbung, Belastung oder Veräußerung von Liegenschaften;
2. bei der Errichtung von Gebäuden, die Zwecken der Verwaltung, der Krankenbehandlung oder des Heilverfahrens oder der erweiterten oder vorbeugenden Heilbehandlung dienen sollen, sowie bei der Schaffung von derartigen Zwecken dienenden Einrichtungen in eigenen oder fremden Gebäuden. Das gleiche gilt auch für die Erweiterung von Gebäuden oder Einrichtungen, soweit es sich nicht nur um die Erhaltungs- oder Instandsetzungsarbeiten oder um die Erneuerung des Inventars handelt;
3. bei der Bestellung, Kündigung und Entlassung des leitenden Angestellten und des leitenden Arztes sowie deren ständigen Stellvertreter;

8/A

- 72 -

4. bei der Regelung der dienst-, besoldungs- und pensionsrechtlichen Verhältnisse der Bediensteten und bei der Systemisierung von Dienststellen;
5. beim Abschluß von Verträgen mit den im Dritten Teil bezeichneten und sonstigen Vertragspartnern, wenn diese Verträge eine wesentliche dauernde Belastung der Kasse herbeiführen.

(2) Beim Verband hat der Vorstand in den im Abs. 1 bezeichneten Angelegenheiten sowie bei der Beschlußfassung über die Aufstellung von Richtlinien nach § 17 Abs. 4 Z. 9, 13 und 14 im Einvernehmen mit dem Überwachungsausschuß vorzugehen.

(3) Kommt ein Einverständnis in den in den Abs. 1 und 2 bezeichneten Angelegenheiten nicht zustande, so ist hierüber in gemeinsamer Sitzung des Vorstandes und des Überwachungsausschusses, bei der der Obmann den Vorsitz führt (erweiterter Vorstand), Beschluß zu fassen. Für die Gültigkeit eines solchen Beschlusses ist die Mehrheit von zwei Dritteln der abgegebenen Stimmen erforderlich.

(4) Kommt ein gültiger Beschluß des erweiterten Vorstandes nach Abs. 3 nicht zustande, so hat der Obmann der Kasse den Sachverhalt unter Anschluß der erforderlichen Unterlagen zunächst dem Verband mitzuteilen. Der Verband hat das Einvernehmen mit der Kasse herzustellen, um eine gültige Beschlußfassung im Bereich der Kasse herbeizuführen. Kommt eine solche auch auf diese Weise nicht zustande, so kann der Obmann über den Verband die Angelegenheit dem Bundesministerium für soziale Verwaltung zur Entscheidung vorlegen, wenn wichtige Interessen der Kasse gefährdet erscheinen.

(5) Das den Obmännern der Kassen nach Abs. 4 zustehende Recht steht auch dem Obmann (den Obmannstellvertretern) des Verbandes zu, wenn eine gültige Beschlußfassung nach Abs. 3 nicht zustandekommt und wichtige Interessen des Verbandes oder der im Verband zusammengefaßten Kassen gefährdet erscheinen.

(6) Ein vom Bundesministerium für soziale Verwaltung genehmigter Beschluß des Vorstandes ist zu vollziehen, auch wenn der Überwachungsausschuß nicht zugestimmt hat oder wenn ein gültiger Beschluß des erweiterten Vorstandes nicht zustandegekommen ist.

(7) Das Bundesministerium für soziale Verwaltung kann in den im Abs. 1 Z. 3 bis 5 bezeichneten Angelegenheiten eine vorläufige Verfügung treffen, wenn innerhalb einer von ihm festgesetzten Frist gültige einverständliche Beschlüsse des Vorstandes und des Überwachungsausschusses

8/A

- 73 -

oder ein gültiger Beschluß des erweiterten Vorstandes nicht zustandekommt. § 122 Abs. 2 vorletzter Satz ist entsprechend anzuwenden.

Sitzungen.

§ 126. (1) Die Sitzungen der Verwaltungskörper sind nicht öffentlich.

(2) Der ordnungsmäßig einberufene Verwaltungskörper ist bei Anwesenheit eines Vorsitzenden und von mindestens der Hälfte der Versichertenvertreter beschlußfähig. Der Vorsitzende zählt hierbei auf die erforderliche Mindestzahl von anwesenden Versichertenvertretern.

(3) In den Sitzungen der Verwaltungskörper hat auch der Vorsitzende Stimmrecht, bei Stimmgleichheit gibt seine Stimme den Ausschlag, sofern dieses Bundesgesetz nichts anderes bestimmt.

(4) Verstoßen Beschlüsse eines Verwaltungskörpers gegen Gesetz oder Satzung, so hat der Vorsitzende deren Durchführung vorläufig aufzuschieben und die Entscheidung der Aufsichtsbehörde einzuholen.

Abschnitt III

Verwaltungskörper des Verbandes.

Art und Zusammensetzung der Verwaltungskörper.

§ 127. (1) Die Verwaltungskörper des Verbandes sind
die Hauptversammlung,
der Vorstand und
der Überwachungsausschuß.

(2) Die Verwaltungskörper des Verbandes bestehen aus Vertretern der angeschlossenen Kassen. Die Vertreter in der Hauptversammlung werden von den Hauptversammlungen, die Vertreter im Vorstand von den Vorständen und die Vertreter im Überwachungsausschuß von den Überwachungsausschüssen der Kassen aus ihrer Mitte gewählt.

(3) Die Zahl der Versichertenvertreter in der Hauptversammlung des Verbandes beträgt:

für Kassen mit einem Versichertenstand bis zu 20.000	2
für Kassen mit einem Versichertenstand bis zu 50.000	4
für Kassen mit einem Versichertenstand über 50.000	6.

(4) Die Zahl der Versichertenvertreter im Vorstand des Verbandes beträgt:

für Kassen mit einem Versichertenstand bis zu 50.000	1
für Kassen mit einem Versichertenstand über 50.000	2.

8/A

- 74 -

(5) Der Überwachungsausschuß des Verbandes besteht aus je einem Versichertenvertreter der angeschlossenen Kassen.

(6) Soweit sich aus dem Gesetz nichts anderes ergibt, gelten die für die Verwaltungskörper der Kassen vorgesehenen Bestimmungen auch für die Verwaltungskörper und Versichertenvertreter des Verbandes entsprechend.

Angelobung.

§ 128. Der Obmann des Verbandes, die beiden Obmannstellvertreter, der Vorsitzende des Überwachungsausschusses sowie dessen Stellvertreter sind vom Bundesministerium für soziale Verwaltung bei Antritt ihres Amtes in Eid und Pflicht zu nehmen. Die übrigen Versichertenvertreter in den Verwaltungskörpern hat der Obmann beim Antritt ihres Amtes auf Gehorsam gegen die Gesetze der Republik Österreich, Amtsverschwiegenheit sowie gewissenhafte und unparteiische Ausübung ihres Amtes zu verpflichten.

Abschnitt IV

Vermögensverwaltung.

Jahresvoranschlag.

§ 129. (1) Die Kassen und der Verband haben für jedes Geschäftsjahr einen Voranschlag aufzustellen.

(2) Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr.

Rechnungsabschluß und Nachweisungen.

§ 130. (1) Die Kassen und der Verband haben für jedes Geschäftsjahr einen Rechnungsabschluß, der jedenfalls aus einer Erfolgsrechnung und einer Schlußbilanz zum Ende des Jahres bestehen muß, einen Geschäftsbericht und statistische Nachweisungen zu verfassen und dem Bundesministerium für soziale Verwaltung vorzulegen.

(2) Das Bundesministerium für soziale Verwaltung kann nach Anhörung des Verbandes Weisungen für die Rechnungsführung, Rechnungslegung sowie für die Erstellung des Jahresvoranschlages und Jahresberichtes erlassen.

(3) Die Kassen haben die von der Hauptversammlung beschlossene Erfolgsrechnung binnen drei Monaten nach der Beschlußfassung im "Amtsblatt zur Wiener Zeitung", wenn es sich aber um die Erfolgsrechnung einer Kasse handelt, deren Wirkungsbereich sich nicht über mehr als ein Bundesland erstreckt, in der amtlichen Landeszeitung zu veröffentlichen.

8/A

- 75 -

Vermögensanlage.

§ 131. Die zur Anlage verfügbaren Mittel der Kassen (des Verbandes) sind fruchtbringend anzulegen. Sie dürfen unbeschadet der Bestimmungen des § 132 nur angelegt werden:

1. in mündelsicheren, inländischen Wertpapieren;
2. in Darlehensforderungen, die auf inländischen Liegenschaften mündelsicher sichergestellt werden; grundbücherlich sichergestellte Darlehen auf Gebäude, die ausschließlich oder zum größten Teil industriellen oder gewerblichen Zwecken dienen, zum Beispiel Fabriken und Mühlen, sowie auf unbewegliches Vermögen, das der Exekution entzogen ist oder auf dem ein Belastungs- oder Veräußerungsverbot lastet, auf Schauspielhäuser, Tanzsäle, Lichtspielhäuser und ähnlichen Zwecken dienende Baulichkeiten, Bergwerke und Steinbrüche, Lehm-, Ton- oder Kiesgruben und Torfstiche sind ausgeschlossen, Weinberge, Waldungen und andere Liegenschaften, deren Ertrag auf Anpflanzung beruht, dürfen nur insoweit beliehen werden, als der Grundwert ohne Rücksicht auf die Bestockung Mündelsicherheit gewährt. Die betreffenden Liegenschaften müssen einen der Verzinsung des Darlehens und den übernommenen Rückzahlungsverpflichtungen entsprechenden Ertrag abwerfen und samt ihrem Zugehör während der ganzen Dauer des Darlehens im vollen Wert des Darlehens samt Nebengebührenkaution gegen Elementarschäden versichert sein;
3. in inländischen Liegenschaften (Grundstücken, Gebäuden), mit Ausnahme von Liegenschaften, die ausschließlich oder zum größten Teil industriellen, gewerblichen oder land- und forstwirtschaftlichen Zwecken dienen;
4. in Einlagen bei Kreditunternehmungen von anerkanntem Ruf.

Genehmigungsbedürftige Veränderungen
von Vermögensbeständen.

§ 132. (1) Die Erwerbung, Belastung oder Veräußerung von Liegenschaften, ferner die Errichtung oder Erweiterung von Gebäuden ist nur mit Genehmigung des Bundesministeriums für soziale Verwaltung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Finanzen zulässig, wenn hiefür ein Betrag aufgewendet werden soll, der fünf von Tausend der Gesamteinnahmen der Kasse im letzten vorangegangenen Kalenderjahr übersteigt. Das gleiche gilt für den gänzlichen oder teilweisen Wiederaufbau zerstörter oder beschädigter Gebäude, wenn der hiefür aufzuwendende Betrag die angegebene Grenze übersteigt.

(2) Im übrigen kann eine von den Vorschriften des § 131 abweichende Veranlagungsart nur für jeden einzelnen Fall besonders vom Bundesministerium für soziale Verwaltung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Finanzen gestattet werden.

Abschnitt V

Aufsicht des Bundes.

Aufsichtsbehörden.

§ 133. (1) Die Kassen und der Verband samt ihren Einrichtungen unterliegen der Aufsicht des Bundes. Die Aufsicht ist vom Bundesministerium für soziale Verwaltung als oberster Aufsichtsbehörde auszuüben.

(2) Die unmittelbare Handhabung der Aufsicht über die einzelnen Kassen obliegt gegenüber dem Verband und jenen Kassen, deren Sprengel sich über mehr als ein Bundesland erstreckt, dem Bundesministerium für soziale Verwaltung, sonst dem jeweils nach dem Sprengel der Kasse zuständigen Landeshauptmann.

(3) Das Bundesministerium für soziale Verwaltung kann bestimmte Bedienstete der obersten oder unmittelbaren Aufsichtsbehörde mit der Aufsicht über einzelne Kassen (den Verband) betrauen.

(4) Der Vertreter der Aufsichtsbehörde kann gegen Beschlüsse eines Verwaltungskörpers, die gegen Gesetz oder Satzung verstoßen, Einspruch mit aufschiebender Wirkung erheben. Der Vorsitzende hat die Durchführung des Beschlusses, gegen den Einspruch erhoben worden ist, vorläufig aufzuschieben und die Entscheidung der Aufsichtsbehörde einzuholen.

