

489 der Beilagen zu den stenographischen Protokollen des Nationalrates XI. GP.

24. 5. 1967

Regierungsvorlage

Bundesgesetz vom XXXXXXXXXXXX, mit dem das Bauern-Krankenversicherungsgesetz abgeändert wird (Novelle zum Bauern-Krankenversicherungsgesetz)

Der Nationalrat hat beschlossen:

Artikel I

Das Bauern-Krankenversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 219/1965, wird abgeändert wie folgt:

1. a) § 3 Z. 1 hat zu lauten:
 - „1. a) die Ehegattin,
 - b) die Kinder, Enkel, Wahl- und Stiefkinder, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
 sofern diese mit dem Ehegatten beziehungsweise mit einem der Pflichtversicherung gemäß § 2 Abs. 1 Z. 1 unterliegenden Elternteil ein und denselben land(forst)wirtschaftlichen Betrieb auf gemeinsame Rechnung und Gefahr führen, ferner
 - c) die Ehegattin einer als Schwiegersohn gemäß § 2 Abs. 1 Z. 2 pflichtversicherten Person;“.
- b) § 3 Z. 5 hat zu lauten:

„5. Personen, die auf Grund anderer bundesgesetzlicher Vorschriften in der Krankenversicherung pflichtversichert sind oder Anspruch auf Kranken- oder Wochengeld haben, auch wenn dieser Anspruch ruht, oder die auf Rechnung eines Krankenversicherungsträgers nach anderer bundesgesetzlicher Vorschrift in Anstaltspflege stehen. Eine Pflichtversicherung nach § 68 Kriegsoferversorgungsgesetz 1957, BGBl. Nr. 152, oder nach § 47 Heeresversorgungsgesetz, BGBl. Nr. 27/1964, geht jedoch einer Pflichtversicherung nach diesem Bundesgesetz nur dann vor, wenn es sich um den Empfänger einer Zusatzrente, einer Witwenbeihilfe oder einer Elternrente (§§ 35, 36, 44 und 45 Kriegsoferversorgungsgesetz beziehungsweise §§ 33 Abs. 2, 35 Abs. 3 und 44 Heeresversorgungsgesetz) handelt.“
- c) § 3 Z. 6 hat zu lauten:

„6. die Ehegattin (der erwerbsunfähige und unterhaltsberechtigzte Ehegatte) einer Person, die

auf Grund anderer bundesgesetzlicher Vorschriften, ausgenommen die Bestimmungen des § 68 Kriegsoferversorgungsgesetz 1957 und des § 47 Heeresversorgungsgesetz, in der Krankenversicherung pflichtversichert ist oder Anspruch auf Kranken- oder Wochengeld hat, auch wenn dieser Anspruch ruht, oder die auf Rechnung eines Krankenversicherungsträgers nach anderer bundesgesetzlicher Vorschrift in Anstaltspflege steht.“

2. a) § 17 Abs. 3 hat zu lauten:

„(3) Handelt es sich bei dem Pflichtversicherten um den Pächter eines land(forst)wirtschaftlichen Betriebes beziehungsweise einer land(forst)wirtschaftlichen Fläche, ist bei Anwendung des Abs. 1 von einem um ein Drittel verminderten Einheitswert des gepachteten Betriebes (der gepachteten Fläche) auszugehen.“

b) § 17 Abs. 4 hat zu lauten:

„(4) Führen Personen zusammen mit ihren Kindern, Enkeln, Wahl-, Stief- oder Schwiegerkindern oder Geschwistern auf gemeinsame Rechnung und Gefahr ein und denselben Betrieb, hat jeder dieser Pflichtversicherten einen Beitrag im halben Ausmaß des auf den gesamten Betrieb entfallenden Beitrages eines Pflichtversicherten zu leisten.“

c) Dem § 17 ist ein Abs. 10 mit nachstehendem Wortlaut anzufügen:

„(10) Änderungen des Einheitswertes werden für die Bemessung der Beiträge nach Abs. 1 lit. a mit dem ersten Tag des Kalendervierteljahres wirksam, das der Zustellung des Bescheides der Finanzbehörde erster Instanz folgt.“

3. § 19 hat zu lauten:

„Dauer der Beitragspflicht

§ 19. (1) Die Beiträge sind, sofern im folgenden nichts anderes bestimmt wird, für die Dauer der Versicherung zu leisten. Für den Kalendermonat, in dem die Pflichtversicherung beginnt beziehungsweise endet, ist der volle Beitrag zu leisten. Bei Übergabe eines land(forst)wirtschaftlichen Betriebes beginnt die Beitragspflicht für den (die) Übernehmer des Betriebes mit dem der Übernahme folgenden Kalendermonat.

