

## 166 der Beilagen zu den stenographischen Protokollen des Nationalrates XI. GP.

# Bericht des Ausschusses für soziale Verwaltung

**über den Antrag der Abgeordneten Kulhanek und Genossen, betreffend die Schaffung eines Bundesgesetzes über die Krankenversicherung der in der gewerblichen Wirtschaft selbständig Erwerbstätigen (Gewerbliches Selbständigen-Krankenversicherungsgesetz — GSKVG.)**  
(8/A)

Die Abgeordneten Kulhanek, Dr. Mussil, Dr. Hauser und Genossen haben am 24. Mai 1966 den obgenannten Initiativantrag im Nationalrat eingebracht. Der Ausschuss für soziale Verwaltung, dem der Antrag zur Vorberatung zugewiesen wurde, hat in seiner Sitzung am 31. Mai 1966 für diese Gesetzesmaterie einen Unterausschuss eingesetzt. Dem Unterausschuss gehörten von der ÖVP die Abgeordneten Doktor Hauser, Kern, Kulhanek, Dr. Mussil und Reich, von der SPÖ die Abgeordneten Ing. Häuser, Kostroun, Müller und Pfeffer sowie von der FPÖ der Abgeordnete Meißlan.

Der erwähnte Unterausschuss hat in insgesamt acht vielstündigen Sitzungen den Antrag der Abgeordneten Kulhanek und Genossen einer intensiven Beratung unterzogen. Ab der dritten Sitzung des Unterausschusses nahmen die von der SPÖ-Fraktion entsendeten Mitglieder an den Beratungen nicht mehr teil. Abgeordneter Doktor Mussil hat dem Ausschuss für soziale Verwaltung am 30. Juni 1966 über das Ergebnis der Beratungen des Unterausschusses Bericht erstattet.

Nach dem vom Unterausschuss erarbeiteten Entwurf eines Bundesgesetzes über die Krankenversicherung der in der gewerblichen Wirtschaft selbständig Erwerbstätigen sollen zunächst alle jene unselbständig Erwerbstätigen der Pflichtversicherung unterliegen, die nach den am 30. Juni 1966 in Geltung gestandenen Vorschriften über die Meisterkrankenversicherung bei den Meisterkrankenkassen pflichtversichert waren. Die gewerblichen Interessenvertretungen, die in der Vergangenheit Pflichtbeschlüsse gefaßt haben,

sind aus der Anlage 1 zum Gesetzentwurf ersichtlich. Weiters sollen nach dem Entwurf alle Mitglieder der Kammern der gewerblichen Wirtschaft in den Bereichen der Sektionen Gewerbe, Handel, Verkehr und Fremdenverkehr pflichtversichert sein, sofern die betreffenden Fachgruppen die Einbeziehung in die Pflichtversicherung beschließen und das Bundesministerium für soziale Verwaltung im Verordnungsweg die Einbeziehung verfügt. Die Pflichtversicherung soll im Bereich der genannten Sektionen auch für die Gesellschafter offener Handelsgesellschaften und die persönlich haftenden Gesellschafter von Kommanditgesellschaften bestehen. Das Einbeziehungsverfahren ist grundsätzlich im Gesetzentwurf geregelt; die Ausführung bleibt einer Verordnung des Bundesministeriums für soziale Verwaltung vorbehalten. Besonders hervorgehoben zu werden verdient, daß für das Abstimmungsverfahren Vordrucke zu verwenden sein werden, die von der betreffenden Fachgruppe aufgelegt werden müssen. Das Muster der Vordrucke ist vom Bundesministerium für soziale Verwaltung zu genehmigen (amtlicher Stimmzettel). Schließlich werden auch die Bezieher einer Pension aus der Pensionsversicherung der gewerblichen Wirtschaft pflichtversichert sein, sofern der Pension eine Erwerbstätigkeit auf Grund einer Berechtigung zugrunde liegt, die im Zeitpunkt des Ausscheidens aus der Pensionsversicherung die Pflichtversicherung in der Krankenversicherung der Selbständigen begründet hatte. Pflichtbeschlüsse im Bereich einzelner Fachgruppen werden auch die Pflichtversicherung der dieser Fachgruppe zugehörig gewesenen Pensionisten umfassen.

Sämtliche Fachgruppen beziehungsweise Fachvertretungen in den in Betracht kommenden Sektionen, in deren Bereich noch keine Pflichtversicherung besteht, werden innerhalb eines Jahres nach Inkrafttreten des Gesetzes, also bis 30. Juni 1967, eine Abstimmung beziehungsweise Beschlußfassung darüber durchzuführen haben,

ob sie sich für die Einbeziehung in die Pflichtversicherung aussprechen. Die betreffende Fachgruppe beziehungsweise die betreffende Landeskammer wird, wie von Vertretern der Kammer zugesagt wurde, für eine sachliche Information über die Rechte und Verbindlichkeiten, die aus der Versicherung für die einzelnen Mitglieder erfließen, sorgen.

Auch nach dem begedruckten Gesetzentwurf wird daher zunächst eine Pflichtversicherung nur für einzelne Fachgruppen beziehungsweise einzelne Fachgruppenmitglieder in einzelnen Bundesländern bestehen. Verfassungsrechtliche Bedenken gegen diese Lösung unter dem Gesichtspunkt des Gleichheitsgrundsatzes bestehen nicht, weil der Verfassungsgerichtshof in seinem Erkenntnis vom 4. März 1961, B 193/1960, Slg. 3897, im Zusammenhang mit der verfassungsmäßigen Prüfung des § 490 ASVG. unter anderem folgendes festgestellt hat:

„Es ist an sich keine sachlich ungerechtfertigte Differenzierung, wenn das Meisterkrankenversicherungswesen nicht bundeseinheitlich, sondern nach Bundesländern oder auch nach größeren oder kleineren Gebietseinheiten verschieden geregelt wird; denn dies kann durch die gegebenen tatsächlichen Verschiedenheiten sachlich gerechtfertigt sein. Es ist zu untersuchen, ob gegen die durch diese Gesetzesstelle (§ 490 Abs. 1 ASVG.) geschaffene Rechtslage verfassungsrechtliche Bedenken aus dem Gesichtspunkt des Gleichheitsgrundsatzes bestehen. Der Verfassungsgerichtshof kann nicht finden, daß dem Bundesgesetzgeber in bezug auf diese Regelung eine gegen den Gleichheitsgrundsatz verstoßende Willkür vorgeworfen werden kann.“

Neben der Pflichtversicherung soll es nach dem Entwurf noch vier Formen der freiwilligen Versicherung geben, und zwar:

- a) die Weiterversicherung für Personen, die aus der Pflichtversicherung ausscheiden,
- b) die Selbstversicherung für alle Mitglieder der Kammern der gewerblichen Wirtschaft, solange sie nicht in einer gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind,
- c) die Zusatzversicherung für Pflichtversicherte — mit Ausnahme der Pensionisten — auf Kranken-, Tag- und Wochengeld und
- d) die Familienversicherung, die von Pflichtversicherten, Weiterversicherten und Selbstversicherten für ihre Familienangehörigen abgeschlossen werden kann.

Die Selbstversicherung und die Zusatzversicherung wird allerdings nur von Personen abgeschlossen werden können, die das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und deren Gesundheitszustand ärztlicherseits nicht als schlecht festgestellt worden ist. Diese beiden Voraussetzungen gelten auch in der Familienversicherung für jene

Personen, die im Wege der Satzung den Familienangehörigen gleichgestellt werden. Für Familienangehörige, für die bereits von Gesetzes wegen die Familienversicherung abgeschlossen werden kann — es sind dies vor allem die Ehegattin und die Kinder bis zur Vollendung des 18. beziehungsweise unter gewissen Voraussetzungen bis zur Vollendung des 26. Lebensjahres — werden ohne Rücksicht auf den Gesundheitszustand und das Lebensalter bei entsprechender Antragstellung in die Versicherung aufgenommen werden müssen.

Der Unterausschuß und auch der Ausschuß für soziale Verwaltung haben sich sehr eingehend mit der Frage beschäftigt, ob nach dem Vorbild des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes, des Bundesangestellten-Krankenversicherungsgesetzes und des Bauern-Krankenversicherungsgesetzes die sogenannte „beitragsfreie Familienversicherung“ verwirklicht werden soll. Nach Meinung des Ausschusses fehlt es vor allem an den finanziellen Voraussetzungen für eine solche beitragsfreie Familienversicherung. Der Ausschuß schlägt allerdings insoweit eine Verbesserung des geltenden Rechts auf diesem Gebiet vor, als der Beitrag für den mitversicherten Ehegatten höchstens 50 v. H. des Grundbeitrages im Gegensatz zu gegenwärtig 75 v. H. des Grundbeitrages betragen soll. Sind in der Familienversicherung mehr als drei Kinder versichert, sollen ab dem vierten Kind keine besonderen Beiträge mehr entrichtet werden. Auch dies ist eine Verbesserung gegenüber dem geltenden Recht.

Im übrigen soll die Finanzierung der Selbständigen-Krankenversicherung — abgesehen von der Krankenversicherung der Pensionisten — ausschließlich durch die Beiträge der Versicherten erfolgen.

Die Beitragsgrundlage beträgt jährlich mindestens 12.000, höchstens 48.000 S. Die Höhe des Grundbeitrages ist durch die Satzung mit einem Hundertsatz zu bestimmen, der höchstens 6 v. H. betragen darf. Abweichend hiervon kann durch die Satzung für alle oder für bestimmte Gruppen von Versicherten der Grundbeitrag unabhängig vom Einkommen festgesetzt werden. Neben den Grundbeiträgen sind noch Familienbeiträge und Zusatzbeiträge für die Zusatzversicherung vorzusehen.

Diese oben skizzierte Beitragsregelung gilt auch für die Pensionisten mit der Maßgabe, daß als Grundlage für die Ermittlung der Grundbeiträge der Jahresgesamtbetrag der zur Auszahlung gelangenden Pensions- und Pensionssonderzahlungen, und zwar jeweils der Grundbetrag und der Steigerungsbetrag, gilt. Diesen Beitrag hat die Pensionsversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft von der Pension einzubehalten und an die zuständige Kasse abzuführen. Darüber hinaus hat die Versicherungsanstalt für jeden

Versicherten einen Beitrag in der Höhe von 2 v. H. der Pension zu entrichten. Diese Regelung wird allerdings erst ab 1. Jänner 1967 wirksam werden. Für die daraus sich ergebende finanzielle Mehrbelastung der Pensionsversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft ist durch die Bundesbeitragsregelung des § 27 GSPVG. vorgesorgt.

Die Leistungen nach dem Entwurf sind Geld- oder Sachleistungen, wobei die Geldleistungen im Vordergrund stehen. Für die von den Kassen gewährten Sachleistungen hat der Versicherte 20 v. H. der Kosten als Kostenanteil zu ersetzen. Ausgenommen hiervon ist die Sachleistung der Anstaltspflege, die zur Gänze von den Kassen getragen wird. Im Falle einer Geldleistung soll der Kostenanteil des Versicherten vom Erstattungsbetrag in Abzug gebracht werden. Die Kassen haben keine Möglichkeit auf den Kostenanteil des Versicherten zu verzichten. Bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit wird allerdings die Möglichkeit bestehen, den Kostenanteil aus Mitteln des Unterstützungsfonds zu bestreiten.

Eine wesentliche Verbesserung gegenüber dem geltenden Leistungsrecht der Meisterkrankenversicherung stellt die zeitlich unbegrenzte Übernahme der Kosten der Anstaltspflege dar. Pflichtversicherte und freiwillig Versicherte werden daher Anspruch auf Anstaltspflege haben, wenn und solange es die Krankheit erfordert.

Aus der Zusatzversicherung sollen Anspruch auf Kranken-, Tag- und Wochengeld bestehen. Krankengeld wird bis zur Höchstdauer von 26 Wochen für ein und dieselbe Krankheit gewährt; die Satzung kann die Höchstdauer auf 52 Wochen ausdehnen. Als tägliches Krankengeld werden mindestens 20 S gebühren.

In Form einer Übergangsbestimmung wird für den Bereich der Selbständigenkrankenkasse des Handels (bisher Krankenkasse der Kaufmannschaft) die Möglichkeit beibehalten, durch die Satzung eine Höherversicherung vorzusehen, solange die Ermittlung der Grundbeiträge unabhängig vom Einkommen des Versicherten vorgenommen wird. Die Leistungen der Höherversicherung werden bei ärztlicher Hilfe, bei Anstaltspflege sowie als zusätzlicher Entbindungsbeitrag und zusätzlicher Begräbniskostenbeitrag gewährt. Die Satzung kann die Beiträge und unter Bedachtnahme auf die Beiträge die Leistungen staffeln. Die nähere Regelung der Höherversicherung bleibt der Satzung vorbehalten.