(5) Wo in sozialversicherungsrechtlichen Vorschriften von der "Aufsichtsbehörde" die Rede ist, ist hierunter die unmittelbare Aufsichtsbehörde zu verstehen. Das Bundesministerium für soziale Verwaltung ist jedoch als oberste Aufsichtsbehörde jederzeit berechtigt, eine Aufgabe, die der unmittelbaren Aufsichtsbehörde zukommt, an sich zu ziehen.

Aufgaben der Aufsicht.

§ 134. (1) Die Aufsichtsbehörden haben die Gebarung der Kassen (des Verbandes) dahin zu überwachen, daß Gesetz und Satzung beachtet werden. Sie können ihre Aufsicht auf Fragen der Zweckmäßigkeit erstrecken; sie sollen sich in diesem Fall auf wichtige Fragen beschränken und in das Eigenleben und die Selbstverantwortung der Kassen (des Verbandes) nicht unnötig eingreifen. Die Aufsichtsbehörden können in Ausübung des Aufsichtsrechtes Beschlüsse der Verwaltungskörper aufheben.

(2) Der Aufsichtsbehörde sind auf Verlangen alle Bücher, Rechnungen, Belege, Urkunden, Wertpapiere, Schriften und sonstige Bestände vorzulegen und alle zur Ausübung des Aufsichtsrechtes geforderten Mitteilungen zu machen; alle Verlautbarungen sind der Aufsichtsbehörde unverzüglich zur Kenntnis zu bringen.

8/A

- 77 -

Die oberste Aufsichtsbehörde kann die Satzungen und Krankenordnungen jederzeit überprüfen und Änderungen solcher Bestimmungen verlangen, die mit dem Gesetz in Widerspruch stehen oder dem Zwecke der Versicherung zuwiderlaufen. Wird diesem Verlangen nicht binnen drei Monaten entsprochen, so kann sie die erforderlichen Verfügungen von Amts wegen treffen.

(3) Die Aufsichtsbehörde kann verlangen, daß die Verwaltungskörper mit einer bestimmten Tagesordnung zu Sitzungen einberufen werden. Wird dem nicht entsprochen, so kann sie die Sitzungen selbst anberaumen und die Verhandlungen leiten. Sie kann zu allen Sitzungen Vertreter entsenden, denen beratende Stimme zukommt. Die Aufsichtsbehörde und der mit der Aufsicht betraute Bedienstete der Aufsichtsbehörde sind von jeder Sitzung der Verwaltungskörper ebenso in Kenntnis zu setzen wie die Mitglieder dieser Verwaltungskörper; es sind ihnen auch die diesen zur Verfügung gestellten Behelfe (Tagesordnung, Ausweise, Berichte und andere Behelfe) zu übermitteln.

(4) Die oberste Aufsichtsbehörde ist berechtigt, die Kassen (den Verband) amtlichen Untersuchungen zu unterziehen, wobei sie sich der Mitwirkung des zuständigen Verbandes sowie geeigneter Sachverständiger bedienen kann.

Entscheidungsbefugnis.

§ 135. Die oberste Aufsichtsbehörde hat unbeschadet der Rechte Dritter bei Streit über Rechte und Pflichten der Verwaltungskörper und deren Mitglieder sowie über die Auslegung der Satzung durch Bescheid zu entscheiden.

Vorläufiger Verwalter.

§ 136. (1) Die oberste Aufsichtsbehörde ist berechtigt, die Verwaltungskörper, wenn sie ungeachtet zweimaliger schriftlicher Verwarnung gesetzliche oder satzungsmäßige Bestimmungen außer acht lassen, aufzulösen und die vorläufige Geschäftsführung und Vertretung vorübergehend einem vorläufigen Verwalter zu übertragen. Diesem ist ein Beirat zur Seite zu stellen, der aus Vertretern der Versicherten bestehen soll und dessen Aufgaben und Befugnisse von der Aufsichtsbehörde bestimmt werden; die Vorschriften der §§ 113 Abs. 2 bis 7 und 121 Abs. 2 sind auf die Mitglieder des Beirates entsprechend anzuwenden. Der vorläufige Verwalter hat binnen acht Wochen vom Zeitpunkt seiner Bestellung an die nötigen Verfügungen wegen Neubestellung des Verwaltungskörpers nach den Vorschriften des § 114 zu treffen. Ihm obliegt die erstmalige Einberufung der Verwaltungskörper.

8/A

- 78 -

(2) Die Bestimmungen des Abs. 1 über die Auflösung eines Verwaltungskörpers und die Übertragung der vorläufigen Geschäftsführung und Vertretung auf einen vorläufigen Verwalter sind entsprechend anzuwenden, solange und soweit ein Verwaltungskörper die ihm obliegenden Geschäfte nicht ausführt.

(3) Verfügungen des vorläufigen Verwalters, die über den Rahmen laufender Geschäftsführung hinausgehen, wie insbesondere derartige Verfügungen über die dauernde Anlage von Vermögensbeständen im Werte von mehr als S 200.000,--, über den Abschluß von Verträgen, die die Kasse für länger als sechs Monate verpflichten, und über den Abschluß, die Änderung oder Auflösung von Dienstverträgen mit einer Kündigungsfrist von mehr als drei Monaten oder von unkündbaren Dienstverträgen bedürfen der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde.

Kosten der Aufsicht.

§ 137. Die Kosten der von der Aufsichtsbehörde angeordneten Maßnahmen belasten die Kasse (den Verband). Zur Deckung der durch die Aufsicht erwachsenen sonstigen Kosten haben die Kassen (der Verband) durch Entrichtung einer Aufsichtsgebühr beizutragen. Deren Höhe hat das Bundesministerium für soziale Verwaltung nach Anhörung des Verbandes zu bestimmen.

Abschnitt VI

Satzung und Krankenordnung.

Gemeinsame Bestimmungen.

§ 138. Die Satzung hat auf Grund der Vorschriften dieses Bundesgesetzes, soweit dies nicht der Regelung durch die Krankenordnung überlassen ist, die Tätigkeit der Kasse (des Verbandes) zu regeln und insbesondere Bestimmungen über nachstehendes zu enthalten:

1. über die Vertretung der Kasse (des Verbandes) nach außen;
2. über die Form der Kundmachungen und rechtsverbindlichen Akte;
3. über die Geschäftsführung der Verwaltungskörper;
4. über die Errichtung ständiger Ausschüsse, deren Wirkungskreis und Beschlußfassung.

Satzung des Verbandes.

§ 139. Die Satzung des Verbandes hat außer den im § 138 genannten Bestimmungen auch Bestimmungen über die Aufbringung der Mittel für die Verbandszwecke zu enthalten.

8/A

- 79 -

Genehmigungspflicht.

§ 140. (1) Die Satzung der Kasse und jede ihrer Änderungen bedürfen der Genehmigung durch das Bundesministerium für soziale Verwaltung und sind binnen einem Monat nach der Genehmigung im "Amtsblatt zur Wiener Zeitung", wenn es sich aber um die Satzung einer Kasse handelt, deren Wirkungsbereich sich über nicht mehr als ein Bundesland erstreckt, in der amtlichen Landeszeitung zu veröffentlichen. Die Veröffentlichung der Satzung in einer amtlichen Landeszeitung ist im "Amtsblatt zur Wiener Zeitung" anzuzeigen.

(2) Abs. 1 gilt für die Satzung des Verbandes entsprechend mit der Maßgabe, daß die Veröffentlichung im "Amtsblatt zur Wiener Zeitung" zu erfolgen hat.

Krankenordnung.

§ 141. (1) Die Kassen haben eine Krankenordnung aufzustellen, die insbesondere das Verhalten der Versicherten und der Leistungsempfänger im Leistungsfalle, das Verfahren bei Inanspruchnahme von Leistungen der Krankenversicherung und die Überwachung der Kranken zu regeln hat.

(2) Die Krankenordnung und jede ihrer Änderungen bedürfen der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde. Hinsichtlich der Veröffentlichungspflicht gilt § 140 entsprechend.

Abschnitt VII

Bedienstete.

§ 142. (1) Die dienst-, besoldungs- und pensionsrechtlichen Verhältnisse der Bediensteten der Kassen (des Verbandes) sind durch privatrechtliche Verträge zu regeln. Die Kassen (der Verband) haben unter Rücksichtnahme auf ihre wirtschaftliche Lage die Zahl der Dienstposten für Bedienstete auf das unumgängliche Maß einzuschränken und darnach für ihren Bereich einen Dienstpostenplan zu erstellen.

(2) Die Bediensteten der Kassen (des Verbandes) unterstehen dienstlich dem Vorstand. Der Obmann ist berechtigt, nach Maßgabe der dienstrechtlichen Bestimmungen eine einstweilige Enthebung vom Dienste zu verfügen.

(3) Der leitende Angestellte und der leitende Arzt des Verbandes dürfen erst nach vorher eingeholter Zustimmung des Bundesministeriums für soziale Verwaltung bestellt und entlassen werden.

8/A

- 80 -

(4) Der Bedienstete hat beim Dienstantritt dem Obmann durch Handschlag zu geloben, die Gesetze der Republik Österreich unverbrüchlich zu beachten, sich mit ganzer Kraft dem Dienst zu widmen, seine Dienstobliegenheiten gewissenhaft, unparteiisch und uneigennützig zu erfüllen, jederzeit auf die Wahrung der öffentlichen Interessen bedacht zu sein, die dienstlichen Anordnungen seiner Vorgesetzten zu befolgen, das Dienstgeheimnis treu zu bewahren und bei seinem Verhalten in und außer Dienst sich seiner Stellung angemessen zu betragen. Über die Angelobung ist eine Niederschrift aufzunehmen, die der Bedienstete zu unterzeichnen hat.

FÜNFTER TEIL: ÜBERGANGS- und SCHLUSSBESTIMMUNGEN

Abschnitt I

Übergangsbestimmungen.

Fortdauer einer gemäß § 200 GSPVG.
bestehenden Pflichtversicherung.

§ 143. Personen, die im Zeitpunkte des Inkrafttretens dieses Gesetzes auf Grund der Bestimmungen des § 200 GSPVG. bei einer Meisterkrankenkasse versichert sind, bleiben weiterhin bei den nach diesem Bundesgesetz zuständigen Versicherungsträgern im Sinne des § 2 Abs. 1 Z. 3 für die Dauer des Pensionsbezuges pflichtversichert.

Erstmalige Fassung von Pflichtbeschlüssen.

§ 144. (1) Innerhalb eines Zeitraumes von zwölf Monaten nach dem Wirksamkeitsbeginn dieses Bundesgesetzes haben die Mitglieder einer Fachgruppe (Innung, Gremium) beziehungsweise Fachvertretung der Sektionen Gewerbe, Handel, Verkehr und Fremdenverkehr, in deren Bereich keine Pflichtversicherung besteht, eine Abstimmung beziehungsweise Beschlußfassung im Sinne des § 2 Abs. 5 bis 9 durchzuführen, wobei es eines Antrages beziehungsweise Beschlusses des Fachgruppenausschusses gemäß § 2 Abs. 5 und 8 nicht bedarf.

(2) Sind in Fachgruppen beziehungsweise Fachvertretungen die Mitglieder bisher nur teilweise in der Pflichtversicherung erfaßt, so sind nur jene Mitglieder zur schriftlichen Abstimmung im Sinne des § 2 Abs. 8 berechtigt, die eine Berechtigung besitzen, für die die Pflichtversicherung bisher noch nicht bestand.

8/A

- 81 -

Aufkündigung von Versicherungsverträgen.

§ 145. (1) Für Personen, die nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes neu in die Pflichtversicherung einbezogen werden und die zum Zeitpunkt des Eintrittes der Pflichtversicherung bei einem Versicherungsunternehmen vertragsmäßig krankenversichert sind, beginnt die Pflichtversicherung erst mit dem Tag, an dem die Vertragsdauer endet, wenn der Vertrag, sofern er nicht bereits früher gekündigt wurde, zum ersten vertragsmäßig in Betracht kommenden Zeitpunkt nach dem Wirksamkeitsbeginn dieses Bundesgesetzes gekündigt wird. Die Pflichtversicherung beginnt jedoch unabhängig von dieser Regelung spätestens nach Ablauf eines Jahres nach dem Eintritt der Pflichtversicherung.