(2) Für die Dauer der Weiterversicherung gilt Abs. 1 entsprechend, es sei denn, daß im Kalendermonat, in dem die Weiterversicherung beginnt beziehungsweise endet, ein Beitrag zur Pflichtversicherung fällig wird.

(3) Für Versicherte, die nicht oder nicht rechtzeitig abgemeldet werden, sind die Beiträge bis zum Ende des Kalendermonates, in dem die Abmeldung erfolgt oder in dem der Versicherungsträger sonst von dem Ende der Versicherung Kenntnis erhält, längstens aber bis zum Ende des dritten Kalendermonates nach dem Ende der Versicherung weiter zu entrichten. Der Versicherungsträger kann auf die weitere Entrichtung der Beiträge über das Ende der Versicherung hinaus zur Gänze oder zum Teil verzichten und bereits entrichtete Beiträge dieser Art rückerstatten.

(4) Die Verlängerung der Beitragspflicht nach Abs. 3 bewirkt keine Formalversicherung.“

4. Im § 20 Abs. 2 hat der erste Satz zu lauten:
„Die Beiträge gemäß Abs. 1 schulden die Personen, die auf ihre Rechnung und Gefahr den land(forst)wirtschaftlichen Betrieb führen oder auf deren Rechnung und Gefahr der Betrieb geführt wird, in den Fällen des § 2 Abs. 4 die Verlassenschaft.“

5. a) § 21 Abs. 2 hat zu lauten:

„(2) Werden die Beiträge zur Pflichtversicherung nicht innerhalb von zwei Wochen nach der Fälligkeit eingezahlt, ist der rückständige Betrag einzumahlen. Die Bestimmungen des § 227 Abs. 2 und 3 der Bundesabgabenordnung, BGBl. Nr. 194/1961, sind entsprechend anzuwenden.“

b) Dem § 21 ist ein Abs. 3 mit nachstehendem Wortlaut anzufügen:

„(3) Nach erfolgloser Mahnung nach Abs. 2 hat der Versicherungsträger einen Beitragszuschlag im Ausmaß von 5 v. H. des eingemahnten Beitrages vorzuschreiben. Der Beitragszuschlag kann bis zum Ausmaß des eingemahnten Beitrages erhöht werden.“

6. § 23 Abs. 3 hat zu lauten:

„(3) Der Rückstandsausweis kann erst nach erfolgloser Mahnung (§ 21 Abs. 3) ausgestellt werden.“

7. Nach § 38 ist ein § 38 a mit nachstehendem Wortlaut einzufügen:

„Auszahlung der Leistungen

§ 38 a. (1) Die Geldleistungen sind binnen zwei Wochen nach der Feststellung der Anspruchsberechtigung auszuführen.

(2) Alle Zahlungen können in der Weise gerundet werden, daß Beträge unter 50 Groschen unberücksichtigt bleiben und solche von 50 oder mehr Groschen als ein Schilling gerechnet werden.“

8. a) § 41 Abs. 1 Z. 1 hat zu lauten:

„1. aus dem Versicherungsfall der Krankheit: Krankenbehandlung (§§ 49 bis 53), erforderlichenfalls an Stelle der Krankenbehandlung Anstaltspflege (§§ 55 bis 61);“

b) § 41 Abs. 2 hat zu lauten:

„(2) An Stelle der Anstaltspflege kann neben der Krankenbehandlung Hauspflege (§ 62) gewährt werden.“

9. Im § 44 hat der letzte Satz zu lauten:

„Die Leistungen sind in beiden Fällen auch über das Ende der Versicherung hinaus weiter zu gewähren, solange die Voraussetzungen für den Anspruch gegeben sind.“

10. § 45 wird aufgehoben.

11. Im § 46 Abs. 3 Z. 1 ist der Ausdruck „des 25. Lebensjahres“ durch den Ausdruck „des 26. Lebensjahres“ und der Ausdruck „des 26. Lebensjahres“ durch den Ausdruck „des 27. Lebensjahres“ zu ersetzen.