Die Durchführung der Selbständigen-Krankenversicherung wird den Selbständigenkrankenkassen übertragen, die an Stelle der bisherigen Meisterkrankenversicherungen treten. Der Verband der Meisterkrankenversicherungen wird in Verband der gewerblichen Selbständigenkrankenkassen umbenannt. Der örtliche und sachliche Zuständigkeitsbereich der Selbständigenkrankenkassen ent-

spricht dem Zuständigkeitsbereich der gegenwärtigen Meisterkrankenversicherungen. Die Durchführung der Krankenversicherung in den Bundesländern Tirol und Vorarlberg, wo keine Meisterkrankenversicherungen und damit auch keine gewerblichen Selbständigenkrankenkassen bestehen beziehungsweise bestehen werden, ist der gewerblichen Selbständigenkrankenkasse für Salzburg übertragen. Die allenfalls notwendig werdende Errichtung eigener Krankenkassen für die Bundesländer Tirol und Vorarlberg wird durch Verordnung des Bundesministeriums für soziale Verwaltung auf Antrag der zuständigen Kammer der gewerblichen Wirtschaft verfügt werden.

Im Antrag der Abgeordneten Kulhanek und Genossen (8/A) waren auch einige Änderungen des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes und des gewerblichen Selbständigen-Pensionsversicherungsgesetzes vorgesehen, die sich im Zusammenhang mit der Schaffung einer Selbständigen-Krankenversicherung und der Umbenennung der Meisterkrankenversicherungen in gewerbliche Selbständigenkrankenkassen als notwendig erwiesen haben. Der Unterausschuß und dann auch der Ausschuß für soziale Verwaltung kamen zu dem Ergebnis, daß es im Interesse der Rechtssicherheit liegt, wenn diese Änderungen in eigenen Novellen zum ASVG. beziehungsweise zum GSPVG. verfügt werden. Darüber hinaus stand die Frage zur Erörterung, ob die in dem Gesetzentwurf vorgesehene zeitlich unbeschränkte Übernahme der Kosten der Anstaltspflege auch für den Bereich der im ASVG. geregelten Krankenversicherung Geltung haben sollte. Da auch dort eine solche Leistungsverbesserung erwünscht ist und der Mehraufwand, der hierdurch verursacht wird, sich auf nur rund 1 Million Schilling jährlich belaufen dürfte, wird in dem Entwurf einer 18. Novelle zum ASVG. vorgeschlagen, für diesen Bereich die zeitlich unbeschränkte Gewährung der Anstaltspflege für Versicherte und für Angehörige vorzusehen. Die übrigen Änderungen stehen — wie bereits ausgeführt — ebenso wie die im Entwurf einer 15. Novelle zum GSPVG. vorgesehenen Änderungen unmittelbar mit der Schaffung des Selbständigen-Krankenversicherungsgesetzes im Zusammenhang.

Der Sitzung des Ausschusses für soziale Verwaltung am 30. Juni 1966 wohnte Bundesminister für soziale Verwaltung Grete Rehorek bei.

Der Ausschuß trat zunächst in die Beratung des gewerblichen Selbständigen-Krankenversicherungsgesetzes ein. An der sehr eingehenden Debatte beteiligten sich die Abgeordneten Doktor Mussil, Pfeffer, Kostroun, Kulhanek, Dr. Hauser, Altenburger, Müller, Meißl und Bundesminister Grete Rehorek. Schließlich wurde der begedruckte Gesetzentwurf (/1) mit Stimmenmehrheit angenommen.

Sodann wurden die Änderungen des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes beraten, die — wie bereits erwähnt — aus Gründen der Rechtsklarheit als 18. Novelle zum ASVG. in Wirksamkeit treten sollen. An der Debatte beteiligten sich die Abgeordneten Reich, Pfeffer, Horr, Dr. Hauser, Vollmann und Meißl. Ein von den Abgeordneten Pfeffer und Reich eingebrachter Ergänzungsantrag zu § 90 Abs. 1 ASVG. wurde vom Ausschuss angenommen. Diese Ergänzung ist deswegen notwendig, um in Übereinstimmung mit der bisherigen Rechtslage die Pension aus der eigenen Pensionsversicherung bis zur Höhe des in Betracht kommenden Krankengeldes auch dann zum Ruhen zu bringen, wenn die Pension nicht während des Krankengeldbezuges selbst, sondern während der Dauer des Ruhens des Krankengeldanspruches wegen Anstaltspflege, Unterbringung in einem Genesungsheim und dergleichen anfällt oder wiederauflebt. Ebenfalls angenommen wurde ein Antrag der Abgeordneten Dr. Hauser und Pfeffer, der als Z. 16 in den vom Unterausschuss vorgelegten Gesetzentwurf eingebaut wurde und § 349 Abs. 2 ASVG. betrifft. Nach dem neuen Gewerblichen Selbständigen-Krankenversicherungsgesetz soll nämlich der Abschluß der Gesamtverträge mit den Standesvertretungen der Ärzte und Dentisten dem Verband der Gewerblichen Selbständigenkrankenkassen obliegen. Gesamtverträge mit anderen Vertragspartnern kann der Hauptver-

band der österreichischen Sozialversicherungsträger auch für den Bereich der Gewerblichen Selbständigen-Krankenversicherung abschließen, wobei der Verband der Gewerblichen Selbständigenkrankenkassen Ergänzungsvereinbarungen festlegen kann. Da § 341 Abs. 2 ASVG., welcher die Mitwirkung des Verbandes der Meisterkrankenkassen beim Abschluß von Gesamtverträgen mit den Ärzten vorsieht, weggefallen ist, empfiehlt es sich, in gleicher Weise die Zustimmung des Verbandes der Gewerblichen Selbständigenkrankenkassen in jenen Fällen vorzusehen, in denen der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger einen Gesamtvertrag mit Wirkung für die Gewerblichen Selbständigenkrankenkassen vereinbart (zum Beispiel Gesamtverträge mit den Hebammengremien und dergleichen). Schließlich wurde der Entwurf einer 18. Novelle zum ASVG. in der beigedruckten Fassung (1/2) vom Ausschuss einstimmig angenommen.

Ebenfalls einstimmig nahm der Ausschuss den Entwurf einer 15. Novelle zum Gewerblichen Selbständigen-Pensionsversicherungsgesetz an, der diesem Bericht beigedrukt ist (1/3).

Der Ausschuss stellt somit den Antrag, der Nationalrat wolle den angeschlossenen Gesetzentwürfen die verfassungsmäßige Zustimmung erteilen.

Wien, am 30. Juni 1966

**Staudinger**  
Berichterstatter

**Rosa Weber**  
Obmann

/ 1  
/ 2  
/ 3

/1

**Bundesgesetz vom 1966  
über die Krankenversicherung der in der gewerblichen Wirtschaft selbständig Erwerbstätigen (Gewerbliches Selbständigen-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 Gewerbliche Selbständigenkrankenversicherung trifft Vorsorge für die Versicherungsfälle der Krankheit, der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit, der Mutterschaft und des Todes sowie für die Verhütung von Krankheiten.

(3) Die Gewerblichen Selbständigenkrankenkassen (im folgenden kurz Kassen genannt) sind berechtigt, nach Maßgabe der hierfür geltenden gesetzlichen Vorschriften, Kur-, Genesungs- und Erholungsheime zu errichten, zu erwerben und zu betreiben. Diese Einrichtungen dürfen jedoch nur von den Krankenversicherten und deren Familienangehörigen in Anspruch genommen werden.

(4) Die Mittel der Gewerblichen 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 Erfüllung 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,

nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen 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 Kammer der gewerblichen Wirtschaft in den unter Z. 1 bezeichneten Bereichen sind;

3. die Bezieher einer Pension (Übergangspension), ausgenommen von Höherversicherungspensionen, die von der Pensionsversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft ausgezahlt wird, wenn

a) der Pension eine Erwerbstätigkeit auf Grund einer Berechtigung zugrundeliegt, die im Zeitpunkt des Ausscheidens aus der Pensionsversicherung die Pflichtversicherung nach diesem Bundesgesetz begründet hatte oder

b) sie innerhalb eines Jahres vor dem Anfall der Pension entweder eine Berechtigung zurückgelegt haben, die die Pflichtversicherung nach diesem Bundesgesetz begründet hatte oder Gesellschafter einer offenen Handelsgesellschaft beziehungsweise persönlich haftende Gesellschafter einer Kommanditgesellschaft waren, die eine derartige Berechtigung zum Gegenstand ihrer Tätigkeit hatte.

(2) Die Pflichtversicherung der im Abs. 1 bezeichneten Personen wird auf Grund von Beschlüssen (Pflichtbeschlüssen) 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, durch Verordnung des Bundesministeriums für soziale Verwaltung nach Maßgabe der Bestimmungen des § 3 begründet.

(3) Inhaber von Berechtigungen, für die bis zum Wirksamkeitsbeginn dieses Bundesgesetzes

auf Grund vor diesem Zeitpunkt von den zuständigen gewerblichen Interessenvertretungen gefaßter Pflichtbeschlüsse im Sinne der Anlage 1 zu diesem Bundesgesetz eine Pflichtversicherung bestand, unterliegen der Pflichtversicherung nach diesem Bundesgesetz. Diese Pflichtversicherung erstreckt sich auch auf alle im Abs. 1 genannten Personen, die nach dem Wirksamkeitsbeginn dieses Bundesgesetzes eine von einem solchen Pflichtbeschluß erfaßte Berechtigung erlangen, die zum örtlichen und fachlichen Wirkungsbereich einer der in der Anlage 1 genannten Interessenvertretungen gehört beziehungsweise gehört hätte.

(4) Abs. 3 gilt entsprechend für Gesellschafter einer offenen Handelsgesellschaft und persönlich haftende Gesellschafter einer Kommanditgesellschaft, sofern diese Gesellschaften die dort angeführten Voraussetzungen erfüllen.

#### Einbeziehung bisher nicht pflichtversicherter Personen

§ 3. (1) Unterliegen die Mitglieder einer Fachgruppe auf Grund der Mitgliedschaft zu dieser Fachgruppe begründenden Berechtigungen nicht der Pflichtversicherung nach § 2 Abs. 3, so hat eine Abstimmung der Mitglieder über ihre Einbeziehung in diese Pflichtversicherung stattzufinden, wenn der Fachgruppenausschuß es beschließt oder wenn bei der Fachgruppe ein Antrag auf Durchführung einer Abstimmung über die Einbeziehung einlangt, der von 10 v. H. der abstimmungsberechtigten Fachgruppenmitglieder (Abs. 3) unterfertigt ist.

(2) 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 wenn bei der Fachgruppe ein Antrag auf Durchführung einer Abstimmung über die Einbeziehung einlangt, der von 10 v. H. der solche andere Berechtigungen innehabenden abstimmungsberechtigten Fachgruppenmitglieder (Abs. 3) unterfertigt ist.

(3) Die Abstimmung ist vom Fachgruppenausschuß durchzuführen. Der Fachgruppenausschuß kann die Durchführung einem engeren Ausschuß übertragen. Abstimmungsberechtigt sind die Mitglieder der Fachgruppe, sofern es sich um natürliche Personen, offene Handelsgesellschaften oder Kommanditgesellschaften handelt, die am 1. Jänner des Kalenderjahres, in dem die Abstimmung stattfinden soll, Mitglieder der Fachgruppe waren. Die Abstimmung ist schriftlich und geheim vorzunehmen. Hiebei dürfen nur von der Fachgruppe aufgelegte, an die Mitglieder zu versendende Vordrucke verwendet werden, deren

Muster vom Bundesministerium für soziale Verwaltung zu genehmigen ist. Der Vordruck hat die entsprechenden Angaben über die sich aus der Versicherung ergebenden Berechtigungen und Verbindlichkeiten sowie über den Zeitpunkt zu enthalten, an dem der ausgefüllte Vordruck bei der Fachgruppe spätestens einzulangen hat. Diese Frist ist vom Fachgruppenausschuß festzusetzen. Sie darf mit höchstens drei Monaten ab dem Tag der Versendung der Vordrucke bemessen werden. Die Abstimmungsberechtigten dürfen dem Vordruck bei sonstiger Ungültigkeit der Stimme keine Bedingungen oder Einschränkungen hinzufügen. Die Zustimmung ist unwiderruflich.