(2) Die Begünstigung im Sinne des Abs. 1 kommt nur solchen Personen zugute, die ihren Versicherungsvertrag den Kassen binnen einem Monat nach Eintritt der Pflichtversicherung unter Vorlage der Versicherungsurkunde schriftlich anzeigen.

(3) Versicherungsunternehmen, die das Krankenversicherungsgeschäft betreiben, können jene Teile der versicherungstechnischen Rückstellungen, die zufolge Kündigung gemäß Abs. 1 aufzulösen sind, steuerfrei auf eine Sonderrücklage für die Umstellung des Geschäftsbetriebes übertragen. Diese Rücklage ist in den folgenden Geschäftsjahren mit einem Teilbetrag von je 20 v.H. gewinnerhöhend (verlustmindernd) aufzulösen.

Anwendung des Leistungsrechtes.

§ 146. (1) Die Bestimmungen dieses Bundesgesetzes über die Leistungen gelten nur für Versicherungsfälle, die nach dem Inkrafttreten dieses Bundesgesetzes eingetreten sind. Wann der Versicherungsfall als eingetreten anzusehen ist, ist nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes zu beurteilen.

(2) Versicherte, die im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Bundesgesetzes bereits bei einem Träger der Meisterkrankenversicherung versichert waren, erhalten die Leistungen der Krankenversicherung aus Versicherungsfällen, die vor diesem Zeitpunkt eingetreten sind, von der zuständigen Kasse nach den für diese bis zum Wirksamkeitsbeginn dieses Bundesgesetzes in Geltung gestandenen Vorschriften.

8/A

- 82 -

Fortdauer einer nach früheren Vorschriften
bestehenden freiwilligen Versicherung.

§ 147. (1) Die nach den bisherigen Vorschriften in der Meisterkrankenversicherung Weiterversicherten gelten als Weiterversicherte im Sinne des § 6.

(2) Die nach den bisherigen Vorschriften der Meisterkrankenversicherung im Rahmen der freiwilligen Versicherung versicherten Personen gelten als Selbstversicherte im Sinne des § 7.

(3) Die nach den bisherigen Vorschriften in der Meisterkrankenversicherung Zusatzversicherten auf Krankengeld gelten als Zusatzversicherte im Sinne des § 8.

(4) Die nach den bisherigen Vorschriften bei der Krankenkasse der Kaufmannschaft in der allgemeinen Zusatzversicherung versicherten Personen gelten als Höherversicherte im Sinne des § 9.

(5) Die nach den bisherigen Vorschriften der Meisterkrankenversicherung in der Familien- und Angehörigenversicherung mitversicherten Personen gelten als mitversicherte Familienangehörige gemäß § 10.

Amtsdauer der Verwaltungskörper der bestehenden
Selbständigenkrankenkassen und des Verbandes.

§ 148. (1) Die derzeit bestehenden Verwaltungskörper der Meisterkrankenkassen bleiben als Verwaltungskörper dieser in Selbständigenkrankenkassen umbenannten Körperschaften bis zum 30. Juni 1967 unverändert weiter in Funktion, auch wenn bis zu diesem Zeitpunkt durch Pflichtbeschlüsse eine Erweiterung des Versichertenkreises einer Selbständigenkrankenkasse eintritt.

(2) Die derzeit bestehenden Verwaltungskörper des Verbandes der Meisterkrankenkassen bleiben als Verwaltungskörper des Verbandes der Selbständigenkrankenkassen bis zum 30. Juni 1967 unverändert mit der Maßgabe weiter in Funktion, daß der bestehende Vorstand in seiner gegenwärtigen Zusammensetzung bis zu diesem Zeitpunkt auch die Aufgaben der Hauptversammlung des Verbandes nach diesem Bundesgesetz zu besorgen hat.

(3) Die Amtsdauer der nach Ablauf der Funktionsperiode der bestehenden Verwaltungskörper (30. Juni 1967) neu zu bildenden Verwaltungskörper endet ohne Rücksicht auf den Zeitpunkt der Konstituierung am 31. Dezember 1973. § 118 zweiter und dritter Satz sind entsprechend anzuwenden.

8/A

- 83 -

Durchführung der Krankenversicherung in den Bundesländern Tirol und Vorarlberg bis zur Errichtung eigener Selbständigenkrankenkassen.

§ 149. Sofern in den Bundesländern Tirol und Vorarlberg nach dem Wirksamkeitsbeginn dieses Bundesgesetzes Pflichtbeschlüsse zur Krankenversicherung gefaßt werden, ist bis zur Errichtung einer Selbständigenkrankenkasse in Tirol beziehungsweise Vorarlberg die Selbständigenkrankenkasse für Salzburg zur Durchführung der Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz im Bundesland Tirol mit Ausnahme des Verwaltungsbezirkes Lienz und im Bundesland Vorarlberg zuständig. Das gleiche gilt hinsichtlich der Durchführung der Selbstversicherung gemäß § 7. Diese Kasse ist berechtigt, in den ihr vorübergehend zusätzlich übertragenen Wirkungsbereichen Außenstellen zu errichten. Hinsichtlich der Durchführung der Krankenversicherung für die Versicherten in den Bereichen der Bundesländer Tirol und Vorarlberg ist von der Kasse jeweils eine eigene Erfolgsrechnung samt statistischen Nachweisungen zu erstellen.

Neuerrichtung von Selbständigenkrankenkassen.

§ 150. (1) Die Errichtung von Kassen für die Bundesländer Tirol und Vorarlberg erfolgt durch Verordnung des Bundesministeriums für soziale Verwaltung, wenn infolge Einführung der Pflichtversicherung durch Pflichtbeschlüsse in diesen Bundesländern die Errichtung je eines eigenen Versicherungsträgers aus wirtschaftlichen Gründen geboten erscheint.

(2) Der Vorstand und der Überwachungsausschuß dieser in den Bundesländern Tirol und Vorarlberg neu zu errichtenden Kassen sind erstmalig vom Bundesministerium für soziale Verwaltung zur Konstituierung einzuberufen. Dem Bundesministerium für soziale Verwaltung sind von den entsendeberechtigten Stellen die Namen und Anschriften der in diese Verwaltungskörper entsendeten Versichertenvertreter (Stellvertreter) innerhalb von sechs Monaten nach dem Inkrafttreten der Verordnung über die Errichtung der Kasse bekanntzugeben. Mit der Wahl des Obmannes und seiner Stellvertreter beziehungsweise mit der Wahl des Vorsitzenden des Überwachungsausschusses gilt die Konstituierung als vollzogen.

(3) Die Hauptversammlung kann vom Vorstand erstmalig erst nach dessen Konstituierung einberufen werden.

(4) Bis zur Bestellung der Verwaltungskörper obliegt die Geschäftsführung und Vertretung der Kasse einem vorläufigen Verwalter. Dieser ist vom Bundesministerium für soziale Verwaltung auf Vorschlag

8/A

- 84 -

der örtlich in Betracht kommenden Landeskammer der gewerblichen Wirtschaft zu bestellen. Der vorläufige Verwalter hat eine vorläufige Satzung zu erlassen.

(5) Die Amtsdauer der erstmalig einberufenen Verwaltungskörper endet mit der Amtsdauer der Verwaltungskörper der übrigen Kassen. Nach Ablauf dieser Amtsdauer hat der alte Verwaltungskörper die Geschäfte solange weiterzuführen, bis der neue Verwaltungskörper zusammentritt. Die Zeit der Weiterführung der Geschäfte durch den alten Verwaltungskörper zählt auf die fünfjährige Amtsdauer des neuen Verwaltungskörpers.

Wechsel der Versicherungszuständigkeit;
Übergabe von Versicherungsunterlagen.

§ 151. Soweit auf Grund der Vorschriften dieses Bundesgesetzes eine Änderung in der Versicherungszuständigkeit von Versicherten eintritt, ist die Überstellung der hievon betroffenen Versicherten bis zum 31.12. 1966 durchzuführen. Die beteiligten Kassen haben alle Akten, Schriftstücke, Evidenzbehelfe und Kontoblätter so zeitgerecht zu übergeben, daß eine Behinderung in der Gewährung der Versicherungsleistungen nicht eintritt.

Weitergeltung bisher bestehender Verträge
mit den Vertragspartnern.

§ 152. Die bis zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Bundesgesetzes bestehenden vertraglichen Regelungen mit den Vertragspartnern der Meisterkranken-kassen bleiben, soweit sie den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes nicht widersprechen, als Verträge mit den Selbständigenkranken-kassen weiter in Geltung.

Abschnitt II

Schlußbestimmungen.

Rechtsunwirksame Vereinbarungen.

§ 153. Vereinbarungen, wonach die Anwendung der Bestimmungen dieses Bundesgesetzes zum Nachteil der Versicherten (ihrer Hinterbliebenen) im voraus ausgeschlossen oder beschränkt wird, sind ohne rechtliche Wirkung.

8/A

- 85 -

Aufhebung bisheriger Vorschriften.

§ 154. (1) Mit dem Wirksamkeitsbeginn dieses Bundesgesetzes treten alle bis dahin in Geltung stehenden Vorschriften über die Meisterkrankenversicherung außer Kraft. Insbesondere werden vom Wirksamkeitsbeginn dieses Bundesgesetzes an für dessen Wirkungsbereich aufgehoben:

1. die Bestimmungen der §§ 115b bis 115u sowie 130d der Gewerbeordnung in der Fassung der Gewerbeordnungsnovelle 1934, BGBl. II Nr. 322/34, (Gew.Ov) vom 19. Oktober 1934;
2. das Bundesgesetz betreffend vorläufige Maßnahmen in der Krankenversicherung von Genossenschaftsmitgliedern und Genossenschaftsangehörigen vom 31. Dezember 1935, BGBl. Nr. 547/35, in der Fassung der Gesetze vom 30. Dezember 1936, BGBl. Nr. 466/36, und vom 21. Dezember 1937, BGBl. Nr. 449/37;
3. die Bestimmungen der §§ 490 bis 493 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes - ASVG.;
4. die Bestimmungen der §§ 480 und 481 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes - ASVG., soweit sie die Meisterkrankenversicherung betreffen;
5. § 200 des Gewerblichen Selbständigen-Pensionsversicherungsgesetzes - GSPVG.

(2) Satzungen, die auf Grund der bisher in Geltung gestandenen gesetzlichen Vorschriften zur Durchführung der Meisterkrankenversicherung erlassen worden sind, bleiben, soweit sie zu den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes nicht in Widerspruch stehen, bis zur vorgesehenen Neuregelung nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes in Kraft. Die Neuregelung hat bis 31.12.1966 zu erfolgen.

Wirksamkeitsbeginn.

§ 155. (1) Dieses Bundesgesetz tritt am 1. Juli 1966 in Kraft. Die Bestimmung des § 25 Abs. 2 letzter Satz jedoch mit der Maßgabe, daß diese für jene Kassen, bei denen die Höchstbeitragsgrundlage vor dem Zeitpunkt des Wirksamkeitsbeginnes dieses Bundesgesetzes den Betrag von S 4.000,-- noch nicht erreichte, erst nach der gemäß § 24 erfolgten Einstufung der Versicherten für das Kalenderjahr 1967 mit 1. Jänner 1967 wirksam wird.

(2) Die Ausführungsgesetze der Länder zu den grundsatzgesetzlichen Bestimmungen der §§ 70 und 71 Abs. 2 sind binnen sechs Monaten ab Kundmachung dieses Bundesgesetzes zu erlassen.

8/A

- 86 -

Vollziehung des Bundesgesetzes.

§ 156. (1) Mit der Vollziehung dieses Bundesgesetzes ist hinsichtlich der Bestimmungen der §§ 39 und 40 über die Gebühren- und Abgabebefreiung, soweit sie eine Befreiung von den Gerichts- und Justizverwaltungsgebühren vorsehen, das Bundesministerium für Justiz im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für soziale Verwaltung und dem Bundesministerium für Finanzen, hinsichtlich der Bestimmungen des § 111 das Bundesministerium für Justiz im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für soziale Verwaltung, hinsichtlich aller übrigen Bestimmungen das Bundesministerium für soziale Verwaltung im Einvernehmen mit den beteiligten Bundesministerien betraut.