12. a) § 50 Abs. 2 hat zu lauten:

„(2) Besteht die Notwendigkeit der Krankenbehandlung für eine Erkrankung, die vor dem Ende der Versicherung eingetreten ist, über diesen Zeitpunkt hinaus, so wird für diese Erkrankung, solange es sich um ein und denselben Versicherungsfall handelt, die Krankenbehandlung ohne zeitliche Begrenzung gewährt.“

b) Dem § 50 ist ein Abs. 3 mit nachstehendem Wortlaut anzufügen:

„(3) Wird im Falle des Abs. 2 während der Gewährung von Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit der Träger einer nach einem anderen Bundesgesetz geregelten Krankenversicherung versicherungszuständig, so geht die Zuständigkeit zur Erbringung von Leistungen aus dem betreffenden Versicherungsfall auf den versicherungszuständig gewordenen Träger der Krankenversicherung mit der Maßgabe über, daß dieser die Leistungen nach den für ihn geltenden Vorschriften weiterzugewähren hat.“

13. § 53 Abs. 2 letzter Satz hat zu lauten:

„Der Zuschuß darf das Achtfache des Betrages nach Abs. 1 nicht übersteigen.“

14. § 55 Abs. 1 hat zu lauten:

„(1) Pflege in der allgemeinen Gebührenklasse einer öffentlichen Krankenanstalt ist, sofern im Sprengel der für den Erkrankten zuständigen Landeskasse eine solche Krankenanstalt besteht und der Erkrankte nicht mit seiner Zustimmung in einer nichtöffentlichen Krankenanstalt untergebracht wird, zu gewähren, wenn und solange es die Art der Krankheit erfordert. § 50 gilt entsprechend. Die Anstaltspflege kann auch gewährt werden, wenn die Möglichkeit einer entsprechenden häuslichen Pflege nicht gegeben ist.“

15. Die §§ 57 und 58 werden aufgehoben.

16. § 59 Z. 4 wird aufgehoben.

17. Im § 60 Abs. 1 hat der zweite Satz zu lauten:

„In einem solchen Fall ist die Pflege in der nicht-öffentlichen Krankenanstalt der Pflege in einer öffentlichen Krankenanstalt bei der Anwendung der Bestimmungen des § 56 Abs. 2 gleichzuhalten.“

18. § 63 Abs. 3 erster Satz hat zu lauten:

„Zu den Kosten eines unentbehrlichen Zahnersatzes und seiner Instandsetzung sind nach Maßgabe der Satzung Zuschüsse zu gewähren.“

19. § 66 Abs. 2 wird aufgehoben; die Bezeichnung Abs. 1 hat zu entfallen.

20. a) § 67 Abs. 1 letzter Satz hat zu lauten:

„Beim Tod eines nach § 2 Abs. 1 Z. 3 Versicherten und beim Tod eines als Angehöriger geltenden Ehegatten (§ 46 Abs. 6) beträgt das Sterbegeld das Dreifache, beim Tod eines sonstigen Angehörigen das Einfache der monatlichen Zuschußrente ohne Kinder- und Hilflosenzuschuß und ohne Berücksichtigung von Ruhensbestimmungen.“

b) § 67 Abs. 2 hat zu lauten:

„(2) Das Sterbegeld nach Abs. 1 beträgt mindestens 1000 S, höchstens 2700 S.“

c) Im § 67 erhalten die Abs. 2 und 3 die Bezeichnung Abs. 3 und 4.

d) § 67 Abs. 4 (alt) wird aufgehoben.

21. Dem § 80 Abs. 1 ist nachstehender Satz anzufügen:

„Die Kosten einer Krankenbehandlung sind mit dem doppelten Betrag der für die Gewährung der ärztlichen Hilfe erwachsenen Kosten abzugelten.“

22. § 140 Z. 5 hat zu lauten:

„5. wenn er einen Beitragszuschlag gemäß § 21 Abs. 1 oder Abs. 3 letzter Satz vorschreibt.“

23. Im § 153 Abs. 2 ist der Ausdruck „Landesstellenausschüsse“ durch den Ausdruck „Landeskassenausschüsse“ zu ersetzen.

24. Dem § 163 Abs. 1 ist nachstehender Satz anzufügen:

„Der Landeskassenausschuß kann unbeschadet seiner eigenen Verantwortlichkeit einzelne seiner Obliegenheiten engeren Ausschüssen oder dem Vorsitzenden (seinem Stellvertreter), ebenso die Besorgung bestimmter laufender Angelegenheiten dem Büro der Landeskasse übertragen.“