(4) Wenn in einem Bundesland von der Errichtung einer Fachgruppe abgesehen wurde, finden die Bestimmungen des Abs. 1 bis 3 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.

(5) Das Bundesministerium für soziale Verwaltung hat die näheren Vorschriften über die Vorbereitung und Durchführung der Abstimmung im Rahmen der Bestimmungen der Abs. 3 und 4 durch Verordnung zu erlassen.

(6) Die Unterlagen der Abstimmung sind von der Fachgruppe (in den Fällen des Abs. 4 von der zuständigen Sektion der Kammer der gewerblichen Wirtschaft) dem Bundesministerium für soziale Verwaltung binnen einem Monat nach Ablauf der Frist für das Rücklangen der ausgefüllten Vordrucke (Abs. 3) vorzulegen. Das Bundesministerium für soziale Verwaltung hat die der Fachgruppe angehörenden Personen im Sinne des § 2 Abs. 1 Z. 1 und 2 durch Verordnung in die Pflichtversicherung nach diesem Bundesgesetz einzubeziehen, wenn

- a) auf Grund des Abstimmungsergebnisses mehr als die Hälfte der Fachgruppenmitglieder, die sich an der Abstimmung gültig beteiligt haben, der Einbeziehung zugestimmt hat und
- b) der Einbeziehung nicht öffentliche Rücksichten vom Gesichtspunkt der Sozialversicherung der in der gewerblichen Wirtschaft selbständig Erwerbstätigen, insbesondere unter Bedachtnahme auf die finanzielle Leistungsfähigkeit der in Betracht kommenden Kasse entgegenstehen.

(7) Die Pflichtversicherung auf Grund einer nach dem Wirksamkeitsbeginn dieses Bundesgesetzes erlassenen Verordnung im Sinne des Abs. 6 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

aufrechtem Bestand von der 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 der Einbeziehung in die Pflichtversicherung erfaßt wird oder bei aufrechtem Bestand erfaßt worden wäre.

#### Ausnahmen von der Pflichtversicherung

§ 4. Von der Pflichtversicherung sind ausgenommen:

1. Personen, die berechtigt sind, den Gewerbebetrieb als Deszendentenbetrieb fortzuführen;
2. Angehörige der Orden und Kongregationen der katholischen Kirche sowie der Diakonissenanstalten der evangelischen Kirche A. B. und H. B.;
3. Bezieher einer Pension (Übergangspension) im Sinne des § 2 Abs. 1 Z. 3, sofern sie auf Grund des Bezuges einer Pension aus der Pensionsversicherung nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 189/1955, krankenversichert sind.

#### Ruhen der Pflichtversicherung

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

1. nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz 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 des Gewerblichen Selbständigen-Pensionsversicherungsgesetzes, BGBl. Nr. 292/1957, 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 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 gemäß Abs. 1 ruht auch eine allenfalls bestehende Familien- oder Zusatzversicherung.

(5) Die Pflichtversicherung und eine allenfalls für den Pflichtversicherten bestehende Zusatzversicherung ruht ferner für die Dauer des ordentlichen oder außerordentlichen Präsenzdienstes (§ 28 Abs. 4 bis 6 und § 52 Abs. 1 des Wehrgesetzes, BGBl. Nr. 181/1955). Eine im Zeitpunkt des Antrittes des Präsenzdienstes bestehende Familienversicherung bleibt während der Dauer des Präsenzdienstes aufrecht.

#### Beginn und Ende der Pflichtversicherung

§ 6. (1) Die Pflichtversicherung der im § 2 Abs. 1 Z. 1 genannten Personen beginnt mit dem Tage der Erlangung einer die Pflichtversicherung begründenden Berechtigung; soweit für die Zugehörigkeit zu einer der in der Anlage 1 zu diesem Bundesgesetz genannten Interessenvertretungen die Eintragung in das Handelsregister Voraussetzung war, beginnt die Pflichtversicherung frühestens mit dem Tage der Eintragung in das Handelsregister. Die Pflichtversicherung der im § 2 Abs. 1 Z. 2 genannten Personen beginnt mit dem Tage der Erlangung der die Pflichtversicherung begründenden Berechtigung durch die Gesellschaft, frühestens jedoch mit dem Tage der Eintragung des Gesellschafters in das Handelsregister.

(2) Im Falle der Einbeziehung in die Pflichtversicherung durch Verordnung (§ 3 Abs. 6) beginnt die Pflichtversicherung mit dem auf die Kundmachung der Verordnung im Bundesgesetzblatt nächstfolgenden Monatsersten.

(3) Die Pflichtversicherung der im § 2 Abs. 1 Z. 1 genannten Personen endet mit dem Letzten des Kalendermonates, in dem die die Pflichtversicherung begründende Berechtigung erloschen ist; soweit für die Zugehörigkeit zu einer der in der Anlage 1 zu diesem Bundesgesetz genannten Interessenvertretungen die Eintragung in das Handelsregister Voraussetzung war, endet die Pflichtversicherung spätestens mit dem Letzten des Kalendermonates, in dem die Löschung

der Eintragung im Handelsregister erfolgt ist. Die Pflichtversicherung der im § 2 Abs. 1 Z. 2 genannten Personen endet mit dem Letzten des Kalendermonates, in dem die die Pflichtversicherung begründende Berechtigung der Gesellschaft erloschen ist, spätestens jedoch mit dem Letzten des Kalendermonates, in dem die Löschung der Eintragung des Gesellschafters im Handelsregister erfolgt ist.

(4) Die Pflichtversicherung beginnt nach Wegfall eines Ausnahmegrundes nach § 4 mit diesem Zeitpunkte; bei Eintritt eines Ausnahmegrundes 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 des Anfalles der Pension. Für Pensionisten, die auf Grund der Bestimmungen des § 3 Abs. 7 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, so hat die Pensionsversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft nach pflichtgemäßem Ermessen zu prüfen, ob die Zuerkennung der Pension wahrscheinlich ist. Trifft dies zu, so hat sie eine Bescheinigung hierüber auszustellen, die sowohl dem Pensionswerber als auch der zuständigen Kasse zuzustellen ist. Die Pflichtversicherung gemäß § 2 Abs. 1 Z. 1 und 2 wird in einem solchen Fall 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, aufrechterhalten; dies gilt nicht, wenn der Antragsteller auf Grund des Bezuges einer Pension aus der Pensionsversicherung nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz krankenversichert ist beziehungsweise einen anderweitigen gesetzlichen Anspruch auf Krankenpflege hat. Die Ausstellung oder die Ablehnung der Bescheinigung kann durch ein Rechtsmittel nicht angefochten werden.

(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

§ 7. (1) Personen, die aus der Pflichtversicherung ausscheiden, können sich und ihre mitversicherten Familienangehörigen (§ 10), solange sie ihren Wohnsitz im Inland haben und nicht nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz in der

Krankenversicherung pflichtversichert sind, weiterversichern, wenn sie in den vorangegangenen zwölf Monaten mindestens 26 Wochen oder unmittelbar vorher mindestens sechs Wochen 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 (§ 10 Abs. 10), solange die zur Weiterversicherung berechnete 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 jener Familienangehörigen fortsetzen, auf welche die Voraussetzungen des § 10 Abs. 4 bis 6 gegen-



über 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. Diese 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 § 6 Abs. 6 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 Austritt zum Letzten des Beitragszeitraumes (§ 22 Abs. 5),
2. durch Ausschluß gemäß § 11.

#### Selbstversicherung

§ 8. (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 bis zur Vollendung des 60. Lebensjahres

nach Maßgabe des Abs. 2 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 Gesellschaften 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) Der Beitritt 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 unbeschadet des Abs. 2 mit dem auf die Anmeldung folgenden Monatsersten.

(5) Die Selbstversicherung 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.

(6) Durch die Satzung kann Selbstversicherten und deren mitversicherten Familienangehörigen (§ 10 Abs. 4 bis 8) die Berechtigung zur Weiterversicherung im Sinne des § 7 zuerkannt werden.

#### Zusatzversicherung

§ 9. (1) Die Pflichtversicherten mit Ausnahme der gemäß § 2 Abs. 1 Z. 3 versicherten Pensionisten sowie die gemäß § 8 Abs. 1 Selbstversicherten können, sofern sie mindestens 18 und höchstens 60 Jahre alt sind, 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 § 8 Abs. 5 entsprechend. Die Zusatzversicherung endet jedoch in allen Fällen spätestens mit dem Ausscheiden aus der Pflicht-(Selbst-)versicherung gemäß § 6 Abs. 3 beziehungsweise § 8 Abs. 5.

(3) Der Abschluß der Zusatzversicherung nach Abs. 1 ist abzulehnen, wenn der Gesundheitszu-

stand des Antragstellers ärztlicherseits als schlecht festgestellt wurde.

### Familienversicherung

§ 10. (1) Pflichtversicherte gemäß § 2, Weiterversicherte gemäß § 7 und Selbstversicherte gemäß § 8 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 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 § 8 Abs. 5 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 hierfür gesetzlich vorgesehenen Verfahren anerkannt oder im Prozeßweg gerichtlich festgestellt worden ist;

e) die Stiefkinder, im Sinne des Abs. 10, wenn sie vom Versicherten überwiegend erhalten werden;

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 § 7 Abs. 3 lit. c gegenüber dem aus der Pflichtversicherung ausgeschiedenen Vater, gesetzlich unterhaltsberechtig 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 Schul- 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 18. Lebensjahres oder während des Bestandes der Angehörigeneigenschaft nach Z. 1 eingetreten ist.

(6) Sind beide Elternteile versichert, dann gelten Kinder aus geschiedenen (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 Ver-

sicherten nicht verwandte beziehungsweise nicht verschwägerte 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) Die im Abs. 7 und 8 genannten Personen dürfen in die Familienversicherung — sofern die Familienversicherung nicht schon mit Beginn der Pflicht(Selbst)versicherung abgeschlossen wurde — nur aufgenommen werden, wenn sie nicht älter als 60 Jahre sind; die Aufnahme ist abzulehnen, wenn ihr Gesundheitszustand ärztlicherseits als schlecht festgestellt wurde.

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

#### Ausschluß aus der freiwilligen Versicherung

§ 11. (1) Die gemäß §§ 7 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 Monats;
- b) bei Abschluß der freiwilligen Versicherung vom Versicherten Fragen über den Gesundheitszustand, das Alter oder sonstige für das Versicherungsverhältnis maßgebende Ereignisse und Tatsachen unrichtig beantwortet oder bewußt verschwiegen wurden.

(2) Die Satzung hat zu bestimmen, unter welchen Bedingungen eine Wiederaufnahme in die Weiter-, Selbst-, Familien- und Zusatzversicherung 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 widerspruchlos 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 oder auf Zusatzversicherung 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 §§ 7 Abs. 8, 8 Abs. 4, 9 Abs. 2 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 Gewerblichen 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 Gewerbliche 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 Gewerblichen Selbständigenkrankenkassen umbenannt.

#### Träger der Versicherung

§ 14. (1) In den Bundesländern Oberösterreich, Salzburg, Steiermark und Kärnten besteht je eine Gewerbliche Selbständigenkrankenkasse.

Der Sprengel der Gewerblichen Selbständigenkrankenkasse für Kärnten umfaßt bis zur Errichtung einer eigenen Gewerblichen 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 Gewerblichen 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 Gewerblichen 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.

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

1. der Gewerblichen Selbständigenkrankenkasse für Niederösterreich und Burgenland;

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

(5) Die Gewerblichen Selbständigenkrankenkassen haben, soweit im folgenden nichts anderes bestimmt wird, ihren Sitz in der jeweiligen Landeshauptstadt. Die Gewerbliche 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 § 7 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 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.

#### Sachliche Zuständigkeit

§ 16. (1) Für den Bereich der Bundesländer Wien, Niederösterreich und Burgenland sind — unbeschadet der Bestimmungen des § 7 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 Gewerbliche 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 Gewerbliche 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 Gewerblichen Selbständigenkrankenkassen

§ 17. (1) Die im § 14 genannten Kassen werden im Verband der Gewerblichen Selbständigenkrankenkassen (im folgenden kurz Verband genannt) zusammengeschlossen.

(2) Dem Verband obliegt die Wahrnehmung der den Kassen gemeinsamen Interessen und die Vertretung der Kassen in diesen Angelegenheiten.