(2) Mit der Vollziehung der §§ 70 und 71 Abs. 2, die gemäß Art. 12 Abs. 1 Z. 2 des Bundes-Verfassungsgesetzes in die Kompetenz der Länder fällt, ist die zuständige Landesregierung, mit der Wahrnehmung der Rechte des Bundes gemäß Art. 15 Abs. 8 des Bundes-Verfassungsgesetzes das Bundesministerium für soziale Verwaltung betraut.

-.-.-

In formeller Hinsicht wird beantragt, den Antrag unter Verzicht auf die erste Lesung dem Sozialausschuß zuzuweisen.

-.-.-

INHALTSVERZEICHNIS

des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung der in der gewerblichen Wirtschaft selbständig Erwerbstätigen (Gewerbliches Selbständigenkrankenversicherungsgesetz - GSKVG.)

Paragraph	T e x t	Seite
ERSTER TEIL: ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN		
Abschnitt I		
1	Geltungsbereich und Aufgaben	1
Abschnitt II		
Umfang der Versicherung.		
1. Unterabschnitt.		
Pflichtversicherung.		
2	Personenkreis	2
3	Ausnahmen von der Pflichtversicherung	5
4	Ruhen der Pflichtversicherung	5
5	Beginn und Ende der Pflichtversicherung	6
2. Unterabschnitt.		
Freiwillige Versicherung.		
6	Weiterversicherung	7
7	Selbstversicherung	10
8	Zusatzversicherung	10
9	Höherversicherung	11
10	Familienversicherung	11
11	Ausschluß aus der freiwilligen Versicherung	13
3. Unterabschnitt.		
12	Formalversicherung	14
Abschnitt III		
Versicherungsträger und ihre Zuständigkeit;		
Verband der Selbständigenkrankenassen.		
13	Umbenennung bestehender Meisterkrankenassen und des Verbandes der Meisterkrankenassen	15
14	Träger der Versicherung	15

Paragraph	T e x t	Seite
15	Örtliche Zuständigkeit, Wohnsitzverlegung	
16	Sachliche Zuständigkeit	17
17	Verband der Selbständigenkrankenkassen	17
18	Rechtliche Stellung der Kassen und des Verbandes..	20
Abschnitt IV		
Meldungen und Auskunftspflicht:		
19	Meldungen	20
20	Form der Meldungen, Meldebestätigungen	21
21	Auskunftspflicht der Versicherten und der Leistungsempfänger	21
Abschnitt V		
Mittel der Selbständigenkrankenversicherung.		
1. Unterabschnitt.		
Aufbringung der Mittel.		
22	Beiträge	21
23	Beitragsgrundlage, Einkünfte, Beitragsgruppen	22
24	Vorlage der Einkommensnachweise	24
25	Höhe der Beiträge	24
26	Beitragspflicht; Entrichtung der Beiträge	26
27	Beginn der Beitragspflicht	26
28	Ende der Beitragspflicht	26
29	Fälligkeit und Einzahlung der Beiträge, Mahnung und Mahngebühr	27
30	Verfahren zur Eintreibung der Beiträge	27
31	Behandlung der Beiträge im Ausgleichs- und Konkursverfahren sowie bei der Zwangsverwaltung und Zwangsverpachtung im Exekutions- und Sicherungsverfahren	28
32	Sicherung der Beiträge	28
33	Vorübergehender Verzicht auf Eintreibung	29
34	Niederschlagung von Rückständen	29
35	Verjährung	29
36	Rückforderung ungebührlich entrichteter Beiträge..	30
2. Unterabschnitt.		
37	Verwendung der Mittel	30

Paragraph	Text	Seite
3. Unterabschnitt		
38	Unterstützungsfonds	31
Abschnitt VI		
Befreiung von Abgaben		
39	Persönliche Abgabenfreiheit	31
40	Sachliche Abgabenfreiheit	31
ZWEITER TEIL: LEISTUNGEN		
Abschnitt I		
Allgemeine Bestimmungen.		
41	Umfang der Leistungen	32
42	Eintritt des Versicherungsfalles	33
43	Art der Leistungen	33
44	Anspruchsberechtigung	34
45	Wartezeiten	34
46	Art der Leistungserbringung	35
47	Kostenbeteiligung	36
48	Leistungen bei mehrfacher Versicherung	37
49	Eintritt eines Versicherungsfalles außerhalb des örtlichen Zuständigkeitsbereiches der zuständigen Kasse	37
Abschnitt II		
Leistungsansprüche.		
50	Entstehen der Leistungsansprüche	37
51	Anfall der Leistungen	38
52	Verwirkung des Leistungsanspruches	38
53	Ruhen der Leistungsansprüche	38
54	Übertragung, Pfändung und Verpfändung von Leistungsansprüchen	39
55	Entziehung von Leistungsansprüchen	39
56	Erlöschen von Leistungsansprüchen	39
57	Rückwirkende Herstellung des gesetzlichen Zustandes bei Geldleistungen	39
58	Verfall von Leistungsansprüchen infolge Zeitablaufes	39

Paragraph	T e x t	Seite
59	Aufrechnung	40
60	Auszahlung von Leistungen	40
61	Zahlungsempfänger	40
62	Rückforderung zu Unrecht erbrachter Leistungen..	40
Abschnitt III		
Leistungen im besonderen.		
1. Unterabschnitt.		
63	Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit	41
64	Ärztliche Hilfe	41
65	Heilmittel	42
66	Heilbehelfe und Hilfe bei körperlichen Gebrechen	42
2. Unterabschnitt.		
67	Zahnbehandlung und Zahnersatz	43
3. Unterabschnitt.		
Anstaltspflege, Hauspflege.		
68	Umfang und Dauer der Anstaltspflege	43
69	Kostentragung und Kostenersatz an Versicherte bei Anstaltspflege	44
70	Beziehungen zu den öffentlichen Krankenanstal- ten; Grundsatzbestimmung	45
71	Aufnahme in nichtöffentliche Krankenanstalten...	45
72	Hauspflege	45
4. Unterabschnitt.		
Erweiterte Heilbehandlung; Krankheitsverhütung		
73	Erweiterte Heilbehandlung	46
74	Krankheitsverhütung	46
5. Unterabschnitt.		
Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft.		
75	Umfang des Versicherungsschutzes und Leistungs- arten	47
6. Unterabschnitt.		
76	Reise-(Fahrt-) und Transportkosten	47

Paragraph	T e x t	Seite
7. Unterabschnitt.		
Leistungen aus dem Versicherungsfalle des Todes.		
77	Begräbniskostenbeitrag	48
Abschnitt IV		
Leistungen bei Bestand einer Zusatzversicherung		
78	Umfang der Leistungen; Anspruchsberechtigung	49
79	Krankengeld	49
80	Taggeld	50
81	Wodhengeld	50
Abschnitt V		
Leistungen bei Bestand einer Höherversicherung		
82	Umfang der Leistungen; Anspruchsberechtigung	51
83	Ausmaß der Leistungen	52
DRITTER TEIL: BEZIEHUNGEN DER VERSICHERUNGS- TRÄGER (VERBÄNDE) ZUEINANDER, ZU DEN FÜRSORGETRÄGERN und VERTRAGS- PARTNERN; ERSATZANSPRÜCHE; SCHA- DENERSATZ; VERFAHREN.		
Abschnitt I		
Beziehungen der Versicherungsträger zueinander.		
84	Gegenseitige Verwaltungshilfe	52
85	Verpflegskosten in den Einrichtungen der Kranken- versicherungsträger	53
86	Ersatzansprüche im Verhältnis zwischen Kranken- und Unfallversicherung	53
87	Ausmaß des Ersatzanspruches zwischen Selbständigen- krankenkassen und Unfallversicherungsträgern	54
88	Geltendmachung des Ersatzanspruches	54
89	Sonstige Ersatzansprüche der Versicherungsträger untereinander	55
Abschnitt II		
Beziehungen der Kassen zu den Fürsorgeträgern.		
90	Pflichten der Fürsorgeträger	55

Paragraph	T e x t	Seite
91	Ersatzanspruch des Fürsorgeträgers	55
92	Ersatzleistungen aus der Krankenversicherung	55
93	Abzug von den Geldleistungen	56
94	Frist für die Geltendmachung des Ersatzanspruches..	56
Abschnitt III		
Beziehungen der Kassen zu den Ärzten, Dentisten, Hebammen, Apothekern, Krankenanstalten und anderen Vertragspartnern.		
1. Unterabschnitt		
Gemeinsame Bestimmungen,		
95	Regelung durch Verträge	57
2. Unterabschnitt		
Beziehungen der Kassen zu den Ärzten.		
96	Bundes-Ärzteausschuß	57
97	Gesamtvertrag	57
98	Inhalt der Gesamtverträge	58
99	Aufnahme der Ärzte in den Vertrag und Auflösung des Vertragsverhältnisses	58
100	Entscheidung von Streitigkeiten aus dem Einzelvertrag	59
101	Entscheidung von Streitigkeiten durch die Landesschiedskommission	59
102	Bundesschiedskommission	60
103	Bindung an Entscheidungen und Beschlüsse der Kommissionen.....	60
104	Bestimmung des Inhaltes eines Gesamtvertrages durch die Bundesschiedskommission	60
3. Unterabschnitt		
Beziehungen der Kassen zu anderen Ver- tragspartnern.		
105	Gesamtverträge	61
106	Abgabe von Heilmitteln	62
107	Entscheidung von Streitigkeiten aus dem Einzel- und Gesamtvertrag	62
Abschnitt IV		
Schadenersatz und Haftung.		
108	Übergang von Schadenersatzansprüchen auf die Kassen	62
109	Konkurrenz von Ersatzansprüchen mehrerer Ver- sicherungsträger	63
110	Verjährung der Ersatzansprüche	63

Paragraph	T e x t	Seite
Abschnitt V		
Verfahren.		
111	Anwendung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes	64
VIERTER TEIL: AUFBAU DER VERWALTUNG.		
Abschnitt I		
Verwaltungskörper der Kassen.		
112	Arten der Verwaltungskörper	64
113	Versichertenvertreter	64
114	Bestellung der Versichertenvertreter	65
115	Ablehnung des Amtes	66
116	Enthebung von Versichertenvertretern	66
117	Haftung der Versichertenvertreter	67
118	Amtsdauer	68
119	Zusammensetzung der Verwaltungskörper	68
120	Vorsitz in den Verwaltungskörpern	68
121	Angelobung der Versichertenvertreter	69
Abschnitt II		
Aufgaben der Verwaltungskörper.		
122	Aufgaben der Hauptversammlung	69
123	Aufgaben des Vorstandes und seiner Ausschüsse ...	70
124	Aufgaben des Überwachungsausschusses	70
125	Gemeinsame Aufgaben des Vorstandes und des Überwachungsausschusses; Aufgaben des erweiterten Vorstandes	71
126	Sitzungen	73
Abschnitt III		
Verwaltungskörper des Verbandes.		
127	Art und Zusammensetzung der Verwaltungskörper ...	73
128	Angelobung	74

Paragraph	T e x t	Seite
Abschnitt IV		
Vermögensverwaltung.		
129	Jahresvoranschlag	74
130	Rechnungsabschluß und Nachweisungen	74
131	Vermögensanlage	75
132	Genehmigungsbedürftige Veränderungen von Vermögensbeständen	75
Abschnitt V		
Aufsicht des Bundes.		
133	Aufsichtsbehörden	76
134	Aufgaben der Aufsicht	76
135	Entscheidungsbefugnis	77
136	Vorläufiger Verwalter	77
137	Kosten der Aufsicht	78
Abschnitt VI		
Satzung und Krankenordnung.		
138	Gemeinsame Bestimmungen	78
139	Satzung des Verbandes	78
140	Genehmigungspflicht	79
141	Krankenordnung	79
Abschnitt VII		
142	Bedienstete	3 79

8/A

- XVII -

Zu § 150:

Die Errichtung von Selbständigenkrankenkassen in Tirol und Vorarlberg soll durch Verordnung des Bundesministeriums für soziale Verwaltung erfolgen, wenn die Zahl der Versicherten, für die diese Kassen zuständig wären, die Leistungsfähigkeit eigener Selbständigenkrankenkassen rechtfertigt. Die Bestimmungen über die erstmalige Einberufung der Verwaltungskörper ist den gleichartigen Vorschriften des Bauernkrankenversicherungsgesetzes nachgebildet.