25. Im § 182 Abs. 1 ist das Datum „31. Dezember 1965“ durch das Datum „31. Dezember 1967“ zu ersetzen.

26. § 186 Abs. 4 hat zu lauten:

„(4) Die Bestimmungen des § 177 treten mit 1. Jänner 1968 mit der Maßgabe in Kraft, daß die am 29. Feber 1968 fällig gewordenen Beiträge der Pflichtversicherten noch an die Landwirtschaftliche Zuschußrentenversicherungsanstalt einzuzahlen sind und daß diese Anstalt nicht rechtzeitig entrichtete Beiträge einzutreiben hat. Die Eintreibung von Beiträgen, die in einem nach dem 31. Dezember 1967 anhängig gemachten Verwaltungsverfahren festgestellt werden, obliegt dem Träger der Bauern-Krankenversicherung.“

Artikel II

An die Stelle des im Bauern-Krankenversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 219/1965, oder in anderen bundesgesetzlichen Vorschriften enthaltenen Ausdruckes „Krankenversicherungsanstalt der Bauern“ hat der Ausdruck „Österreichische Bauernkrankenkasse“ zu treten.

Artikel III

(1) Personen, die am 30. Juni 1967 nach den in diesem Zeitpunkt geltenden Vorschriften pflichtversichert waren, nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes aber nicht mehr pflichtversichert wären, bleiben pflichtversichert, solange die für den Bestand der Pflichtversicherung nach den bisherigen Vorschriften maßgeblichen Voraussetzungen weiterhin zutreffen. Im übrigen sind auf eine solche Pflichtversicherung auch die Bestimmungen dieses Bundesgesetzes anzuwenden, jedoch kann der Versicherte den Antrag stellen, aus der Pflichtversicherung ausgeschieden zu werden; einem solchen Antrag hat der Versicherungsträger mit Wirkung von dem auf den Antrag folgenden Ersten eines Kalendervierteljahres zu entsprechen.

(2) Die erstmaligen Meldungen für Personen, die nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes der Pflichtversicherung am 1. Juli 1967 unterliegen und die nicht schon zur Pflichtversicherung angemeldet sind, sind bis 31. August 1967 beim Versicherungsträger zu erstatten. Die Bestimmungen der §§ 10 und 13 bis 15 des Bauern-Krankenversicherungsgesetzes sind entsprechend anzuwenden.

Artikel IV

Der Träger der Bauern-Krankenversicherung hat die in der Zeit bis 31. März 1968 bei ihm auf Grund der Bestimmung des § 11 Abs. 1 des Landwirtschaftlichen Zuschußrentenversicherungsgesetzes, BGBl. Nr. 293/1957, erstatteten Meldungen der Landwirtschaftlichen Zuschußrentenversicherungsanstalt zu übergeben.

Artikel V

(1) Dieses Bundesgesetz tritt, soweit nichts anderes bestimmt wird, am 1. Juli 1967 in Kraft.

(2) Es treten in Kraft:

- a) rückwirkend mit 30. Juli 1965 die Bestimmungen des Artikels I Z. 23 bis 26;
- b) rückwirkend mit 1. Oktober 1965 die Bestimmungen des Artikels I Z. 1 lit. c, Z. 2 lit. a und Z. 22;
- c) rückwirkend mit 1. Jänner 1967 die Bestimmung des Artikels I Z. 16;
- d) mit 1. Jänner 1968 die Bestimmung des Artikels I Z. 12 lit. b.

Artikel VI

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

Erläuternde Bemerkungen

Zu Artikel I Z. 1 lit. a:

Nach § 2 Abs. 1 B-KVG. sind Personen pflichtversichert, die auf ihre Rechnung und Gefahr einen land(forst)wirtschaftlichen Betrieb führen oder auf deren Rechnung und Gefahr der Betrieb geführt wird. Es unterliegen daher der Pflichtversicherung nach dieser Bestimmung auch minderjährige Kinder, die gemeinsam mit einem Elternteil den Betrieb führen oder auf deren Rechnung und Gefahr dieser Betrieb von einem Elternteil geführt wird. In diesem Falle ist für jedes pflichtversicherte Kind der volle Beitrag zu leisten, da die Voraussetzungen für eine Minderung des Beitrages nach § 17 Abs. 4 nicht gegeben sind. Diese Härte soll dadurch beseitigt werden, daß nunmehr auch die Kinder, Enkel, Wahl- und Stiefkinder, sofern sie das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, unter der angeführten Voraussetzung von der Pflichtversicherung ausgenommen werden.