(3) Dem Verband obliegen insbesondere:

1. die Kassen über alle gemeinsamen beziehungsweise sie betreffenden Fragen laufend zu informieren;

2. die Presse- und sämtliche sonstige die Öffentlichkeitsarbeit betreffenden Angelegenheiten der Gewerblichen Selbständigenkrankenkassenversicherung zu besorgen;

3. in Fragen der Gewerblichen Selbständigenkrankenkassenversicherung Gutachten zu erstatten, Stellungnahmen abzugeben und Anträge zu stellen;

4. mit Zustimmung der betroffenen Kassen

a) Gesamtverträge und Zusatzvereinbarungen gemäß §§ 97 Abs. 1 und 105 Abs. 1

b) nach Fühlungnahme mit dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger Ergänzungsvereinbarungen zu den von diesem abgeschlossenen Gesamtverträgen

abzuschließen;

5. die Statistik der Gewerblichen Selbständigenkrankenkassenversicherung nach den Weisungen des Bundesministeriums für soziale Verwaltung zu besorgen und die Ergebnisse dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger zur Verfügung zu stellen;

6. den Kassen Rechtsschutz in Streitfällen, die für die Gewerbliche Selbständigenkrankenkassen-

versicherung von gemeinsamen Interesse sind, zu gewähren;

7. Erhebungen, Umfragen, Enqueten und dergleichen über Fragen der Gewerblichen Selbständigenkrankenkassenversicherung, ferner Tagungen (Kongresse) und Fachaustellungen zu veranstalten;

8. Erteilung der Zustimmung zu den gemäß § 31 Abs. 3 Z. 4 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger aufgestellten Richtlinien beziehungsweise Erlassung eigener Richtlinien für den Bereich der Gewerblichen Selbständigenkrankenkassenversicherung, soweit nicht die Regelung dieser Angelegenheiten Weisungen des Bundesministeriums für soziale Verwaltung vorbehalten ist;

9. Erteilung der Zustimmung zu den gemäß § 31 Abs. 3 Z. 11 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger aufgestellten Richtlinien beziehungsweise Erlassung eigener Richtlinien für den Bereich der Gewerblichen Selbständigenkrankenkassenversicherung;

10. Eine Mustersatzung sowie eine Musterkrankenordnung für den Bereich der Gewerblichen Selbständigenkrankenkassenversicherung zu erlassen.

(4) 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 wahlweisen Regelungen vorzusehen. Die Mustersatzung, die Musterkrankenordnung sowie die gemäß Abs. 3 Z. 8 und 9 aufzustellenden Richtlinien bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Genehmigung des Bundesministeriums für soziale Verwaltung. 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. Die verbindlichen Bestimmungen der Mustersatzung, der Musterkrankenordnung und der vom Verband erlassenen Richtlinien und jede ihrer Änderungen sind binnen einem Monat nach der Genehmigung im „Amtsblatt zur Wiener Zeitung“ zu verlautbaren.

(5) Bei Besorgung der im § 31 Abs. 3 Z. 2 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes angeführten Angelegenheiten hat der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger in jenen Angelegenheiten, welche die Interessen der Gewerblichen Selbständigenkrankenkassenversicherung berühren, den Verband zu hören; weicht das Gutachten beziehungsweise die Stellungnahme des Verbandes von der Auffassung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversiche-

Träger ab, so hat der Hauptverband seinem Gutachten beziehungsweise seiner Stellungnahme das Gutachten beziehungsweise die Stellungnahme des Verbandes anzuschließen.

#### 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 haben 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 § 4 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 den Verband 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 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 (§ 5);
2. Eintritt und Wegfall der Voraussetzungen für die Familienversicherung (§ 10);
3. Beginn und Ende des Präsenzdienstes;
4. Wohnsitzverlegung.

(5) Die nach den §§ 7 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 Familienangehörigen (§ 10) obliegt die gleiche Melde-

pflicht 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 Gewerblichen Selbständigenkrankenversicherung

##### 1. Unterabschnitt

#### Aufbringung der Mittel

##### Beiträge

§ 22. (1) Die zur Erfüllung der Aufgaben der Gewerblichen Selbständigenkrankenversicherung erforderlichen Mittel werden durch im Vorhinein zu entrichtende Beiträge der Versicherten (Pflicht-, Selbst-, Weiterversicherte) aufgebracht.

(2) Als Beiträge gelten:

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

(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 Ermittlung 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 Pension und Pensionssonderzahlungen, 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 § 7 Weiterversicherten sowie für die gemäß § 8 Selbstversicherten gilt der Gesamtbetrag der Einkünfte aus den in § 2 Abs. 3 des Einkommensteuergesetzes, BGBl. Nr. 1/1954, 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 12.000 S oder überhaupt keine Einkünfte vorliegen, 12.000 S (Mindestbeitragsgrundlage). Die Beitragsgrundlage beträgt höchstens 48.000 S (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 3000 S 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 Vorliegens der hierfür notwendigen Nachweise (§ 24) nicht festgestellt werden können, gilt jene Beitragsgruppe, die Einkünften zwischen 15.001 S und 18.000 S entspricht.

(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, entspricht.

(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.

## Vorlage der Einkommensnachweise

§ 24. (1) Die Versicherten mit Ausnahme der in § 23 Abs. 6 genannten Personen sowie der gemäß § 2 Abs. 1 Z. 3 pflichtversicherten Pensionisten haben 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 § 7, 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 Bezüher einer Pension und den Jahresbetrag der Pension und Pensionssonderzahlungen (§ 23 Abs. 1 lit. b) bekanntzugeben.

## Höhe der Beiträge

§ 25. (1) Die Höhe des Grundbeitrages ist durch die Satzung mit einem Hundertsatz der Bemessungsgrundlage zu bestimmen. Der Hundertsatz ist unter Bedachtnahme auf Abs. 4 so festzusetzen, daß mit den sich hieraus ergebenden Beiträgen unter Hinzurechnung der gemäß § 26 Abs. 4 von der Pensionsversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft zu leistenden Beiträge 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 Mittelwertes der für die jeweiligen Beitrags-

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

(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 50 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 100 v. H.

des Grundbeitrages betragen. Sind in der Familienversicherung mehr als drei Kinder versichert, so sind ab dem vierten Kind keine Beiträge nach lit. b zu entrichten.

(6) Der Beitrag für die Zusatzversicherung (§ 9) 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) 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 und 2 sowie Weiter- und Selbstversicherte gemäß §§ 7 und 8 haben für ihre Person den Grundbeitrag (§ 22 Abs. 2 lit. a) zu entrichten.

(2) Versicherte, die gemäß § 9 eine Zusatzversicherung oder gemäß § 10 eine Familienversicherung abgeschlossen haben, haben neben dem Grundbeitrag noch den Familien- beziehungsweise Zusatzbeitrag (§ 22 Abs. 2 lit. b und c) zu entrichten.



(3) Für die Dauer des Präsenzdienstes eines Versicherten hat der Bund den Familienbeitrag in der bisherigen Höhe an die zuständige Kasse einzuzahlen.

(4) Für Versicherte gemäß § 2 Abs. 1 Z. 3 hat die Pensionsversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft den Beitrag (Grundbeitrag, Familienbeitrag) von der Pension im Abzugswege einzuhalten und bis zum 20. des der Auszahlung folgenden Monats an die zuständige Kasse abzuführen. Darüber hinaus hat die Pensionsversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft ab 1. Jänner 1967 für diese Versicherten einen Beitrag zur Krankenversicherung in der Höhe von 2 v. H. der Pension (Grundbetrag und Steigerungsbetrag) 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.

#### Ende der Beitragspflicht

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

(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 Beträge dieser Art zurückgezahlt werden können.

#### Fälligkeit und Einzahlung der Beiträge

§ 29. 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. 5) 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.

#### Mahnung und Mahngebühr

§ 30. (1) Beiträge, die nicht innerhalb der in § 29 genannten Frist eingezahlt werden, sind einzumahlen. Die Mahnung ist innerhalb von 14 Tagen nach Ablauf der in § 29 genannten Frist vorzunehmen. Die Bestimmungen des § 227 Abs. 2 und Abs. 3 und des § 228 der Bundesabgabenordnung, BGBl. Nr. 194/1961, 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 Brieffsendung festgesetzt wird. Diese Mahngebühr erhöht sich für jeweils weitere drei Monate an rückständigen Beiträgen um das einfache Inlandsporto einer bescheinigten Brieffsendung.

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

#### Verfahren zur Eintreibung der Beiträge

§ 31. (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 (§ 32), den Beitragszeitraum auf den die rückständigen Beiträge entfallen, angefallene Mahngebühren und sonstige Nebengebühren (§ 32) 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.

#### Nebengebühren

§ 32. 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 von Hundert 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 auf-  
laufen. Die vorgeschriebenen und eingehobenen Verwaltungskostensätze verbleiben der Kasse.

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

§ 33. (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 Unternehmen, 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

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

#### Verjährung

§ 35. (1) Das Recht auf Feststellung der Verpflichtung zur Zahlung von Beiträgen verjährt binnen zwei Jahren vom Tage der Fälligkeit der Beiträge (§ 29). Hat das Mitglied über sein Versicherungsverhältnis oder das seiner mitversicherten Familienangehörigen (§ 10) keine oder bewußt unwahre Angaben oder über seine Einkommensverhältnisse (§ 23) bewußt unwahre Angaben erstattet, so verjährt das Recht auf Feststel-

lung der Verpflichtung zur Nachzahlung der Beiträge binnen zehn 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 zwei Jahren nach Verständigung des Zahlungspflichtigen vom Ergebnis der Feststellung. Die Verjährung wird durch jede zum Zwecke der Hereinbringung getroffene Maßnahme, wie zum Beispiel durch Zustellung einer an den Zahlungspflichtigen gerichteten Zahlungsaufforderungen (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 zweier 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 zweier 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 Unterstützenden, 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 Abgabefreiheit

§ 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 Abgabefreiheit

§ 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 sonstige 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 bis 72);

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 (§ 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 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes) 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 Beginn der sechsten Woche vor der voraussichtlichen Entbindung; wenn aber die Entbindung vor diesem Zeitpunkt erfolgt, mit der Entbindung; ist der Tag der voraussichtlichen Entbindung nicht festgestellt worden, mit dem Beginn der sechsten Woche vor der Entbindung.

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 7) 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 (§ 8) 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 hiefür 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, 7 und 8) 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 beziehungsweise 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 beziehungsweise der Mutterschaft bestanden hat.

#### Wartezeiten

§ 45. (1) In der Selbst- und Familienversicherung (§§ 8 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 Krankengeld oder Wochengeld bezogen, auf Rechnung eines Versicherungsträgers Anstaltspflege erhalten hat oder auf Rechnung eines Versicherungsträgers in einem Genesungs-, Erholungs- oder Kurheim oder einer Sonderheilstation 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 § 7 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;

b) wenn ein Anspruch auf Sachleistung gegeben ist, der Anspruchsberechtigte jedoch die Sachleistung nicht in Anspruch nimmt, durch Kostenersätze bis zur Höhe jenes Betrages, den 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 Arzneitaxe die Rezeptgebühr übersteigen, in einem Betrag von 80 v. H. der dem Versicherten tatsächlich erwachsenen Kosten, höchstens aber der Kosten nach der geltenden Arzneitaxe abzüglich der Rezeptgebühr;

c) wenn kein Anspruch auf Sachleistung gegeben ist, durch Kostenersätze nach einem Vergütungstarif, der einen Bestandteil der Satzung darstellt. Die Höhe dieser Geldleistungen darf 80 v. H. der dem Versicherten für die jeweilige Leistung erwachsenen Kosten, beziehungsweise bei Heilmitteln 80 v. H. der Kosten nach der geltenden Arzneitaxe, abzüglich des Betrages der Rezeptgebühr, die im Falle einer Sachleistung zu entrichten wäre, 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 mit Ausnahme der Anstaltspflege hat der Versicherte, soweit in diesem Bundesgesetz nichts anderes bestimmt wird, 20 v. H. der der Kasse erwachsenen Kosten als Kostenanteil zu ersetzen.

(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 von der Kasse nachträglich einzuheben. Er ist längstens innerhalb eines Monats nach erfolgter Verschreibung einzuzahlen. Die Bestimmungen der §§ 30 bis 36 gelten hier entsprechend.

(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 Krankenversicherungen.

(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. Leistungsansprüche gelten als verwirkt:

- wenn der Versicherte den Versicherungsfall vorsätzlich oder durch schuldhafte Beteiligung an Raufhändeln herbeigeführt hat oder sich der Versicherungsfall als unmittelbare Folge der Trunkenheit oder des Mißbrauches von Suchtgiften erweist;
- wenn Versicherte den Versicherungsfall durch Selbstbeschädigung vorsätzlich herbeigeführt haben;
- 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.