Zu § 151:

Diese Bestimmung soll eine reibungslose Überstellung von einer Selbständigenkrankenkasse zu einer anderen, soweit dies auf Grund der Vorschriften dieses Bundesgesetzes erforderlich wird, sicherstellen.

Zu § 152:

Da sich in der Rechtspersönlichkeit der Vertragspartner keine Änderung ergibt, sondern bloß eine Umbenennung eines Vertragspartners durch dieses Bundesgesetz erfolgt, ist eine Weitergeltung bestehender Verträge, soweit sie nicht Bestimmungen dieses Bundesgesetzes widersprechen, vorgesehen.

Zu § 153:

Diese Bestimmung ist den analogen Regelungen in den übrigen Sozialversicherungsgesetzen nachgebildet.

Zu § 154:

Diese Bestimmung spricht allgemein die Aufhebung aller bisher für die Meisterkrankenversicherung geltenden Bestimmungen mit Wirksamkeitsbeginn dieses Bundesgesetzes aus und führt in demonstrativer Aufzählung die wesentlichen gesetzlichen Regelungen, die von dieser Aufhebung betroffen sind, an. Für die Neuregelung der Satzungen ist eine Frist bis zum 31. Dezember 1966 eingeräumt, um den Verwaltungskörpern einen ausreichenden Zeitraum für die Abfassung und Beschlußfassung der Satzungen zu gewähren.

Zu §§ 155 und 156:

Das Gewerbliche Selbständigen-Krankenversicherungsgesetz soll am 1. Juli 1966 in Kraft treten. Dieser Wirksamkeitsbeginn ist erforderlich, um im Hinblick auf das Erkenntnis des Verfassungsgerichtshofes vom 3. Juli 1965 eine Legisvakanz zu vermeiden.

8/A

- XV -

Zusammensetzung der Verwaltungskörper des Verbandes ist gleichartig zu der Zusammensetzung der Verwaltungskörper der einzelnen Kassen vorgesehen.

Zu §§ 129 bis 132:

Die Bestimmungen über die Vermögensverwaltung entsprechen den analogen Regelungen der übrigen Sozialversicherungsgesetze.

Zu §§ 133 bis 137:

Die Aufsicht des Bundes, die durch die zuständigen Landeshauptleute bzw. durch das Bundesministerium für soziale Verwaltung ausgeübt wird, ist in den einschlägigen Vorschriften der übrigen Sozialversicherungsgesetze gleichartigen Bestimmungen geregelt.

Zu §§ 138 bis 141:

Die Bestimmungen über die Satzung und die Krankenordnung der Selbständigenkrankenkassen sowie der Satzung des Verbandes entsprechen grundsätzlich den einschlägigen Bestimmungen der übrigen Sozialversicherungsgesetze. Da die Krankenordnung einer Verordnung gleichzuhalten ist, erschien es aus Gründen der Rechtsstaatlichkeit erforderlich, für sie die gleiche Veröffentlichungspflicht wie für die Satzung festzulegen.

Zu § 142:

Die Bestimmungen über die Bediensteten entsprechen den analogen Regelungen der übrigen Sozialversicherungsgesetze.

Zu § 143:

Die Aufhebung der Bestimmungen des § 200 GSPVG. mit Wirksamkeitsbeginn dieses Bundesgesetzes erfordert eine Übergangsbestimmung, durch die die Pflichtversicherung aller im Zeitpunkt des Wirksamkeitsbeginnes dieses Bundesgesetzes bereits bei einer Meisterkrankenkasse pflichtversicherten Pensionisten nach dem GSPVG. aufrechterhalten wird.

Zu § 144:

Die erstmalige Fassung von Pflichtbeschlüssen soll unter Verzicht auf die im § 2 dieses Bundesgesetzes zur Einleitung einer Abstimmung festgelegten Erfordernisse im Laufe eines Jahres nach Inkrafttreten dieses Bundesgesetzes in jeder von diesem Bundesgesetz erfaßten Fachgruppe ermöglicht werden. Diese Übergangsbestimmung bezweckt nicht nur eine rasche Beseitigung der bestehenden Zersplitterung des Versichertenkreises durch die Erleichterung der Fassung von Pflichtbeschlüssen, sie soll vielmehr auch sicherstellen, daß innerhalb eines bestimmten Zeitraumes ein genaues Bild über das Interesse der betroffenen Personen an einer gesetzlichen Pflichtversicherung gewonnen werden kann. Um jeden Zweifel auszuschließen, wird auch hier festgehalten,

8/A

- XVI -

daß, soweit in einzelnen Fachgruppen bereits ein Teil der Fachgruppenmitglieder der Pflichtversicherung nach diesem Bundesgesetz unterliegt, nur der der Pflichtversicherung nicht unterliegende Teil abstimmungsberechtigt ist.

Zu § 145:

Diese Bestimmung entspricht der gleichartigen Regelung, die bei Inkrafttreten des Bauernkrankenversicherungsgesetzes getroffen wurde. Eine Abweichung ist dahingehend vorgesehen, daß die Fristen nicht vom Inkrafttreten dieses Bundesgesetzes, sondern vielmehr, bedingt durch das Erfordernis der Pflichtbeschlüsse, vom Eintritt der Pflichtversicherung an berechnet werden.

Zu § 146:

Diese Bestimmung dient nur der Abgrenzung der Versicherungsfälle, soweit sie nach bisherigem Recht oder aber nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes zu behandeln sind.

Zu § 147:

Diese Bestimmung dient der Überleitung der bisher bestandenen freiwilligen Versicherungen in die gleichartigen nach diesem Bundesgesetz eingerichteten freiwilligen Versicherungen.

Zu § 148:

Im Hinblick auf die Bestimmungen des § 144 erscheint es erforderlich, die bis zum 30. Juni 1967 eintretende Erweiterung des Versichertenkreises auch in der Zusammensetzung der Verwaltungskörper ab dem Zeitpunkt, in dem die Frist für die erstmalige Fassung von Pflichtbeschlüssen abgelaufen sein wird, zum Ausdruck kommen zu lassen. Es wird daher, um eine gleichartige Regelung bei allen Selbständigenkrankenkassen und beim Verband sicherzustellen, die Amtsdauer der im Amte befindlichen Verwaltungskörper mit 30. Juni 1967 begrenzt. Um keine Unterschiede zu den bei den anderen Sozialversicherungsträgern vorgesehenen Funktionsperioden in Zukunft laufend eintreten zu lassen, wird die Amtsdauer der nach dem 30. Juni 1967 neu zu bestellenden Verwaltungskörper erst am 31. Dezember 1973 enden.

Zu § 149:

Da gegenwärtig der zu erwartende Umfang des Versichertenkreises in den Bundesländern Tirol und Vorarlberg nicht annähernd schätzbar ist, wird mit der Durchführung der Selbständigenkrankenversicherung in diesen Bundesländern bis auf weiteres die Selbständigenkrankenkasse für Salzburg betraut. Eine Ausnahme ist nur hinsichtlich des Verwaltungsbezirkes Lienz vorgesehen, da dieser gegenwärtig zum örtlichen Wirkungsbereich der Meisterkrankenkasse des Handwerks für Kärnten und Osttirol gehört und der örtliche Wirkungsbereich keine Änderung erfahren soll, wenn nicht für das Bundesland Tirol eine eigene Selbständigenkrankenkasse errichtet wird.

8/A

- XIII -

sicherten gegen solche, wenn auch selten eintretende Katastrophenfälle, dringend geboten.

Durch die Bestimmungen des § 69 Abs. 2 soll die seit Jahrzehnten in der Meisterkrankenversicherung geltende Regelung, wonach Versicherte, die nicht die allgemeine Gebührenklasse in Anspruch nehmen, unter bestimmten Voraussetzungen eine auf die in Anspruch genommene Form der Anstaltspflege abgestellte Lösung erhalten, um ein Absinken des Leistungsniveaus der Selbständigenkrankenversicherung gegenüber der bisherigen Meisterkrankenversicherung zu vermeiden, aufrechterhalten werden.

In den Bestimmungen der §§ 70 und 71 sind die analogen Bestimmungen des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (§§ 148, 149), die schon bisher für die Meisterkrankenversicherung Geltung hatten, unter Anpassung an die Bestimmungen dieses Bundesgesetzes übernommen worden.

Die im § 72 geregelte Hauspflege wird in gleicher Weise wie bisher in der Meisterkrankenversicherung gewährt.

Zu §§ 73 und 74:

Diese Bestimmungen entsprechen den analogen Bestimmungen der übrigen Sozialversicherungsgesetze.

Zu § 75:

Die Mutterschaftsleistungen entsprechen den bisher in der Meisterkrankenversicherung geltenden Vorschriften. Erstmalig wurde jedoch, bedingt durch den im § 42 festgesetzten Eintritt des Versicherungsfalles der Mutterschaft mit dem Beginn der Schwangerschaft die Leistung "Arzt-(Hebammen-)hilfe" während der Schwangerschaft vorgesehen.

Zu § 76:

Aus Zweckmäßigkeitsgründen wurde, so wie dies bisher schon in der Meisterkrankenversicherung satzungsmäßig vorgesehen war, eine eigene Bestimmung über die Gewährung der Reise-(Fahrt-) und Transportkosten im Falle der Inanspruchnahme der Leistungen verankert.

Zu § 77:

Diese Bestimmung entspricht den bisher in der Meisterkrankenversicherung geltenden Vorschriften.

Zu §§ 78 bis 81:

Anknüpfend an die seit Beginn der Meisterkrankenversicherung bestehende Zusatzversicherung auf Krankengeld sind für den Fall der Arbeitsunfähigkeit als Leistung die Zahlung eines täglichen Krankengeldes und bei Anstaltspflege die Gewährung eines Taggeldes vorgesehen. An die Stelle des Krankengeldes

8/A

- XIV -

oder Taggeldes tritt bei Entbindungen innerhalb des im Gesetz vorgesehenen Zeitraumes das Wochengeld. Diese Leistungen stellen im Gegensatz zu den teilweise gleichnamigen Leistungen des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes keine auf Grund der Versicherung gebührende Pflichtleistung dar, sondern wird ein Anspruch auf sie nur durch den Abschluß einer freiwilligen Zusatzversicherung erworben.

Zu §§ 82 und 83:

Die Leistungen nach § 82 und 83, die den Abschluß einer freiwilligen Höherversicherung zur Voraussetzung haben, sind im Umfang und hinsichtlich der Bedingungen entsprechend den Leistungen der bisher bestehenden "Allgemeinen Zusatzversicherung" festgelegt.

Zu §§ 84 bis 94:

Die Beziehungen der Selbständigenkrankenkassen (des Verbandes) zu den übrigen Sozialversicherungsträgern und zu den Fürsorgeträgern sind den entsprechenden Bestimmungen der übrigen Sozialversicherungsgesetze nachgebildet, wobei die hinsichtlich der Verrechnung der Ersatzansprüche zwischen den Meisterkrankenkassen und den Trägern der Unfallversicherung bisher im § 480 Abs. 2 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz unter Z.3 verankerte Sonderbestimmung übernommen wurde.

Zu §§ 95 bis 107:

Die Beziehungen zu den Ärzten, Dentisten, Hebammen, Apothekern, Krankenanstalten und anderen Vertragspartnern entsprechen den analogen Regelungen in den übrigen Sozialversicherungsgesetzen. Zum Abschluß der Gesamtverträge ist wie bisher auch der Verband der Selbständigenkrankenkassen berechtigt.

Zu §§ 108 bis 110:

Die Bestimmungen über Schadenersatz und Haftung entsprechen den analogen Bestimmungen der übrigen Sozialversicherungsgesetze.

Zu § 111:

Hinsichtlich des Verfahrens sollen die einschlägigen Bestimmungen des VII. Teiles des ASVG. auch in der Selbständigenkrankenversicherung gelten.