Zu Artikel I Z. 1 lit. b:

In der Regierungsvorlage, betreffend ein Bundesgesetz über die Krankenversicherung der in der Land- und Forstwirtschaft selbständig Erwerbstätigen, waren in der Vorschrift des § 3 Z. 5 die Worte „ausgenommen die Bestimmungen des § 68 Kriegsoferversorgungsgesetz 1957, BGBl. Nr. 152/1957,“ nicht enthalten. Die nachträgliche Abänderung dieser Bestimmung hat für den Kreis der in der Land- und Forstwirtschaft selbständig erwerbstätigen Kriegsofener zu Härten

geführt, die sowohl in Eingaben als auch in parlamentarischen Anfragen aufgezeigt wurden. In Beantwortung solcher Anfragen wurde zugesagt, nach Prüfung Novellierungsvorschläge zur Beseitigung der Härten zu erstatten.

Mit der Bestimmung des § 3 Z. 5 in der Fassung des Entwurfes wird erreicht, daß folgender Personenkreis von der Pflichtversicherung ausgenommen sein wird:

- a) die Empfänger einer Zusatzrente gemäß § 35 KOVG. 1957 bzw. § 33 Heeresversorgungsgesetz, das sind die erwerbsunfähige Witwe, die wenigstens für ein waisenrentenberechtigtes Kind zu sorgen hat, und die Witwe, die das 45. Lebensjahr vollendet hat;
- b) die Bezieher einer Elternrente gemäß den §§ 44 und 45 KOVG. 1957 bzw. § 35 Abs. 3 Heeresversorgungsgesetz, das sind die ehelichen Eltern, die uneheliche Mutter, die Adoptiveltern, Pflege- und Stiefeltern, alle diese, wenn sie bedürftig und nicht arbeitsfähig sind.

Die vorstehend angeführten Leistungen werden nur dann gewährt, wenn die in den §§ 35 Abs. 3 bzw. 46 Abs. 2 KOVG. 1957 angeführten Einkommensgrenzen nicht erreicht werden und der Tod des Kriegsteilnehmers die unmittelbare oder mittelbare Folge einer Dienstbeschädigung war. Witwen und Eltern nach erwerbsunfähigen

Schwerbeschädigten steht jedoch ein Anspruch auf Rente auch dann zu, wenn der Tod nicht die Folge einer Dienstbeschädigung war.

c) die Empfänger einer Witwenbeihilfe gemäß § 36 Abs. 2 bis 4 KOVG. 1957 bzw. § 35 Abs. 3 Heeresversorgungsgesetz, das sind die Witwen nach Schwerbeschädigten, die im Zeitpunkt des Todes keinen Anspruch auf Beschädigtenrente für Erwerbsunfähige hatten, wenn der Tod des Beschädigten nicht die unmittelbare oder mittelbare Folge einer Dienstbeschädigung ist und die Witwe nicht über ein Einkommen verfügt, das die Einkommensgrenze überschreitet.

Zu Artikel I Z. 1 lit. c:

Von der Pflichtversicherung sind nach der geltenden Bestimmung des § 3 Z. 6 Ehegatten von Personen ausgenommen, die schon auf Grund anderer bundesgesetzlicher Vorschrift in der Krankenversicherung pflichtversichert sind oder Anspruch auf bestimmte Geldleistungen haben oder auf Rechnung eines Krankenversicherungsträgers in Anstaltspflege stehen. Demnach wäre etwa jeder Betriebsführer (§ 2 Abs. 1 Z. 1), dessen Ehegattin unselbständig erwerbstätig und in der Krankenversicherung nach dem ASVG. pflichtversichert ist, von der Pflichtversicherung in der Bauernkrankenversicherung ausgenommen, obgleich er nicht als Angehöriger nach dem ASVG. gilt und für ihn daher auch kein Leistungsanspruch geltend gemacht werden kann. Diese Personen sind für den Fall der Krankheit ohne Schutz. In Hinkunft soll nur die erwerbsunfähige und unterhaltsberechtigte männliche Person, die an sich die Voraussetzungen für eine Pflichtversicherung nach § 2 erfüllt, deren Ehegattin aber nach anderer bundesgesetzlicher Vorschrift in der Krankenversicherung pflichtversichert ist, vom Ausnahmegrund erfaßt werden. Erwerbsunfähige und unterhaltsberechtigte Ehegatten gelten nämlich unter anderem gemäß § 123 Abs. 2 Z. 1 ASVG. als Angehörige, so daß auch für sie ein Anspruch auf Leistungen aus der Krankenversicherung der Unselbständigen gegeben ist.