### Ruhen der Leistungsansprüche

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

- eines Auslandsaufenthaltes, wenn und solange ein Beitragsrückstand besteht;
- 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. 1 tritt das Ruhen nicht ein, wenn durch ein zwischenstaatliches Übereinkommen oder durch eine Verordnung, die der Zustimmung des Hauptausschusses des Nationalrates bedarf, zur Wahrung der Gegenseitigkeit anderes bestimmt wird.

(3) Hat ein Versicherter, dessen Leistungsanspruch nach Abs. 1 Z. 2 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. 2) verursacht hat, durch rechtskräftiges Erkenntnis des Strafgerichtes oder durch rechtskräftigen Bescheid einer Verwaltungsbehörde festgestellt ist. § 52 lit. c letzter Halbsatz gilt entsprechend.

### Übertragung, Verpfändung und Pfändung von Leistungsansprüchen

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

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

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

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

(3) Die nicht auf Geldleistungen gerichteten Ansprüche nach diesem Bundesgesetz können weder übertragen noch verpfändet werden. Der Entbindungsbetrag und der Begräbniskostenbeitrag können nur in den im Abs. 1 Z. 1 angeführten Fällen übertragen oder verpfändet werden.

(4) Von den dem Anspruchsberechtigten zustehenden Geldleistungen kann nur das Wochenlohn in entsprechender Anwendung der Bestimmungen der §§ 5 bis 9 des Lohnpfändungsgesetzes, BGBl. Nr. 51/1955, gepfändet werden, und zwar nur dann, wenn die Exekution in das sonstige bewegliche Vermögen des Anspruchsberechtigten zu einer vollständigen Befriedigung des betreibenden Gläubigers nicht geführt hat oder voraussichtlich nicht führen wird und wenn nach den Umständen des Falles, insbesondere nach der Art der vollstreckbaren Forderung und der Höhe der zu pfändenden Geldleistung, die Pfändung der Billigkeit entspricht. § 4 Abs. 3 des Lohnpfändungsgesetzes, BGBl. Nr. 51/1955, gilt entsprechend.

(5) Die nicht auf Geldleistungen gerichteten Ansprüche nach diesem Bundesgesetz können nicht gepfändet werden.

#### Entziehung von Leistungsansprüchen

§ 55. Die Leistung kann 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 zwei Jahren nach seinem Entstehen, bei nachträglicher Feststellung der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung binnen zwei 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 auszuzahlen. Die Auszahlung soll innerhalb von vier Wochen nach der Geltendmachung erfolgen.

#### Zahlungsempfänger

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

#### Rückforderung zu Unrecht erbrachter Leistungen

§ 62. (1) Zu Unrecht erbrachte Geldleistungen sowie der Aufwand für zu Unrecht erbrachte

### 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) Grundsatzbestimmung. 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.

### 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; Krankheits- verhütung

##### 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. Arbeitstherapie;
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 Kinderfür-

sorge, Fürsorge für gesundheitsgefährdete Jugendliche;

2. Maßnahmen zur Bekämpfung der Volkskrankheiten und der Zahnfäule;

3. gesundheitliche Aufklärung der Versicherten und ihrer Familienangehörigen;

4. die erforderlichen Reise- (Fahrt-) und Transportkosten bei Leistungen 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 Mutter- schaft

##### 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 die Entbindung ist außerdem ein einmaliger Entbindungsbeitrag in der Höhe von mindestens 1000 S zu gewähren. Durch die Satzung kann der Entbindungsbeitrag erhöht werden. Er darf höchstens 80 v. H. der höchsten Bemessungsgrundlage (§ 25) betragen. Bei gleichzeitiger Entbindung von mehr als einem Kind erhöht sich der Entbindungsbeitrag für das zweite und jedes weitere Kind um je 50 v. H. Der Entbindungsbeitrag ist gegen Beibringung einer standesamtlichen Geburtsbestätigung aus-zuzahlen.



## 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 beziehungsweise 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 1000 S. 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- oder Weiterversicherten gebührt der Begräbniskostenbeitrag demjenigen, der die Kosten der Bestattung getragen hat. Bleibt ein Überschuß, so sind nacheinander der Ehegatte, die leiblichen Kinder und die Wahlkinder, der Vater, die Mutter, die Geschwister bezugsberechtigt, wenn sie mit dem Verstorbenen zur Zeit seines Todes in häuslicher Gemeinschaft gelebt haben. Fehlen solche Berechtigte, so verbleibt der Überschuß der Kasse.

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

## 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 20 S nicht unterschreiten darf.

#### Ruhen des Anspruches auf Krankengeld

§ 80. (1) 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.

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

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

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

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

#### Taggeld

§ 81. (1) Solange das Krankengeld gemäß § 80 Abs. 1 Z. 2 ruht, gebührt an Stelle des Krankengeldes ein Taggeld. Das Taggeld ist mindestens in der Höhe 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

§ 82. (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 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.

#### Zusammentreffen von Ansprüchen auf Wochengeld und Krankengeld beziehungsweise Taggeld

§ 83. Treffen Ansprüche auf Wochengeld und Krankengeld beziehungsweise 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 § 82 Abs. 1 auch der Anspruch auf Krankengeld beziehungsweise Taggeld.

#### 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 unter-

stützen; 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.

#### Ersatzansprüche der Gewerblichen Selbständigen Krankenkassen

§ 85. (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 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes 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 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes errechnete Sterbegeld den Betrag des nach § 214 Abs. 4 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes vom Unfallversicherungsträger tatsächlich gewährten Sterbegeldes übersteigt.

#### Ersatzansprüche der Träger der Unfallversicherung

§ 86. (1) 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.

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

#### Ausmaß des Ersatzanspruches zwischen den Gewerblichen Selbständigen Krankenkassen und den Unfallversicherungsträgern

§ 87. (1) Als Ersatz nach § 85 Abs. 1 und § 86 Abs. 1 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 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes festgesetzten Bemessungsgrundlage für die gemäß § 8 Abs. 1 Z. 3 lit. a des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes in der Unfallversicherung Teilversicherten. Eine geschlossene Behandlungszeit, für die die Kosten der nicht als Anstaltspflege gewährten Krankenbehandlung (Unfallheilbehandlung) nach Kalendertagen abzugelten sind, liegt auch dann noch vor, wenn die Behandlung am selben Wochentag der zweiten Woche stattfindet.

(2) Die gegenseitige Verrechnung der Ersatzansprüche kann auch durch Leistung von Pauschbeträgen auf Grund einer Vereinbarung, die zwischen dem 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.

#### 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.

##### Ersatzansprüche der Fürsorgeträger

§ 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.

(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.

### 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, Hebi-

ammen, 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 Gesamtvertrag verstoßen.

### 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;

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 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, die Verwaltungsbehörden, die Kassen, der Verband und der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger wie auch die Österreichische Ärztekammer und die Ärztekammern in den Bundesländern sind auch in Angelegenheiten der Gewerblichen Selbstän-

digenkrankenversicherung an die innerhalb der Grenzen der Zuständigkeit gefällten Entscheidungen und Beschlüsse der in den §§ 100 bis 102 bezeichneten Kommissionen gebunden.

#### Bestimmungen 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. Hiebei 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. Hiebei 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.

#### 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 ver-  
schrieben werden und nach den Richtlinien über  
die ökonomische Verschreibweise zur freien Ver-  
schreibung 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 Den-  
tisten, Hebammen und Apothekern sowie deren  
gesetzlichen Interessenvertretungen anderseits.  
Soweit in diesen Bestimmungen den Ärztekam-  
mern 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 Schadenersatz- ansprüchen 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) Lei-  
stungen zu gewähren sind, den Ersatz des Scha-  
dens, der ihnen durch den Versicherungsfall er-  
wachsen ist, auf Grund anderer gesetzlicher Vor-  
schriften beanspruchen, geht der Anspruch auf  
die Kasse insoweit über, als diese Leistungen zu  
erbringen hat. Ansprüche auf Schmerzgeld  
gehen auf die Kasse nicht über.

(2) Die Kasse kann Ersatzbeträge, die der Er-  
satzpflichtige dem Versicherten (Familienange-  
hörigen) oder seinen Hinterbliebenen in Un-  
kenntnis des Überganges des Anspruches gemäß  
Abs. 1 geleistet hat, auf die nach diesem Bundes-  
gesetz zustehenden Leistungsansprüche ganz oder  
zum Teil anrechnen. Soweit hienach Ersatzbe-  
träge angerechnet werden, erlischt der nach  
Abs. 1 auf die Kasse übergegangene Ersatzan-  
spruch gegen den Ersatzpflichtigen.

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

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

In den Fällen der lit. b kann die Kasse den Scha-  
denersatzanspruch unbeschadet der Bestimmun-  
gen des § 109 über das Zusammentreffen von  
Schadenersatzansprüchen verschiedener Versiche-  
rungsträger und den Vorrang eines gerichtlich  
festgestellten Schmerzgeldanspruches nur bis  
zur Höhe der aus einer bestehenden Haftpflicht-  
versicherung zur Verfügung stehenden Versiche-  
rungssumme geltend machen, es sei denn, daß  
der Versicherungsfall durch den Dienstnehmer  
vorsätzlich oder grob fahrlässig verursacht wor-  
den ist.

##### Konkurrenz von Ersatzansprü- chen mehrerer Versichere- träger

§ 109. Treffen Ersatzansprüche verschiedener  
Versicherungsträger aus demselben Ereignis zu-  
sammen, welche die aus einer bestehenden Haft-  
pflichtversicherung zur Verfügung stehende Ver-  
sicherungssumme übersteigen, so sind sie aus die-  
ser unbeschadet der weiteren Haftung des Er-  
satzpflichtigen im Verhältnis ihrer Ersatzforde-  
rungen zu befriedigen. Ein gerichtlich festgestell-  
ter Schmerzgeldanspruch geht hiebei den Er-  
satzansprüchen der Versicherungsträger im Range  
vor.

##### Verjährung der Ersatzansprüche

§ 110. Für die Verjährung der Ersatzan-  
sprüche nach diesem Bundesgesetz gelten die Be-  
stimmungen des § 1489 des Allgemeinen Bürger-  
lichen Gesetzbuches.

#### ABSCHNITT V

##### Verfahren

##### Anwendung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes

§ 111. Hinsichtlich des Verfahrens zur Durch-  
führung dieses Bundesgesetzes gelten die Bestim-  
mungen des Siebenten Teiles des Allgemeinen  
Sozialversicherungsgesetzes mit der Maßgabe, daß  
bei den Schiedsgerichten eine eigene Abteilung  
für die Angelegenheiten der Gewerblichen Selb-  
ständigenkrankenversicherung zu bilden ist und  
daß beide Beisitzer dem Kreise der Versicherten  
angehören.

#### VIERTER TEIL: AUFBAU DER VERWAL- TUNG

##### 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 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 Be-

ziehungen 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.

(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 Versicherungsguppen 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;

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 bei der Aufsichtsbehörde einzubringen. Diese 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 Amts-

haftungsgesetzes 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.

### 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 beziehungsweise zweite Obmannstellvertreter zu führen. Der Obmann und seine Stellvertreter sind aus der Mitte des Vorstandes zu wählen.

(2) Gleichzeitig mit dem Obmann sind ein erster und ein zweiter Obmannstellvertreter zu wählen.

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

### 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 beziehungsweise 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 beziehungsweise deren Änderung gefasst und der Aufsichtsbehörde zur Kenntnis gebracht worden ist. Bei Ablehnung der Entlastung hat die Aufsichtsbehörde zu entscheiden.

### 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.

(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;

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. 3 Z. 8 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 zustandekommt.

(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 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 hiebei 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.

(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.

##### 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 dienenden 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 Zu-

gehör 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 Kreditunternehmen, die nach Art und Umfang ihres Geschäftsbetriebes, dem Verhältnis ihrer Eigenmittel zu den Gesamtverbindlichkeiten oder zufolge einer bestehenden besonderen Haftung ausreichende Sicherheit bieten.

#### 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 hierfür ein Betrag aufgewendet werden soll, der fünf vom 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 hierfür 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 oberste 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 oder des nach dem Sitze der Kasse in Betracht kommenden Amtes der Landesregierung mit der Aufsicht über einzelne Kassen (den Verband) be-

trauen. Den mit der Ausübung der Aufsicht beauftragten Bediensteten können Aufwandsentschädigungen gewährt werden, deren Höhe das Bundesministerium für soziale Verwaltung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Finanzen festzusetzen hat.