Zu §§ 112 bis 128:

Die Bestimmungen über die Verwaltungskörper der Selbständigenkrankenkassen und des Verbandes sowie über die Aufgaben der Verwaltungskörper sind ebenfalls den analogen Bestimmungen der übrigen Sozialversicherungsgesetze nachgebildet. Die Verwaltungskörper des Verbandes haben in Hinkunft aus einer Hauptversammlung, dem Vorstand und dem Überwachungsausschuß zu bestehen. Die

8/A

- XI -

kenkassen eingehoben wird, vorgesehen. Entgegen der bisherigen Rechtslage wird eine Kostenbeteiligung für Anstaltspflege eingeführt. Doch wird nicht die Regelung des Bauernkrankenversicherungsgesetzes zur Gänze übernommen, da dies allenfalls bei allein tätigen Selbständigen der gewerblichen Wirtschaft generell zu sozialen Härten führen könnte. Durch die gesetzliche Formulierung ist sichergestellt, daß kein Versicherter innerhalb eines Zeitraumes von zwölf Monaten für mehr als drei Wochen eines Krankenanstaltsaufenthaltes eine Kostenbeteiligung zu leisten hat.

Durch die Festlegung, daß Geldleistungen nach § 46 Abs. 2 lit. b und c höchstens in einem Betrag von 80 v.H. der tatsächlich erwachsenen Kosten gewährt werden dürfen, wird sichergestellt, daß sich die Versicherten bei jeder möglichen Art der Leistungserbringung gleichartig an den Kosten zu beteiligen haben.

Für Heilmittel ist aus verwaltungsökonomischen Gründen an Stelle einer prozentuellen Kostenbeteiligung eine fixe Rezeptgebühr, die das Gesetz mit S 5,-- unter Anlehnung an das Bauernkrankenversicherungsgesetz festsetzt, vorgesehen. Auch diese Regelung knüpft an die bisherigen Vorschriften in der Meisterkrankenversicherung an. Um eine ungleiche Behandlung der Versicherten zu vermeiden, ist für die Versorgung mit Heilmitteln in Form von Geldleistungen neben der allgemein geltenden Beschränkung auf 80 v.H. der dem Versicherten tatsächlich erwachsenden Kosten eine Berücksichtigung der Rezeptgebühr vorgesehen. Durch die in diesem Bundesgesetz enthaltene Regelung der Beteiligung der Versicherten an den Heilmittelkosten dürfte auch eine weitgehende Ausschaltung einschlägiger nicht versicherungsschutzwürdiger Bagatelleleistungen erreichbar sein.

Zu §§ 48 bis 62:

In allen System^{en} der gesetzlichen Krankenversicherung herrscht der Grundsatz, daß bei mehrfacher Versicherung die Sachleistungen nur einmal zu gewähren, während die Geldleistungen, soweit sie nicht Kostenersätze an Stelle von Sachleistungen darstellen, aus jeder der in Betracht kommenden Krankenversicherung zu erbringen sind. Dieser Grundsatz ist auch im § 48 verankert. Darüber hinaus ist jedoch vorgesehen, daß jene gemäß § 69 Abs. 2 zusätzlich zu gewährenden Leistungen für Anstaltspflege auch neben der Sachleistung für Anstaltspflege durch einen anderen Versicherungsträger von der Selbständigenkrankenkasse zu erbringen sind, soweit diese Leistungen über das Ausmaß der Sachleistung, die durch den anderen gesetzlichen Krankenversicherungsträger gewährt wird, hinausgeht.

8/A

- XII -

Die Bestimmungen über den Eintritt des Versicherungsfalles außerhalb des örtlichen Zuständigkeitsbereiches einer Kasse, sowie über das Entstehen der Leistungsansprüche, den Anfall der Leistungen, die Verwirkung des Leistungsanspruches, das Ruhen der Leistungsansprüche, die Übertragung, Pfändung und Verpfändung von Leistungsansprüchen, die Entziehung von Leistungsansprüchen, das Erlöschen von Leistungsansprüchen, die rückwirkende Herstellung des gesetzlichen Zustandes bei Geldleistungen, den Verfall von Leistungsansprüchen infolge Zeitablaufes, die Aufrechnung, die Auszahlung von Leistungen, den Zahlungsempfänger sowie die Rückforderung zu Unrecht erbrachter Leistungen entsprechen grundsätzlich den bisher in der Meisterkrankenversicherung geltenden Vorschriften, wobei lediglich hinsichtlich der Übertragung, Pfändung und Verpfändung von Leistungsansprüchen die im Bauernkrankenversicherungsgesetz verankerte abweichende Bestimmung übernommen wurde. Hinsichtlich des Verfalls von Leistungsansprüchen infolge Zeitablaufes, sowie der Rückforderung zu Unrecht erbrachter Leistungen wurden die Fristen an die im § 35 festgelegte Verjährungsfrist angepaßt. Für die Auszahlung der Leistungen wird eine Frist vorgesehen, die der den Versicherten eingeräumten Frist zur Einzahlung der Beiträge entspricht.

Zu §§ 63 bis 67:

Diese Bestimmungen sind im wesentlichen den bisher geltenden einschlägigen Vorschriften der Meisterkrankenversicherung gleichgehalten. Aus systematischen Gründen soll die Hilfe bei körperlichen Gebrechen sowie die Zahnbehandlung und der Zahnersatz, wie dies auch schon bisher in der Meisterkrankenversicherung der Fall war, dem Versicherungsfall der Krankheit zugeordnet werden. Hinsichtlich der Rezeptgebühr wird auf die "Erläuternden Bemerkungen" zu §§ 46 und 47 verwiesen.

Zu §§ 68 bis 72:

Die Gewährung von Anstaltspflege ist eine der wichtigsten Leistungen der sozialen Krankenversicherung. Ein notwendiger Anstaltsaufenthalt bedeutet für die Mehrzahl der Selbständigen eine schwere finanzielle Belastung, deren Selbsttragung speziell bei länger andauernden Erkrankungen kaum zumutbar erscheint. Das Gesetz sieht daher grundsätzlich keine zeitliche Beschränkung der Leistungsübernahme für Anstaltspflege vor. Die Aufhebung der bisher in der Meisterkrankenversicherung bestehenden Höchstdauer stellt zumindest für den Bereich der Selbständigenkrankenversicherung keine wesentliche finanzielle Mehrbelastung dar, insbesondere weil eine Koppelung der Anstaltspflege mit einem Anspruch auf laufende Geldleistungen (Krankengeld) nicht gegeben ist. Demgegenüber erscheint jedoch eine Absicherung der Ver-

8/A

- IX -

Zu §§ 26 bis 28:

Die Bestimmungen über die Beitragspflicht entsprechen grundsätzlich den bisherigen einschlägigen Bestimmungen der Meisterkrankenversicherung. Hinsichtlich der Beiträge der krankenversicherten GSPVG.-Pensionisten sieht das Gesetz den Abzug von der Pension durch die Pensionsversicherungsanstalt und die Überweisung durch diese an die zuständigen Kassen vor. Neben dem von der Pension einzubehaltenden Beitragsteil ist ein gleich hoher von der Pensionsversicherungsanstalt aus den Mitteln der Pensionsversicherung zu leisten und gleichzeitig mit dem abgezogenen Beitragsteil den zuständigen Kassen zu überweisen. Diese Lösung der Finanzierungsfrage stützt sich darauf, daß der Aufwand für die versicherten GSPVG.-Pensionisten bei den Meisterkrankenstellen bisher immer nur zur Hälfte durch die von diesen zu entrichtenden Beiträge gedeckt werden konnte, obwohl für diese Personen die gleichen Grundsätze hinsichtlich der Beitragsbemessung gelten, wie für die übrigen Versicherten.

Zu § 29:

Während die Bestimmungen über Fälligkeit und Einzahlung der Beiträge den übrigen Sozialversicherungsgesetzen entsprechen, ist die Einzahlungsfrist mit 4 Wochen festgelegt, um eine gleichartige Stellung von Versicherten und Kasse zu erreichen (siehe "Erläuternde Bemerkungen" zu § 60). Die bisher in der Meisterkrankenversicherung in Geltung stehende Verzugszinsenregelung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes hat sich im Bereich der Meisterkrankenversicherung nicht bewährt. Die einzelnen Selbständigenkrankenstellen waren einerseits nicht in der Lage, dem Gesetz zu entsprechen, ohne eine unverhältnismäßig hohe Belastung der Verwaltung in Kauf zu nehmen, andererseits sahen sie sich stets dem begreiflichen Unverständnis der Versicherten gegenüber, die einfach nicht zur Kenntnis nehmen wollten, daß die Anlastung von Groschenbeträgen in Erfüllung des Gesetzes zu erfolgen hat. Da die Größenordnung der Kassen und der Beiträge, wie auch die Notwendigkeit der dezentralen Führung einer Krankenversicherung die Anschaffung oder Benützung von zentralen Datenverarbeitungsanlagen unzweckmäßig erscheinen läßt, sieht das Gesetz vor, daß rückständige Beiträge einzumahnen sind. Die Mahngebühr ist in fixen Beträgen, die sich nach der Höhe des Rückstandes staffeln und die durch die Koppelung an das Briefporto auch in Hinkunft ihren Geldwert erhalten werden, festzusetzen. Dagegen ist die Einhebung von Verzugszinsen nicht mehr vorgesehen, wodurch eine erhebliche Vereinfachung und Kostenersparnis bewirkt wird.

8/A

- X -

Zu §§ 30 bis 36:

Die Bestimmungen über das Verfahren zur Eintreibung der Beiträge, die Behandlung der Beiträge im Ausgleichs- und Konkursverfahren, die Sicherung der Beiträge, den vorübergehenden Verzicht auf Eintreibung, die Niederschlagung von Beitragsrückständen, die Verjährung und die Rückforderung ungebührlich entrichteter Beiträge, sind den bisher in Geltung gestandenen Bestimmungen für die Meisterkrankenversicherung, die grundsätzlich den Regelungen der übrigen Sozialversicherungsgesetze entsprochen haben, nachgebildet. Bei der Verjährung wurde jedoch eine dreijährige Verjährungsfrist auf Grund der bisherigen Erfahrungen festgelegt. Die erweiterte Verjährung, die bisher erst nach 10 Jahren eintrat, wurde auf 7 Jahre verkürzt.

Zu §§ 37 bis 40:

Diese Bestimmungen sind den analogen Regelungen der übrigen Sozialversicherungsgesetze nachgebildet.

Zu §§ 41 bis 45:

Die Bestimmung über den Umfang der Leistungen ist den übrigen Sozialversicherungsgesetzen nachgebildet. Eine Ergänzung erfolgt nur hinsichtlich der im Bereich der Meisterkrankenversicherung schon bisher bestandenen Zusatz- und Höherversicherung. Im übrigen wird bemerkt, daß die Bestimmungen über die Leistungen im wesentlichen eine Kodifizierung der bisher in der Meisterkrankenversicherung geltenden auf Satzungsstufe stehenden Regelungen darstellen. Hierzu gehören insbesondere auch die Bestimmungen über den Eintritt des Versicherungsfalles, die Art der Leistungen, die Anspruchsberechtigung und die Wartezeiten.

Zu §§ 46 und 47:

Im § 46 sind die möglichen Arten der Leistungserbringung angeführt. Durch die Formulierung soll zum Ausdruck gebracht werden, daß in der Selbständigenkrankenversicherung die Sachleistungen nicht im Vordergrund stehen. Grundsätzlich kommt den Geldleistungen der Vorrang zu, da jeder Versicherte nach Maßgabe der einschlägigen Bestimmungen dieses Bundesgesetzes einen unbedingten gesetzlichen Anspruch auf die Gewährung von Geldleistungen hat. Die Erbringung der Leistungen als Sachleistungen hingegen ist an eine Bedingung geknüpft, die außerhalb des Wirkungsfeldes des Gesetzgebers liegt. Voraussetzung für die Gewährung von Sachleistungen ist vornehmlich der Abschluß privatrechtlicher Verträge, die erst auf der Satzungsebene ihren öffentlich-rechtlichen Niederschlag finden können.

Zur Stärke der Eigenverantwortung der Versicherten ist eine Kostenbeteiligung, wie sie heute bereits von der überwiegenden Mehrzahl der Meisterkran-

8/A

- VII -

(2,7 Personen). Unter Berücksichtigung dieser Umstände ist man in der Meisterkrankenversicherung bisher einen Mittelweg gegangen, der zwar die Mitversicherung der Familienangehörigen auf freiwilliger Basis gegen Entrichtung eigener Beiträge vorsieht. Diese Beiträge sind aber unter Bedachtnahme auf familienpolitische Aspekte wesentlich ermäßigt. Durch diese Lösung wird die Last der mitzuversichernden Angehörigen zwischen dem einzelnen Versicherten und der Gesamtheit der Versicherten geteilt. In dem vorliegenden Bundesgesetz wurde die hier dargelegte Regelung im wesentlichen beibehalten. Sie ermöglicht den Abschluß einer Familienversicherung immer noch zu wesentlich günstigeren Bedingungen, als sie bei einer privaten Krankenversicherung möglich wäre.