Zu Artikel I Z. 2 lit. a und b:

Für Pächter eines Landwirtschaftsbetriebes besteht bezüglich der Beitragsbemessung die Begünstigung, daß bei Festsetzung der Beiträge von einem um ein Drittel verminderten Einheitswert des Betriebes auszugehen ist (§ 17 Abs. 3). Diese Begünstigung soll einem Wunsch der Bauernschaft folgend auch auf Pächter, die nicht einen Betrieb, sondern lediglich eine Liegenschaft pachten, erstreckt werden.

Die für Geschwister geltende Sonderregelung der Beitragsbemessung des § 17 Abs. 4 soll unter

den angeführten Voraussetzungen einer Betriebsführung auf gemeinsame Rechnung und Gefahr im Sinne einer gleichartigen Behandlung auch für andere nahe Verwandte (Eltern, Kinder, Enkel, Wahl- und Stiefkinder sowie Schwiegersöhne) gelten.

Zu Artikel I Z. 2 lit. c:

Durch den im § 17 neu anzufügenden Abs. 10 soll eine wesentliche Erleichterung beim Beitragsbeitrag in den Fällen erreicht werden, in denen Änderungen des Einheitswertes vorgenommen werden. Die in Aussicht genommene Vereinfachung besteht vor allem darin, daß Änderungen des Einheitswertes erst für die Zukunft wirksam werden und dadurch Rückverrechnungen, die nach der geltenden Rechtslage vor allem bei länger dauernden Verfahren zur Neufestsetzung des Einheitswertes verwaltungsmäßige Schwierigkeiten bereiten, entfallen werden.

Zu Artikel I Z. 3:

Gegen die Bestimmung des § 19 Abs. 1 ist wiederholt vorgebracht worden, daß für den Monat, in dem ein land(forst)wirtschaftlicher Betrieb übergeben wird, ein Beitrag sowohl vom Übergeber als auch vom Übernehmer zu leisten sei. Der Forderung, die Beitragspflicht des Betriebsübernehmers erst mit dem der Übernahme folgenden Monat beginnen zu lassen, wurde durch die gegenständliche Änderung Rechnung getragen. Aus Gründen einer besseren Übersichtlichkeit wurde für die beitragsrechtliche Regelung der Weiterversicherten ein eigener Absatz (Abs. 2) vorgesehen und infolge der notwendigen Zitierungsänderung die Bestimmung des § 19 zur Gänze wiedergegeben.

Zu Artikel I Z. 4:

Die Zahlungspflicht für Beitragsschulden soll von der Pflichtversicherung losgelöst werden und grundsätzlich diejenigen Personen treffen, die auf ihre Rechnung und Gefahr einen land(forst)wirtschaftlichen Betrieb führen bzw. auf deren Rechnung und Gefahr ein solcher Betrieb geführt wird. Damit werden von der Zahlungspflicht insbesondere auch diejenigen erfaßt, in deren Person ein Ausnahmegrund von der an sich bestehenden Pflichtversicherung eingetreten ist.

Zu Artikel I Z. 5 und 6:

Durch die geltende Vorschrift des § 21 Abs. 2 wird der Versicherungsträger zur Einhebung eines Beitragszuschlages verpflichtet, wenn die Beiträge zur Pflichtversicherung nicht innerhalb von zwei Wochen nach der Fälligkeit eingezahlt wurden und die Beitragsschuld erfolglos eingemahnt worden ist. Im Verfahren zur Eintreibung nicht