(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 Überwachung 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. 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 Verwaltungs-

körper ebenso in Kenntnis zu setzen wie die Mitglieder dieser Verwaltungskörper; es sind ihnen auch die diesen zur Verfügung gestellten Behelfe (Tagesordnungen, 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.

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

(3) Verfügungen des vorläufigen Verwalters, die über den Rahmen laufender Geschäftsführung hinausgehen, wie insbesondere derartige Verfügungen über die dauernde Anlage von Vermögensbeständen im Werte von mehr als 200.000 S, über den Abschluß von Verträgen, die 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.

##### 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 Leistungsfall, das Verfahren bei Inanspruch-

nahme 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.

(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 nach früherer Vorschrift bestehenden Pflichtversicherung

§ 143. (1) Personen, die am 30. Juni 1966 nach den in diesem Zeitpunkt geltenden Vorschriften pflichtversichert waren, nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes aber nicht mehr pflichtversichert wären, bleiben pflichtversichert, solange sie die Berichtigung, welche die Pflichtversicherung nach den bisherigen Vorschriften begründet hat, weiter innehaben. Im übrigen sind die Bestimmungen dieses Bundes-

gesetzes auf eine solche Pflichtversicherung anzuwenden.

(2) Personen, die am 30. Juni 1966 auf Grund der Bestimmungen des § 200 des Gewerblichen Selbständigen-Pensionsversicherungsgesetzes bei einer Meisterkrankenkasse versichert waren, 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) Bis zum 30. Juni 1967 haben die Fachgruppen (Innungen, Gremien) beziehungsweise Fachvertretungen der Sektionen Gewerbe, Handel, Verkehr und Fremdenverkehr, in deren Bereich keine Pflichtversicherung besteht, eine Abstimmung beziehungsweise Beschlussfassung im Sinne des § 3 Abs. 1 bis 4 durchzuführen, wobei es eines Antrages beziehungsweise Beschlusses des Fachgruppenausschusses gemäß § 3 Abs. 1 und 2 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 § 3 Abs. 3 berechtigt, die eine Berechtigung besitzen, für die die Pflichtversicherung bisher noch nicht bestand.

(3) Kommt eine Fachgruppe (Innung, Gremium) beziehungsweise Sektion der Verpflichtung gemäß Abs. 1 nicht nach, so hat der zuständige Landeshauptmann binnen einer weiteren Frist von sechs Monaten die Abstimmung im Sinne des § 3 Abs. 1 bis 4 auf Kosten der säumigen Körperschaft (Sektion) durchzuführen. In einem solchen Fall hat die Fachgruppe (Sektion) die Namen und Anschriften der abstimmungsberechtigten Fachgruppenmitglieder dem Landeshauptmann bis 31. Juli 1967 vorzulegen.

#### 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 Eintritt der Pflichtversicherung gekündigt wird. Die Pflichtversicherung beginnt jedoch unabhängig von dieser Regelung spätestens nach Ablauf eines Jahres nach dem Eintritt der Voraussetzungen für die Pflichtversicherung. Zu diesem Zeitpunkt kann der Versicherungsvertrag mit einmonatiger Kündigungsfrist gekündigt werden.

(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 mit der Maßgabe, daß Anstaltspflege ohne zeitliche Begrenzung zu gewähren ist, wenn und so lange es die Krankheit erfordert.

#### 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 § 7.

(2) Die nach den bisherigen Vorschriften der Meisterkrankenversicherung im Rahmen der freiwilligen Versicherung versicherten Personen gelten als Selbstversicherte im Sinne des § 8.

(3) Die nach den bisherigen Vorschriften in der Meisterkrankenversicherung Zusatzversicherten auf Krankengeld gelten als Zusatzversicherte im Sinne des § 9.

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

#### Höherversicherung bei der Selbständigenkrankenkasse des Handels

§ 148. (1) Die Satzung der Selbständigenkrankenkasse des Handels kann für die im § 2 Abs. 1 genannten Personen, soweit deren Pflichtversicherung auf im Zeitpunkt des Wirksamkeitsbeginnes dieses Bundesgesetzes bereits gefaßten Beschlüssen (Pflichtbeschlüssen) im Sinne des § 2 Abs. 3 beruht, eine Höherversicherung nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen vorsehen, solange die Ermittlung der Grundbeiträge im Sinne des § 22 Abs. 4 erfolgt.

(2) Versicherte im Sinne des Abs. 1, 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 § 8 Abs. 5 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 endet die Höherversicherung ferner mit dem Ende der Höherversicherung des Versicherten.

(4) Der Beitrag für die Höherversicherung ist durch die Satzung 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. Der Beitrag kann gestaffelt festgesetzt werden, darf jedoch für den Versicherten beziehungsweise den mitversicherten Familienangehörigen höchstens je 250 v. H. des Grundbeitrages betragen.

(5) Die Bestimmungen über die Melde- und Auskunftspflicht (§§ 19 bis 21) sowie über die Aufbringung der Mittel (§§ 22 bis 36) sind in der Höherversicherung entsprechend anzuwenden.

(6) Die Leistungen der Höherversicherung werden

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

gewährt.

(7) Die Leistungen der Höherversicherung, die durch die Satzung unter Bedachtnahme auf die Höhe des Beitrages gestaffelt festgesetzt werden können, gebühren neben den Leistungen nach Abschnitt III des Zweiten Teiles. Die Leistungen nach Abschnitt III des Zweiten Teiles und jene nach Abs. 6 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.

(8) Die Anspruchsberechtigung auf Leistungen der Höhrversicherung entsteht grundsätzlich erst nach Ablauf von sechs Monaten nach Beginn der Höhrversicherung. Die Anspruchsberechtigung für die Leistung des zusätzlichen Entbindungsbeitrages entsteht jedoch erst nach Ablauf von neun Monaten und die Anspruchsberechtigung für den zusätzlichen Begräbniskostenbeitrag nach Ablauf von zwölf Monaten nach Beginn der Höhrversicherung. Die Anspruchsberechtigung auf Leistungen der Höhrversicherung endet mit dem Ende der Höhrversicherung.

(9) Leistungen für ärztliche Hilfe sind durch Kostenersätze nach einem Vergütungstarif, der einen Bestandteil der Satzung bildet, zu erbringen. Sie dürfen höchstens in der fünffachen Höhe der Kostenersätze nach § 46 Abs. 2 lit. c gewährt werden.

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

1. Vergütung des Unterschiedsbetrages zwischen der Geldleistung nach Maßgabe der Bestimmungen des § 46 Abs. 2 lit. b und der Verpflegskosten für Selbstzahler in der allgemeinen Gebührenklasse;

2. Vergütung der Operationskosten und Sondergebühren nach einem Vergütungstarif, der einen Bestandteil der Satzung bildet. Es können auch Pauschalsätze vorgesehen werden.

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

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

(13) Die nach den bisherigen Vorschriften bei der Krankenkasse der Kaufmannschaft in der allgemeinen Zusatzversicherung versicherten Personen gelten als Höhrversicherte.

Amts-dauer der Verwaltungskörper der bestehenden Meisterkrankenkassen und des Verbandes

§ 149. (1) Die derzeit bestehenden Verwaltungskörper der Meisterkrankenkassen bleiben als Verwaltungskörper dieser in Selbständigenkrankenkassen umbenannten Körperschaften bis zum 31. Dezember 1968 unverändert weiter in Funktion, auch wenn bis zu diesem Zeitpunkt durch Pflichtbeschlüsse eine Erweiterung des Ver-

sichertenkreises einer Selbständigenkrankenkasse eintritt.

(2) Die derzeit bestehenden Verwaltungskörper des Verbandes der Meisterkrankenkassen bleiben als Verwaltungskörper des Verbandes der Gewerblichen Selbständigenkrankenkassen bis zum 31. Dezember 1968 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.

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

§ 150. Sofern in den Bundesländern Tirol und Vorarlberg Personen durch Verordnung des Bundesministeriums für soziale Verwaltung (§ 3 Abs. 6) in die Pflichtversicherung einbezogen werden, ist bis zur Errichtung einer Gewerblichen Selbständigenkrankenkasse in Tirol beziehungsweise Vorarlberg die Gewerbliche 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 § 8. 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 Gewerblichen Selbständigenkrankenkassen

§ 151. (1) Die Errichtung von Kassen für die Bundesländer Tirol und Vorarlberg erfolgt auf Antrag der zuständigen Kammer der gewerblichen Wirtschaft durch Verordnung des Bundesministeriums für soziale Verwaltung, wenn infolge Ausdehnung der Pflichtversicherung (§ 3 Abs. 6) auf Personen in diesen Bundesländern die Errichtung je eines eigenen Versicherungsträgers aus Gründen der Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit der Verwaltung 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 der örtlich in Betracht kommenden Kammer 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 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.

#### Wechsel der Versicherungszuständigkeit; Übergabe von Versicherungsunterlagen

§ 152. 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. Dezember 1966 durchzuführen. Die beteiligten Kassen haben alle Akten, Schriftstücke, Evidenzbehalte und Kontoblätter so zeitgerecht zu übergeben, daß eine Behinderung in der Gewährung der Versicherungsleistungen nicht eintritt.

#### Weitergeltung bisher bestehender Verträge mit den Vertragspartnern

§ 153. Die bis zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Bundesgesetzes bestehenden vertraglichen Regelungen mit den Vertragspartnern der Meisterkrankenkassen bleiben, soweit sie den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes nicht widersprechen, als Verträge mit den Gewerblichen Selbständigenkrankenkassen weiter in Geltung.

### ABSCHNITT II

#### Schlußbestimmungen

#### Rechtsunwirksame Vereinbarungen

§ 154. Vereinbarungen, wonach die Anwendung der Bestimmungen dieses Bundesgesetzes

zum Nachteil der Versicherten (ihrer Hinterbliebenen) im voraus ausgeschlossen oder beschränkt wird, sind ohne rechtliche Wirkung.

#### Erstmalige Erlassung von Satzungen

§ 155. Die Satzungen zur Durchführung der Bestimmungen dieses Bundesgesetzes sind von den zuständigen Verwaltungskörpern der Kassen (des Verbandes) bis spätestens 31. Dezember 1966 zu beschließen. Sie können rückwirkend mit dem Wirksamkeitsbeginn dieses Bundesgesetzes in Kraft gesetzt und genehmigt werden.

#### Wirksamkeitsbeginn

§ 156. (1) Dieses Bundesgesetz tritt rückwirkend mit 1. Juli 1966 in Kraft. Die Bestimmung des § 25 Abs. 2 letzter Satz tritt mit der Maßgabe in Kraft, daß sie für jene Kassen, bei denen die Höchstbeitragsgrundlage vor dem Zeitpunkt des Wirksamkeitsbeginnes dieses Bundesgesetzes den Betrag von 48.000 S 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.

#### Vollziehung des Bundesgesetzes

§ 157. (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, soweit sie sich auf das Leistungsstreitverfahren erster und zweiter Instanz beziehen, 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.

**Anlage 1****Gewerbliche Interessenvertretungen, die einen Pflichtbeschuß im Sinne des § 2 Abs. 3 gefaßt haben**

Die gewerblichen Interessenvertretungen, die einen Pflichtbeschuß im Sinne des § 2 Abs. 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 Bausparwesen angehörenden Wohnungs- und Geschäftsvermittler der Gauwirtschaftskammer für Wien;
  - d) Gremium der Wiener Kaufmannschaft beziehungsweise die Buchkaufmannschaft Wien;
  - e) Niederösterreichische Leichenbestatterzunft;
  - f) Handelsgremium Salzburg (Stadt);
  - g) Wiener allgemeine Gewerbe-genossenschaft;

- h) Genossenschaft der konzessionierten Informationsbüros in Wien;
- i) Genossenschaft der Spiritus- und Essigerzeuger in Wien;
- k) Genossenschaft der Wildpret- und Geflügelhändler in Wien;
- l) Genossenschaften der Wiener Lastfuhrwerker und der Großfuhrwerksbesitzer in Wien;
- m) Allgemeine Gewerbe-genossenschaft Trumau;
- n) Allgemeine Gewerbe-genossenschaft Hainburg;
- o) Landesgewerbe-genossenschaft der Baumeister für Salzburg;
- p) Genossenschaften der Gastwirte für die politischen Bezirke St. Johann und Tamsweg in Salzburg;
- q) Kunstgewerbe-genossenschaft in Salzburg (Stadt);
- r) Genossenschaft der Lastfuhrwerker in Graz und Graz-Umgebung;
- s) Genossenschaft der Gastwirte des Bezirkesverbandes Deutschlandsberg;
- t) Genossenschaften der Frächter des politischen Bezirkes Voitsberg;
- u) Kollektivgenossenschaften Haus und Irthing des Bezirkesverbandes Gröbming, Kollektivgenossenschaft Rottenmann des Bezirkesverbandes Liezen;
- v) Landesfachgenossenschaft der Sodawassererzeuger für Kärnten;
- w) Gewerbe-genossenschaften der Gerichtsbezirke Paternion und Feldkirchen in Kärnten.