Zu § 11:

Wie bisher in der Meisterkrankenversicherung soll auch in Hinkunft bei bestimmten Verstößen gegen die jeweiligen Bestimmungen und Voraussetzungen für den Bestand der freiwilligen Versicherungen ein Ausschluß des Versicherten durch die Kasse möglich sein. Mit der Möglichkeit des Ausschlusses aus der freiwilligen Versicherung soll die Kasse eine Handhabe gegen spekulative Ausnützung dieser auf freiwilliger Basis durchgeführten Versicherungen haben.

Zu § 12:

Die Bestimmungen des § 12 über die Formalversicherung sind den gleichartigen Bestimmungen der übrigen Sozialversicherungsgesetze nachgebildet.

Zu §§ 13 bis 18:

Zur Durchführung der Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz sind nach wie vor die Meisterkrankenstellen und ihr Verband unter Aufrechterhaltung ihres bisherigen örtlichen und sachlichen Wirkungsbereiches berufen. Die Gründe für die Umbenennung in "Selbständigenkrankenstellen" wurden bereits in den "Erläuternden Bemerkungen" zum Titel dieses Bundesgesetzes dargelegt. Es ist wohl richtig, daß die derzeit bestehenden Träger der Meisterkrankenversicherung hinsichtlich ihrer sachlichen und örtlichen Gliederung kein abgeschlossenes System ergeben und das Ergebnis einer jahrzehntelangen Entwicklung sind. Mit Rücksicht auf den Umstand, daß auch der Kreis der Pflichtversicherten derzeit ein ähnliches uneinheitliches Bild bietet und innerhalb eines Jahres auf Grund dieses Bundesgesetzes die Herbeiführung von Abstimmungen über die Einführung der Pflichtversicherung zum Zwecke der Erreichung eines einheitlicheren Versichertenkreises in den einzelnen Bundesländern vorgesehen ist, wurden hinsichtlich der bestehenden Organisation der Meisterkrankenversicherung vorerst keine Änderungen vorgenommen.

8/A

- VIII -

Zur Wahrnehmung der den Selbständigenkrankenkassen gemeinsamen Interessen ist wie bisher als Dachorganisation der Verband der Selbständigenkrankenkassen berufen. Sein Aufgabenbereich entspricht im wesentlichen jenem des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger, jedoch eingeschränkt auf solche Angelegenheiten, die nicht über die gemeinsamen Interessen der Selbständigenkrankenkassen hinausgehen und Interessen der gesamten Sozialversicherung betreffen.

Zu §§ 19 bis 21:

Die Bestimmungen über Meldungen und Auskunftspflicht sind den analogen Bestimmungen der übrigen Sozialversicherungsgesetzes nachgebildet.

Zu §§ 22 bis 25:

Die Bestimmungen über die Festsetzung der Beiträge stellen im wesentlichen die Kodifizierung der bisher im Bereich der Meisterkrankenversicherung geltenden Vorschriften dar. Hinsichtlich der Beitragsgrundlage in der Weiter- und Selbstversicherung wurde abweichend von den bisher in Geltung gestandenen Bestimmungen eine den einschlägigen Regelungen des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes nachgebildete Bestimmung aufgenommen, wonach eine abweichende Festsetzung des Beitrages nach anderen Grundsätzen ermöglicht werden soll. Die Bestimmung über die Höhe des Grundbeitrages stellt eine Rahmenbestimmung dar, die gegenwärtig bei einzelnen Kassen bereits ausgeschöpft ist. Mit Rücksicht darauf, daß künftig die Pensionsversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft zur Krankenversicherung der Pensionisten einen Beitrag leistet, wird mit den durch diese Bestimmung hereinkommenden Beiträgen voraussichtlich für einige Zeit das Auslangen gefunden werden. Außerdem wird darauf hingewiesen, daß zur Vermeidung von Liquiditätsschwierigkeiten im Gegensatz zu den übrigen Sozialversicherungsgesetzen die Ansammlung und Erhaltung einer Barreserve in der Höhe des dreifachen durchschnittlichen Monatsaufwandes der letzten zwei Geschäftsjahre vorgeschrieben ist. Durch diese Bestimmung sollen einerseits die überalterten für die Meisterkrankenversicherung geltenden Regelungen ersetzt und andererseits die in der Meisterkrankenversicherung seit Jahrzehnten tatsächlich gegebene Situation, nämlich der Bestand einer ausreichenden Liquidität, auch gesetzlich zwingend verankert werden. Hinsichtlich der auf freiwilliger Basis bestehenden Zusatzversicherung bzw. Höherversicherung ist die Ansammlung und Erhaltung gesonderter Barreserven vorgesehen, um eine Überwälzung des Aufwandes dieser Versicherungszweige auf die Gesamtheit der Versicherten hintanzuhalten.

8/A

- V -

Zu § 6:

Die Bestimmungen über die Weiterversicherung sind wie bisher schon in der Meisterkrankenversicherung in modifizierter Form den Bestimmungen des § 16 ASVG. nachgebildet. Als Besonderheit in der Selbständigenkrankenversicherung gilt hier die Bestimmung, daß die Kasse den aus der Pflichtversicherung Ausgeschiedenen eine Verständigung über das Erlöschen der Versicherung zuzustellen hat. Die Anmeldefrist für die Weiterversicherung beginnt hier, abgesehen von den sonstigen besonderen Hemmungstatbeständen, mit dem Tag der Zustellung der Verständigung zu laufen. Die Fortsetzung der Versicherung durch andere Personen (Angehörige des Versicherten) ist davon abhängig, daß diese Personen bereits in der freiwilligen Familienversicherung mitversichert gewesen sind. Für das Ende der Weiterversicherung waren bisher seit dem Inkrafttreten des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes in der Meisterkrankenversicherung die dort für das Ende der Weiterversicherung vorgesehenen Regelungen (§ 16 Abs. 7) maßgebend. Da sich diese Bestimmungen (Austritt) im Bereich der Meisterkrankenversicherung nicht sonderlich bewährt haben, wurde hier auf die für die Weiterversicherung ursprünglich in der Meisterkrankenversicherung bestandene Regelung (Kündigung) wieder zurückgegriffen. Hinsichtlich des Endes der Weiterversicherung wegen rückständiger Beiträge siehe "Erläuternde Bemerkungen" zu § 11.

Zu § 7:

Die Selbstversicherung ist im Bereich der Selbständigenkrankenversicherung hinsichtlich des beitragsberechtigten Personenkreises auf die Mitglieder der Kammern der gewerblichen Wirtschaft bzw. die Gesellschafter offener Handelsgesellschaften und persönlich haftende Gesellschafter von Kommanditgesellschaften, die Mitglieder der oben bezeichneten Kammern sind, eingeschränkt. Sie hat den Zweck, den Mitgliedern der Fachgruppen bzw. Fachverbänden in den Bereichen der Sektionen Industrie und Geld-, Kredit- und Versicherungswesen, für die die Fassung von Pflichtbeschlüssen nicht vorgesehen ist und somit eine Einbeziehung in die Pflichtversicherung nicht in Frage kommt, den freiwilligen Beitritt zur Krankenversicherung zu ermöglichen. Das gleiche gilt für die Mitglieder solcher Fachgruppen, in deren Bereich Pflichtbeschlüsse nicht zustandegekommen sind. Da es sich hierbei um Einzelbeitritte handelt, sind vom Versicherungswerber, um eine negative Riskenauslese hintanzuhalten, gewisse Voraussetzungen (Höchstalter, guter Gesundheitszustand) zu erfüllen. Darüber hinaus ist die Anzahl selbstversicherter Personen für jede Kasse mit einem Drittel der Gesamtzahl der bei der betreffenden Kasse versicherten Personen beschränkt.

8/A

- VI -

Zu § 8:

In der Selbständigenkrankenversicherung sind laufende Geldleistungen aus dem Titel der Arbeitsunfähigkeit oder der Mutterschaft im Rahmen der Pflichtleistungen nicht vorgesehen. Um jedoch Versicherten, insbesondere Alleingewerbetreibenden, im Falle der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit sowie weiblichen Versicherten im Falle der Mutterschaft, eine Leistung zu bieten, war bisher schon in der Meisterkrankenversicherung eine freiwillige Zusatzversicherung auf Kranken-(Wochen-)geld gegen Entrichtung eigener Beiträge vorgesehen. Diese Regelung wurde in das Bundesgesetz im wesentlichen übernommen. Siehe auch die "Erläuternden Bemerkungen" zu den §§ 78 bis 81.

Zu § 9:

Da es sich bei den Leistungen der Höherversicherung (siehe "Erläuternde Bemerkungen" zu den §§ 82, 83) um einen von den Interessen des Versichertenkreises und lokalen Gegebenheiten abhängigen erweiterten Krankenschutz handelt, bleibt die Einführung dieser Höherversicherung den Satzungen der Kassen überlassen. Die in dieser Bestimmung geregelte Höherversicherung bestand bisher in der Meisterkrankenversicherung unter der Bezeichnung "Allgemeine Zusatzversicherung".

Zu § 10:

Die relativ überaus hohe Anzahl an mitzuversichernden Familienangehörigen sowie das hohe Durchschnittsalter der in der gewerblichen Wirtschaft selbständig Erwerbstätigen gestattete es bisher in der Meisterkrankenversicherung nicht, so wie dies in der Krankenversicherung der Unselbständigen der Fall ist, eine Familienversicherung ohne Entrichtung eines gesonderten Beitrages für diese Personen zu gewähren. Die Statistik gab zu dieser Frage zunächst die Auskunft, daß im Vergleich zu den Gebietskrankenkassen, wo das Durchschnittsalter der Versicherten ca. 35,6 Jahre beträgt, in der Meisterkrankenversicherung bisher ein solches von 51 Jahren gegeben war. Eine allfällige Ausdehnung des Versichertenkreises auf weitere Personengruppen selbständig Erwerbstätiger würde in dieser Hinsicht keine wesentliche Besserung bringen, da auch bei der Gewerblichen Selbständigen-Pensionsversicherungsanstalt das Durchschnittsalter der versicherten Personen 50 Jahre beträgt. Es ist eindeutig, daß hier in der Selbständigenkrankenversicherung zunächst die jüngeren, ledigen Jahrgänge als Versicherte fehlen, die eine günstigere Gestaltung der Riskengemeinschaft ermöglichen würden. Aus Berichten des Statistischen Zentralamtes ist weiter bekannt, daß die Haushalte der Selbständigen im Durchschnitt grösser sind (in der gewerblichen Wirtschaft 3,5 Personen) als in anderen sozialen Gruppen

8/A

- III -

Die Versicherungspflicht bzw. die weitere Ausdehnung der Pflichtversicherung auf Personen, die bisher nicht der Pflichtversicherung in der Meisterkrankenversicherung unterlagen, wird nicht ex lege, sondern durch sogenannte Pflichtbeschlüsse der Interessenvertretungen (Fachgruppen) für ihre Mitglieder begründet. Für ein Abgehen von dieser grundsätzlichen in der Meisterkrankenversicherung schon seit ihrem Anbeginn bestehenden Regelung schien keine Veranlassung, weil man dem selbständigen Unternehmer eine verantwortungsbewußte Entscheidung über die Notwendigkeit, für sich und seine Familienangehörigen im Rahmen seiner Interessenvertretung vorzusorgen, wohl zutrauen kann.

Die bis zum Wirksamkeitsbeginn dieses Bundesgesetzes auf Grund der bisherigen Rechtslage gefaßten Pflichtbeschlüsse gewerblicher Interessenvertretungen gelten als im Sinne dieses Bundesgesetzes gefaßte Pflichtbeschlüsse, womit der derzeit bei den Meisterkrankenstellen pflichtversicherte Personenkreis bei den Selbständigenkrankenstellen weiterhin pflichtversichert bleibt.