/ 2

**Bundesgesetz vom 1966,  
mit dem das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz abgeändert wird (18. Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz)**

Der Nationalrat hat beschlossen:

**Artikel I**

Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 189/1955, in der Fassung der Bundesgesetze BGBl. Nr. 266/1956, BGBl. Nr. 171/1957, BGBl. Nr. 294/1957, BGBl. Nr. 157/1958, BGBl. Nr. 293/1958, BGBl. Nr. 65/1959, BGBl. Nr. 290/1959, BGBl. Nr. 87/1960, BGBl. Nr. 168/1960, BGBl. Nr. 294/1960, BGBl. Nr. 13/1962, BGBl. Nr. 85/1963, BGBl. Nr. 184/1963, BGBl. Nr. 253/1963, BGBl. Nr. 320/1963, BGBl. Nr. 301/1964, BGBl. Nr. 81/1965, BGBl. Nr. 96/1965, BGBl. Nr. 220/1965 und BGBl. Nr. 309/1965, wird abgeändert wie folgt:

1. § 2 Abs. 2 Z. 3 hat zu lauten:  
„3. Gewerbliche Selbständigenkrankenversicherung,“
2. Im § 5 Abs. 1 Z. 10 ist der Ausdruck „Meisterkrankenkasse“ durch den Ausdruck „Gewerbliche Selbständigenkrankenkasse“ zu ersetzen.
3. Im § 8 Abs. 1 Z. 3 lit. e ist der Ausdruck „des Verbandes der Meisterkrankenassen“ durch den Ausdruck „des Verbandes der Gewerblichen Selbständigenkrankenassen“ zu ersetzen.
4. Im § 18 Abs. 1 Z. 1 ist der Ausdruck „Meisterkrankenkasse“ durch den Ausdruck „Gewerbliche Selbständigenkrankenkasse“ zu ersetzen.
5. a) Im § 31 Abs. 1 ist der Ausdruck „Träger der Meisterkrankenversicherung über den Verband der Meisterkrankenassen“ durch den Aus-

druck „Träger der Gewerblichen Selbständigen-  
krankenversicherung über den Verband der Ge-  
werblichen Selbständigenkrankenkassen“ zu er-  
setzen.

b) Im § 31 Abs. 2 ist der Ausdruck „(des Ver-  
bandes der Meisterkrankenkassen)“ durch den  
Ausdruck „(des Verbandes der Gewerblichen  
Selbständigenkrankenkassen)“ zu ersetzen.

c) Im § 31 Abs. 3 Z. 9 ist der Ausdruck „(dem  
Verband der Meisterkrankenkassen)“ durch den  
Ausdruck „(dem Verband der Gewerblichen Selb-  
ständigenkrankenkassen)“ zu ersetzen.

d) § 31 Abs. 3 Z. 10 hat zu lauten:

„10. nach Anhörung der in Betracht kommen-  
den Versicherungsträger (des Verbandes der Ge-  
werblichen Selbständigenkrankenkassen) gemein-  
same Einrichtungen zur zweckmäßigen Aus-  
nutzung und wirtschaftlichen Betriebsführung  
der den angeschlossenen Versicherungsträgern  
(dem Verband der Gewerblichen Selbständigen-  
krankenkassen) gehörigen Krankenhäuser, Heil-  
(Kur)anstalten, Erholungs- und Genesungsheime  
und ähnlichen Einrichtungen sowie eine gemein-  
same Einrichtung für die Retaxierung von Re-  
zepten zu schaffen;“

e) § 31 Abs. 4 erster Satz hat zu lauten:

„Die gemäß Abs. 3 Z. 4 und 11 aufzustellenden  
Richtlinien erlangen für den Bereich der Bauern-  
krankenversicherung beziehungsweise der Ge-  
werblichen Selbständigenkrankenversicherung nur  
Wirksamkeit, wenn der Sektionsausschuß für die  
Bauernkrankenversicherung beziehungsweise der  
Verband der Gewerblichen Selbständigenkranken-  
kassen der Aufstellung dieser Richtlinien zu-  
stimmt.“

f) § 31 Abs. 5 erster Satz zweiter Halbsatz hat  
zu lauten:

„jedoch gelten die gemäß Abs. 3 Z. 13 aufge-  
stellten Richtlinien nicht für die Träger der nach  
den Vorschriften über die Bauernkrankenver-  
sicherung, über die Gewerbliche Selbständigen-  
krankenversicherung und über die Krankenver-  
sicherung der Bundesangestellten geregelten  
Krankenversicherung.“

6. Im § 74 Abs. 3 Z. 3 ist der Ausdruck „vom  
Verband der Meisterkrankenkassen“ durch den  
Ausdruck „vom Verband der Gewerblichen Selb-  
ständigenkrankenkassen“ zu ersetzen.

7. § 90 Abs. 1 hat zu lauten:

„(1) Fällt während der ersten drei Tage einer  
Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit, für die  
gemäß § 138 Abs. 1 Anspruch auf Krankengeld  
nicht besteht, oder während des Bezuges von  
Krankengeld ein Pensionsanspruch aus eigener  
Pensionsversicherung des Versicherten an oder  
lebt eine Pension aus einem der Versicherungsfälle

des Alters wieder auf, so ruht der Pensions-  
anspruch für die weitere Dauer des Krankengeld-  
bezuges sowie für die Dauer des Ruhens des  
Krankengeldanspruches nach § 143 Abs. 1 Z. 2  
mit dem Betrag des Krankengeldes. Das Ruhen  
des Pensionsanspruches tritt auch dann ein, wenn  
die Pension während der Dauer des Ruhens des  
Krankengeldanspruches nach § 143 Abs. 1 Z. 2  
anfällt oder wiederauflebt.“

8. § 121 Abs. 3 letzter Satz hat zu entfallen.

9. § 144 Abs. 1 hat zu lauten:

„(1) Wenn und solange es die Art der Krank-  
heit erfordert, ist Pflege in der allgemeinen Ge-  
bührenklasse einer öffentlichen Krankenanstalt  
zu gewähren, sofern im Sprengel des Versiche-  
rungsträgers eine solche Krankenanstalt besteht  
und der Erkrankte nicht mit seiner Zustimmung  
in einer nichtöffentlichen Krankenanstalt unter-  
gebracht wird; die Anstaltspflege kann gewährt  
werden, wenn die Möglichkeit einer entsprechen-  
den häuslichen Pflege nicht gegeben ist.“

10. § 146 wird aufgehoben.

11. § 147 wird aufgehoben.

12. § 161 Abs. 2 hat zu lauten:

„(2) Zeiten einer Pflege nach Abs. 1 sind auf  
die Höchstdauer des Krankengeldanspruches  
(§ 139) nicht anzurechnen.“

13. § 320 a Abs. 2 hat zu lauten:

„(2) Dem Bezug des Krankengeldes ist bei An-  
wendung des Abs. 1 auch das Ruhen des Kran-  
kengeldanspruches nach § 143 Abs. 1 Z. 2 gleich-  
zustellen.“

14. § 321 Abs. 2 hat zu lauten:

„(2) Die Bestimmungen des Abs. 1 sind ent-  
sprechend auf die Beziehungen der Versicherungs-  
träger zu den Verbänden, zur Pensionsversiche-  
rungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, zur  
Landwirtschaftlichen Zuschußrentenversiche-  
rungsanstalt, zur Krankenversicherungsanstalt  
der Bauern und zu den Gewerblichen Selbständi-  
genkrankenkassen anzuwenden.“

15. § 341 Abs. 2 wird aufgehoben.

16. § 349 Abs. 2 zweiter Satz hat zu lauten:

„Hiebei finden die Bestimmungen des § 341 mit  
der Maßgabe sinngemäß Anwendung, daß an die  
Stelle der Ärztekammern die zuständige öffent-  
lich-rechtliche Interessenvertretung tritt und daß,  
soweit sich die Gesamtverträge auf die Gewerb-  
lichen Selbständigenkrankenkassen erstrecken,  
diese Gesamtverträge der Zustimmung des Ver-  
bandes der Gewerblichen Selbständigenkranken-  
kassen bedürfen; die Zustimmung darf nur im  
Einvernehmen mit der in Betracht kommenden  
Gewerblichen Selbständigenkrankenkasse erteilt  
werden.“

17. a) Im § 433 Abs. 1 Z. 1 ist der Ausdruck „Meisterkrankenkassen“ durch den Ausdruck „Gewerbliche Selbständigenkrankenkassen“ zu ersetzen.

b) Im § 433 Abs. 2 erster Satz ist der Ausdruck „des Verbandes der Meisterkrankenkassen“ durch den Ausdruck „des Verbandes der Gewerblichen Selbständigenkrankenkassen“ zu ersetzen.

c) Im § 433 Abs. 6 erster und letzter Satz ist der Ausdruck „des Verbandes der Meisterkrankenkassen“ durch den Ausdruck „des Verbandes der Gewerblichen Selbständigenkrankenkassen“ zu ersetzen.

18. § 446 Abs. 1 Z. 4 hat zu lauten:

„4. in Einlagen bei Kreditunternehmen, die nach Art und Umfang ihres Geschäftsbetriebes, dem Verhältnis ihrer Eigenmittel zu den Gesamtverbindlichkeiten oder zufolge einer bestehenden besonderen Haftung ausreichende Sicherheit bieten.“

19. Dem § 448 Abs. 3 ist folgender Satz anzufügen:

„Den mit der Ausübung der Aufsicht (mit der Wahrung der finanziellen Interessen des Bundes) betrauten Bediensteten können Aufwandserschädigungen gewährt werden, deren Höhe das Bundesministerium für soziale Verwaltung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Finanzen festzusetzen hat.“

20. Die Überschrift des 1. Unterabschnittes im Abschnitt III des Neunten Teiles hat zu lauten:

„Gemeinsame Sonderbestimmungen über die Krankenversicherung der Bundesangestellten und die Notarversicherung“

21. a) Im § 480 Abs. 1 erster Satz haben die Worte „in der Meisterkrankenversicherung“ zu entfallen.

b) § 480 Abs. 1 Z. 5 hat zu lauten:

„5. die §§ 99, 102, 103, 106 und 107 über Leistungsansprüche;“

c) § 480 Abs. 1 Z. 10 hat zu lauten:

„10. die Bestimmungen des Sechsten Teiles über die Beziehungen zu den Vertragspartnern;“

d) § 480 Abs. 1 Z. 11 hat zu lauten:

„11. die Bestimmungen des Siebenten Teiles über das Verfahren mit der Maßgabe, daß bei den Schiedsgerichten je eine Abteilung für die Angelegenheiten der Krankenversicherung der Bundesangestellten und der Notarversicherung zu bilden ist;“

e) Im § 480 Abs. 1 Z. 14 haben die Worte „für den leitenden Angestellten und den leitenden Arzt des Verbandes der Meisterkrankenkassen“ zu entfallen.

f) § 480 Abs. 2 hat zu lauten:

„(2) Die Bestimmungen der §§ 315 bis 319 über die Ersatzansprüche im Verhältnis zwischen Kranken- und Unfallversicherung sowie die Bestimmungen des § 320 b über sonstige Ersatzansprüche der Versicherungsträger untereinander sind auch auf die Krankenversicherungsanstalt der Bundesangestellten und auf die Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen, auch soweit diese Träger der Krankenversicherung im Sinne des § 473 ist, entsprechend anzuwenden.“

22. Im § 481 hat der letzte Satz zu entfallen.

23. Der 3. Unterabschnitt im Abschnitt III des Neunten Teiles wird aufgehoben.

## Artikel II

Die Bestimmungen des Artikels I Z. 7 bis 13 sind auch anzuwenden, wenn der Versicherungsfall der Krankheit beziehungsweise der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit vor dem Wirksamkeitsbeginn dieses Bundesgesetzes eingetreten ist und der Anspruch auf Anstaltspflege am 30. Juni 1966 noch nicht erschöpft war.

## Artikel III

Dieses Bundesgesetz tritt rückwirkend mit 1. Juli 1966 in Kraft.

## Artikel IV

Mit der Vollziehung dieses Bundesgesetzes ist das Bundesministerium für soziale Verwaltung betraut.

verfügen, daß die ärztliche Hilfe durch Vertragsärzte zu gewähren ist (vergleiche § 135 Abs. 1 ASVG.). Als Ausnahme könnte es vorsehen — wie dies im § 132 ASVG. der Fall ist —, daß die Krankenkassen in ihren Satzungen die nach der Höhe ihres Einkommens in Betracht kommenden Gruppen von Versicherten bestimmen, denen an Stelle der Sachleistungen Barleistungen gewährt werden. Eine solche Regelung hat seinerzeit die Zustimmung der Österreichischen Ärztekammer gefunden; sie müßte daher auch für den Bereich der Selbständigen-Krankenversicherung praktikabel sein.

## 2. Zur Frage der Familienversicherung

Ein weiterer entscheidender sozialpolitischer Mangel des Gesetzentwurfes liegt in der Behandlung der Familienangehörigen. Während die Bundesregierung zu wiederholten Malen die Förderung der Familie als sozialpolitisches Hauptziel hingestellt hat, verkehrt der Entwurf dieses Ziel genau in das Gegenteil. Der Entwurf sieht nämlich vor, daß für die Familienangehörigen eine eigene Versicherung zu beantragen ist. Nur dann, wenn der pflichtversicherte selbständig Erwerbstätige dies ausdrücklich beantragt — und er kann dies nur für alle Familienangehörigen zusammen tun —, werden die Angehörigen in den Schutz der Krankenversicherung eingeschlossen. In diesem Fall muß aber für jeden einzelnen Familienangehörigen ein zusätzlicher Krankenversicherungsbeitrag gezahlt werden. Unter der Annahme, daß der Grundbeitrag für den selbständig Erwerbstätigen selbst und die Beiträge für die Angehörigen mit den gesetzlichen Höchstsätzen ausgeschöpft werden, kommt eine Belastung zustande, die es den meisten Gewerbetreibenden praktisch unmöglich machen wird, eine Familienversicherung zu beantragen. Es ergibt sich nämlich für den Gewerbetreibenden mit Frau und drei Kindern bereits ein Beitrag von 13,5 % seines Einkommens. Bezieht die Satzung jedoch auch die Eltern in den Angehörigenbegriff ein, so erhöht sich der Beitrag auf 25,5 %, also ein Viertel des Einkommens! Eine Regelung, die zu solchen Ergebnissen führt, hat mit Sozialpolitik nichts mehr zu tun. Nur die Wohlhabendsten unter den Selbständigen könnten sich eine derartige Krankenversicherung leisten. Ist der Gewerbetreibende aber auch noch auf eine Zusatzversicherung für Krankengeld angewiesen, so wird ein weiterer Zusatzbeitrag von 9 % gefordert. Stellt man dem die Beitragshöhe bei den ASVG-Krankenkassen gegenüber, so wird man verstehen, warum die Sozialisten schon allein aus diesen Gründen den vorliegenden Entwurf ablehnen müssen. Die nach dem ASVG. eingerichtete Krankenversicherung kennt für Angehörige überhaupt keinen Sonderbeitrag. Für einen Angestellten beträgt der Beitragssatz 4,8 % seines Verdienstes. Für Arbeiter,

die in der Regel einen Anspruch auf Krankengeld haben, beträgt der Beitragssatz 7,3 %. Wie kann man von einem Gewerbetreibenden dafür Verständnis verlangen, daß er für sich und seine Familienangehörigen ein Vielfaches dessen an Beiträgen zu zahlen haben wird, was er für die bei ihm beschäftigten Arbeiter und Angestellten abzuführen hat? Dazu kommt noch, daß er Entwurf eine namhafte Beteiligung der Versicherten an den Kosten der Leistungen vorsieht. Das heißt also, daß für eine qualitativ schlechtere Krankenversicherung Beiträge bis zum Fünffachen der in der Krankenversicherung der Unselbständigen erforderlichen Beiträge zu zahlen wären. Eine Krankenversicherung, welche nach diesen Gesichtspunkten konstruiert ist, hat mit Sozialversicherung nichts mehr zu tun.

## 3. Zur Frage der Pensionisten-Krankenversicherung

Der Entwurf bezieht nur jene Pensionisten in die Krankenversicherung ein, welche einer Fachgruppe beziehungsweise einem Fachverband angehört haben, für den die Pflichtversicherung bereits eingeführt war. Erst wenn künftig auch andere Personengruppen in die Versicherung einbezogen werden, sollen auch die aus diesen Gruppen stammenden Pensionisten krankenversichert werden. Darin liegt eine außerordentliche soziale Härte, wenn man die Höhe der Gewerbesteuerpensionen berücksichtigt. Alle Pensionisten, die eine Pension von der Pensionsversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft erhalten, müßten auch in der Krankenversicherung pflichtversichert sein.

Die Beitragsleistung, die von den Pensionisten verlangt wird, ist untragbar. Der Pensionist muß den Grundbeitrag in der gleichen Höhe wie der Erwerbstätige von seiner Pension zahlen, ebenso den Beitrag für Familienangehörige, und gerät dadurch in eine Beitragsbelastung, die weit über das hinausgeht, was die Pensionisten nach dem ASVG. für ihre Krankenversicherung auf sich nehmen müssen. Der ASVG.-Pensionist hat, je nach der Höhe seiner Pension, einen Beitragsanteil von 1 bis 2,5 % seiner Pension für seine Krankenversicherung einschließlich der seiner Familie zu entrichten. Eine derart ungleiche Behandlung von Pensionsbeziehern ist unmöglich.

## 4. Zur Frage der Beitragsbelastung überhaupt

Das Problem der Beitragsbelastung wurde bereits angedeutet. Welche Grotesken sich bei der Beitragskonstruktion ergeben, wird aus den folgenden, wahlweise angenommenen Fällen deutlich:

- a) Gewerbetreibender mit Frau als Familienversicherte:
- |                       |      |
|-----------------------|------|
| Grundbeitrag .....    | 6 ‰, |
| Familienbeitrag ..... | 3 ‰, |
| zusammen ...          | 9 ‰. |
- Kommt noch Krankengeldversicherung hinzu (9‰), so ergeben sich zusammen ... 18 ‰.
- b) Gewerbetreibender mit Frau und zwei Kindern als Familienversicherte:
- |                       |       |
|-----------------------|-------|
| Grundbeitrag .....    | 6 ‰,  |
| Familienbeitrag ..... | 6 ‰,  |
| zusammen ...          | 12 ‰. |
- Kommt noch Krankengeldversicherung hinzu (9‰), so ergeben sich zusammen ... 21 ‰.
- c) Gewerbetreibender mit Frau und vier Kindern als Familienversicherte:
- |                       |                     |
|-----------------------|---------------------|
| Grundbeitrag .....    | 6 ‰,                |
| Familienbeitrag ..... | 7 <sup>50</sup> ‰,  |
| zusammen ...          | 13 <sup>50</sup> ‰. |
- Kommt noch Krankengeldversicherung hinzu (9‰), so ergeben sich zusammen ... 22<sup>50</sup>‰.
- d) Gewerbetreibender mit Frau, Vater und Mutter:
- |                       |       |
|-----------------------|-------|
| Grundbeitrag .....    | 6 ‰,  |
| Familienbeitrag ..... | 15 ‰, |
| zusammen ...          | 21 ‰. |
- Kommt noch Krankengeldversicherung hinzu (9‰), so ergeben sich zusammen ... 30 ‰.

Solche Beitragsbelastungen sind nicht nur unzumutbar, sie verkehren die sozialpolitischen und die familienpolitischen Absichten der sozialen Krankenversicherung ins Gegenteil. Ein solches Beitragssystem fordert geradezu die Personenkreise, für die es gedacht ist, dazu auf, alles zu unternehmen, um ihm ausweichen zu können.

#### 5. Zur Frage des Abstimmungsverganges bei der Einbeziehung bisher nicht pflichtversicherter Personen (§ 3)

Der Entwurf sieht vor, daß die Mitglieder von Fachgruppen, die noch nicht in die Krankenversicherung einbezogen sind, über die Einbeziehung in die Krankenversicherung abstimmen sollen, wenn der Fachgruppenausschuß es beschließt oder wenn bei der Fachgruppe ein entsprechend unterstützter Antrag vorliegt. Die Art, wie diese Ab-

stimmung durchgeführt werden soll, ist aber überaus bedenklich. Wenn es auch im Gesetzentwurf heißt, daß diese Abstimmung „geheim“ vorzunehmen ist, so fehlen andererseits wirksame Vorkehrungen, daß der wahre Wille der Beteiligten zum Ausdruck kommt. Schriftliche Abstimmungen bieten bekanntlich immer wieder Möglichkeiten für Durchstechereien und Fälschungen des Abstimmungsergebnisses. Es wäre doch naheliegend, den Abstimmungsvorgang nach denselben Grundsätzen zu regeln, wie dies die Handelskammerwahlordnung mit der persönlichen Ausübung des Wahlrechtes vor Wahlkommissionen vorsieht.

Dem Gedanken, den Willen der Beteiligten für die Einführung der Pflichtversicherung zum Maßstab zu machen, schlägt es übrigens geradezu ins Gesicht, wenn der Entwurf im § 3 Abs. 6 lit. b die Möglichkeit schafft, trotz eines positiven Abstimmungsergebnisses unter Bedachtnahme auf die finanzielle Leistungsfähigkeit der in Betracht kommenden Krankenkassen die Einbeziehung in die Krankenversicherung zu verweigern. Die Aufnahme von sozial bedürftigen Personengruppen, welche die Pflichtversicherung bejahen, soll also abgelehnt werden können, weil es sich vielleicht um schlechte Risiken handelt.

In der Sitzung des sozialpolitischen Ausschusses vom 30. Juni, dem der Gesetzentwurf, wie ihn der Unterausschuß ausgearbeitet hatte, zur Beratung vorlag, haben die Abgeordneten Müller und Kostroun im Namen der sozialistischen Fraktion beantragt, den Gesetzentwurf im Sinne der grundsätzlichen Einwendungen, wie sie oben dargelegt wurden, abzuändern:

insbesondere hinsichtlich der Einbeziehung aller Familienangehörigen in die Versicherung ohne gesonderten Familienversicherungsbeitrag;

weilers bezüglich der Einbeziehung aller Pensionisten der Pensionsversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft mit einer der Beitragsregelung des ASVG. nachgebildeten günstigeren Beitragsfestsetzung;

der Konkretisierung der Leistungsansprüche auf Sach- und Barleistungen, wobei die Versicherten mit niedrigem Einkommen von einer Kostenbeteiligung überhaupt ausgenommen werden sollen;

schließlich zwecks Klarstellung des Abstimmungsverganges im Sinne einer geheimen, persönlich auszuübenden Abstimmung.

Die genannten Abgeordneten haben außerdem beantragt, in § 3 Abs. 6 des Entwurfes die Bestimmungen lit. b zu streichen, damit bei Vorliegen eines positiven Abstimmungsergebnisses die Aufnahme in die Versicherung sichergestellt ist.

Die Mehrheit des Ausschusses hat alle diese Anträge abgelehnt.

Die besonderen Verhältnisse im Bereich der selbständig Erwerbstätigen, die vielleicht anders gearteten Bedürfnisse dieser Personenkreise und die im Vergleich zu den unselbständig Erwerbstätigen unter Umständen gegebenen besonderen wirtschaftlichen Verhältnisse lassen den Gedanken durchaus verständlich erscheinen, nicht eine absolute Pflichtversicherung einzuführen, sondern den einzelnen Personengruppen die Entscheidung zu überlassen, ob für sie eine Unterstellung unter die Pflichtversicherung in Betracht kommt oder nicht. Würde allerdings über den

vorliegenden Entwurf einer Selbständigen-Krankenversicherung, über die dort nur angedeuteten Leistungsmöglichkeiten dieser Versicherung und über die enorme finanzielle Belastung unter den selbständig Erwerbstätigen eine Abstimmung ermöglicht werden, so wäre das Schicksal dieses Gesetzentwurfes bereits besiegelt. Der Entwurf ist absolut ungeeignet, den Fragenkomplex befriedigend zu lösen, der sich aus der Notwendigkeit einer sozialen Krankenversicherung der selbständig Erwerbstätigen ergibt.

Kostroun

Müller

Adam Pichler