Hinsichtlich der Ausdehnung der Pflichtversicherung auf bisher noch nicht versicherte selbständig Erwerbstätige ist vorgesehen, daß eine Abstimmung hierüber entweder der Fachgruppenausschuß beschließt, oder 10 v.H. der stimmberechtigten Mitglieder eine solche schriftliche Abstimmung verlangen können. Durch die Aufnahme der Bestimmung, daß auch 10 v.H. der Fachgruppenmitglieder die Möglichkeit haben, eine Abstimmung durchzusetzen, soll es in Zukunft auch einer Minderheit möglich sein, eine Entscheidung über ihre Krankenversicherungspflicht herbeizuführen.

Der Kreis der nach diesem Bundesgesetz versicherten Personen umfaßt auch die Bezieher einer Pension (Übergangspension), die von der Pensionsversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft ausgezahlt wird. Die Pflichtversicherung erstreckt sich auf alle Pensionisten, deren Pension auf einer selbständigen Erwerbstätigkeit auf Grund einer Berechtigung beruht, die die Pflichtversicherung auf Grund der bestehenden Pflichtbeschlüsse nach diesem Bundesgesetz begründen würde (mittelbare Wirkung der Pflichtbeschlüsse auf die GSPVG-Pensionisten).

Zu § 3:

Von der Pflichtversicherung nach diesem Bundesgesetz sollen, entgegen der bisherigen Regelung, Deszendenten, auf deren Rechnung ein Gewerbebetrieb fortgeführt wird (§ 56 Abs. 4 Gew.O.), von der Versicherungspflicht ausgenommen sein. Die Statuierung der Pflichtversicherung für diese Personen hat bisher häufig zu Schwierigkeiten und Härtefällen geführt. Es steht jedoch diesen Personen frei, eine Selbstversicherung (§ 7) einzugehen.

8/A

- IV -

Die Ausnahmebestimmung hinsichtlich der Ordensangehörigen entspricht den gleichartigen in allen übrigen Sozialversicherungsgesetzen enthaltenen Regelungen.

Zu § 4:

Die hier vorgesehenen Bestimmungen entsprechen im wesentlichen den bisher in Geltung gestandenen Regelungen in der Meisterkrankenversicherung (§ 492 ASVG. und § 8 der Satzungen der Meisterkrankenkassen). Hiedurch soll es den Versicherten möglich sein, die Auswirkungen einer Doppelversicherung auf Grund einer gleichzeitig ausgeübten selbständigen und unselbständigen Erwerbstätigkeit zu vermeiden. Die Versicherungspflicht auf Grund selbständiger Erwerbstätigkeit genießt jedoch den Vorrang vor einer Krankenversicherung auf Grund eines Pensionsbezuges. Aus diesem Grund soll in solchen Fällen - zumindest in diesem Bundesgesetz - kein Ruhen der Pflichtversicherung auf Grund selbständiger Erwerbstätigkeit eintreten. Mit der unter Abs. 1 Z.3 vorgesehenen Regelung wurde auf die im vergangenen Jahr neu geschaffene Bauernkrankenversicherung hinsichtlich der Abgrenzung und Vermeidung einer Doppelversicherung nach diesem und dem Bauernkrankenversicherungsgesetz getroffen. Die Bestimmung lehnt sich im wesentlichen an die im Gewerblichen Selbständigen-Pensionsversicherungsgesetz vorgesehene Bestimmung (§ 3 Abs. 1 Z.4) an.

Zu § 5:

So wie in allen übrigen Systemen der sozialen Krankenversicherung ist auch in der Selbständigenkrankenversicherung der Beginn der Pflichtversicherung mit dem Eintritt der hiefür maßgebenden Voraussetzung verbunden. Das Ende der Versicherung wurde mit Rücksicht auf den Umstand, daß in der Selbständigenkrankenversicherung volle Monatsbeiträge zu entrichten sind, mit dem Ablauf des Kalendermonates, in dem die Voraussetzungen für die Pflichtversicherung weggefallen sind, festgesetzt. Die Krankenversicherung der Pensionisten beginnt mit dem Tag, an dem der Pensionsbescheid zugestellt wird, bzw. mit dem Tag des Anfalles der Pension. Um die Zeit zwischen Rücklegung der Gewerbeberechtigung und Zuerkennung der Pension zu überbrücken, ist vorgesehen, daß die Krankenversicherung auf Grund der versicherungspflichtigen Erwerbstätigkeit in jenen Fällen, in denen die Berechtigung nur zum Zwecke der Antragstellung auf eine Pensionsleistung nach dem Gewerblichen Selbständigen-Pensionsversicherungsgesetz zurückgelegt wurde, über den Zeitpunkt der Zurücklegung hinaus vorläufig bis zum Beginn der Pflichtversicherung auf Grund des Pensionsbezuges oder der rechtskräftigen Abweisung des Pensionsantrages aufrechterhalten wird.

8/A

- I -

E r l ä u t e r n d e B e m e r k u n g e n

Die gesetzlichen Grundlagen der Meisterkrankenversicherung stellen seit dem Jahre 1936 ein Provisorium dar, welche derzeit durch die Bestimmungen des § 490 ASVG. bis zur gesetzlichen Neuregelung aufrechterhalten werden. Diese gesetzlichen Grundlagen sind die Bestimmungen der §§ 115b bis 115u sowie 130d aus dem ehemaligen siebenten Hauptstück der Gewerbeordnung sowie das Bundesgesetz über vorläufige Maßnahmen in der Krankenversicherung von Genossenschaftsmitgliedern und Genossenschaftsangehörigen, BGBl.Nr.547/1935, in der Fassung der Bundesgesetze BGBl.Nr.466/1936 und BGBl.Nr.449/1937.

In den vergangenen 20 Jahren, seit der Wiedererrichtung der Republik Österreich, waren wiederholt Bestrebungen im Gange, dieses Provisorium durch ein neues Bundesgesetz, in dem die Meisterkrankenversicherung neu geregelt wird, zu ersetzen. Diese Pläne hatten jedoch ^{deshalb} bisher/keinen Erfolg, weil mit dieser Neuregelung immer wieder die viel umstrittene Frage der zwangsweisen Ausdehnung des pflichtversicherten Personenkreises auf alle Mitglieder der Kammern der gewerblichen Wirtschaft verbunden wurde. Aus diesem Grund ist seinerzeit auch im Jahre 1950 ein bereits vom Nationalrat beschlossenes Selbständigenkrankenversicherungsgesetz durch Einspruch des Bundesrates gescheitert.

Bereits im Jahre 1957 hatte aber auch der Verfassungsgerichtshof anlässlich einer Entscheidung über eine Satzungsbestimmung einer Meisterkrankenkasse darauf hingewiesen, daß ihm die gegenwärtige Regelung der Meisterkrankenversicherung verfassungsrechtlich bedenklich erscheint, und empfohlen, die nur als provisorisch gedachte Regelung durch eine definitive Regelung zu ersetzen. Im Zuge eines neuerlichen Beschwerdeverfahrens hat der Verfassungsgerichtshof nunmehr mit Entscheidung vom 3. Juli 1965 die Bestimmungen des § 490 Abs. 1 ASVG., durch welche die alten, noch aus der Zeit vor 1938 stammenden gesetzlichen Bestimmungen für die Meisterkrankenstellen aufrechterhalten werden, mit Wirkung vom 30. Juni 1966 als verfassungswidrig aufgehoben.

Um einen gesetzlosen Zustand hintanzuhalten, erscheint es notwendig, daß bis zu diesem Zeitpunkt eine Neuregelung der Meisterkrankenversicherung herbeigeführt wird. Mit dem vorliegenden Bundesgesetz soll diesem Erfordernis Rechnung getragen werden.

Die Meisterkrankenstellen und ihr Leistungssystem haben sich bereits viele Jahrzehnte hindurch bestens bewährt. Sowohl die berechtigten sozialen Interessen der Versicherten als auch die der Vertragspartner, insbesondere jene der freipraktizierenden Ärzte, haben hier in einer bestmöglichen Form Berücksichtigung gefunden. Das Bundesgesetz sieht daher im wesentlichen nur

8/A

- II -

die Kodifizierung des bestehenden Rechtes der Meisterkrankenversicherung und die Aufrechterhaltung der bisherigen Meisterkrankenstellen vor. Was die heikle Frage der Ausdehnung des Versichertenkreises betrifft, so soll - wie dies grundsätzlich auch bisher schon ⁱⁿ der Meisterkrankenversicherung vorgesehen war - hierüber durch demokratische Abstimmung der hievon betroffenen Personen innerhalb ihrer gewerblichen Interessenvertretungen entschieden werden.

Zu den Bestimmungen wird im einzelnen folgendes bemerkt:

Zum Titel:

In der Meisterkrankenversicherung waren auch bisher schon nicht nur Handwerksmeister, sondern auch andere in der gewerblichen Wirtschaft selbständig erwerbstätige Personen versichert. Es erschien daher zweckmäßig, den Titel des Gesetzes in Anlehnung an den Wortlaut des Gewerblichen Selbständigen-Pensionsversicherungsgesetzes nach dem tatsächlich erfaßten Personenkreis zu bezeichnen.

Zu § 1:

Der Geltungs- bzw. Zuständigkeitsbereich dieses Krankenversicherungsgesetzes erstreckt sich auf die im Inland in der gewerblichen Wirtschaft selbständig Erwerbstätigen und die Pensionisten nach dem Gewerblichen Selbständigen-Pensionsversicherungsgesetz.

Wie bisher in der Meisterkrankenversicherung, soll sich nach dem vorliegenden Bundesgesetz der sachliche Aufgabenbereich der Selbständigenkrankenversicherung auf die Versicherungsfälle der Krankheit, der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit, der Mutterschaft und des Todes erstrecken.

Wie in der übrigen sozialen Krankenversicherung, sollen die Selbständigenkrankenstellen ebenfalls grundsätzlich berechtigt sein, Kur-, Genesungs- und Erholungsheime für ihre Versicherten zu errichten, zu erwerben und zu betreiben. Dagegen soll die Errichtung, der Erwerb und der Betrieb von sonstigen eigenen Einrichtungen der Selbständigenkrankenstellen im Gesetz nicht vorgesehen werden. Die Selbständigenkrankenstellen sollen vielmehr auf die Inanspruchnahme von Einrichtungen der Vertragspartner verwiesen werden.

Zu § 2:

Der Kreis der nach diesem Bundesgesetz pflichtversicherten selbständig erwerbstätigen Personen ist auf die Mitglieder der Fachgruppen in den Bereichen der Sektionen Gewerbe, Handel, Verkehr und Fremdenverkehr der Kammern der gewerblichen Wirtschaft, sowie auf die Gesellschafter jener offenen Handelsgesellschaften bzw. persönlich haftenden Gesellschafter jener Kommanditgesellschaften, die Mitglieder der genannten Fachgruppen sind, beschränkt.

Paragraph	T e x t	Seite
-----------	---------	-------

FÜNFTER TEIL: ÜBERGANGS- und SCHLUSSBESTIMMUNGEN

Abschnitt I

Übergangsbestimmungen.

143	Fortdauer einer gemäß § 200 GSPVG, bestehenden Pflichtversicherung	80
144	Erstmalige Fassung von Pflichtbeschlüssen	80
145	Aufkündigung von Versicherungsverträgen	81
146	Anwendung des Leistungsrechtes	81
147	Fortdauer einer nach früheren Vorschriften bestehenden freiwilligen Versicherung	82
148	Amtsdauer der Verwaltungskörper der bestehenden Selbständigenkrankenkassen und des Verbandes	82
149	Durchführung der Krankenversicherung in den Bundesländern Tirol und Vorarlberg bis zur Errichtung eigener Selbständigenkrankenkassen	83
150	Neuerichtung von Selbständigenkrankenkassen	83
151	Wechsel der Versicherungszuständigkeit; Übergabe von Versicherungsunterlagen	84
152	Weitergeltung bisher bestehender Verträge mit den Vertragspartnern	84

Abschnitt II

Schlußbestimmungen.

153	Rechtsunwirksame Vereinbarungen	84
154	Aufhebung bisheriger Vorschriften	85
155	Wirksamkeitsbeginn	85
156	Vollziehung des Bundesgesetzes	86