rechtzeitig entrichteter Beiträge hat der Versicherungsträger nach § 23 Abs. 2 einen Rückstandsausweis auszufertigen. § 23 Abs. 3 knüpft die Ausstellung eines Rückstandsausweises an die Voraussetzung, daß der rückständige Beitrag eingemahnt worden ist; für diese Mahnung ist durch die sinngemäße Anwendung des § 228 der Bundesabgabenordnung eine Mahngebühr einzuheben. Der säumige Versicherte ist daher einer doppelten Sanktion (Beitragszuschlag und Mahngebühr) ausgesetzt. Um diesen an sich unbefriedigenden Rechtszustand, der auch einer einfachen Verwaltung widerspricht, zu beseitigen, soll die Verpflichtung zur Einhebung einer Mahngebühr beseitigt werden und im Verfahren zur Eintreibung der Beiträge eine Verpflichtung zur Mahnung in Hinkunft nur dann bestehen, wenn nicht schon ein Beitragszuschlag verhängt worden ist. Dem Versicherungsträger bleibt immer die Möglichkeit offen, den Beitragszuschlag in einem höheren Ausmaß als 5 v. H. (bis zum Ausmaß des eingemahnten Betrages) festzusetzen.

Zu Artikel I Z. 7:

Einer aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung erhobenen Forderung, die Auszahlung der Geldleistungen in Beträgen vorzusehen, die auf volle Schillinge gerundet sind, wird mit dem vorliegenden Entwurf Rechnung getragen. Bei dieser Gelegenheit wurde auch die bisher nur für das Sterbegeld (§ 67 Abs. 4) über den Zeitpunkt der Auszahlung geltende Regelung in einem neuen § 38 a allgemein auf alle Geldleistungen ausgedehnt.

Zu Artikel I Z. 8, 9, 12 lit. a, 14, 15, 17 und 19:

In Anlehnung an die in der Krankenversicherung der Unselbständigen und in der Krankenversicherung der Selbständigen in der gewerblichen Wirtschaft durchgeführte Neuregelung der Anspruchsberechtigung auf Leistungen der Anstaltspflege sollen durch den Entwurf im gegenständlichen Gesetz folgende Änderungen vorgesehen werden:

1. Ein Anspruch des Versicherten auf Anstaltspflege ohne zeitliche Begrenzung während der Versicherung und, falls die Notwendigkeit hiezu besteht, auch über das Ende der Versicherung hinaus, solange es sich um ein- und denselben Versicherungsfall handelt, soll durch Aufhebung der Bestimmungen der §§ 57 und 58 über die Höchstdauer der Anstaltspflege begründet werden.

2. Im Leistungskatalog des § 41 Abs. 1 Z. 1 wird als Leistung im Versicherungsfall der Krankheit neben der Krankenbehandlung auch die Anstaltspflege genannt werden. Hiedurch wird der bisher unvollständige Leistungskatalog ergänzt und die Anstaltspflege ausdrücklich als Leistung aus dem Versicherungsfall der Krankheit angeführt. Infolge dieser Ergänzung wird der erste

Halbsatz des § 41 Abs. 2 als überflüssig gestrichen.

3. Gleichziehung der Anspruchsdauer bei Anstaltspflege und Krankenbehandlung. Dies wird durch die Anordnung im § 55 Abs. 1 erreicht, daß § 50 entsprechend zu gelten hat. Bei dieser Gelegenheit wurde aus sprachlichen Gründen § 55 Abs. 1 neu gefaßt.

4. Im § 50 selbst wurde der Abs. 1 unverändert gelassen, so daß sowohl Krankenbehandlung als auch Anstaltspflege während der Versicherung für die Dauer der Krankheit ohne zeitliche Begrenzung zu gewähren sein werden. Das gleiche soll gelten, wenn es sich um eine Krankenbehandlung bzw. Anstaltspflege handelt, deren Notwendigkeit vor dem Ende der Versicherung eingetreten ist. Ein Leistungsanspruch über das Ende der Versicherung hinaus wird allerdings nur für die konkrete Erkrankung bestehen, für die beim Ende der Versicherung schon eine Leistung gewährt wurde, die also den Versicherungsfall ausgelöst hat. Ist der Versicherungsfall abgeschlossen, das heißt der regelwidrige Körper- oder Geisteszustand, der die Krankenbehandlung (Anstaltspflege) notwendig gemacht hat, behoben, endet auch die Leistungspflicht des Versicherungsträgers. Tritt nach dem Ende der Versicherung während eines bestehenden Anspruches auf Krankenbehandlung eine neue Erkrankung hinzu, so ist diese neue Erkrankung als neuer Versicherungsfall zu werten. Das gleiche ist für eine Erkrankung anzunehmen, die neuerlich auftritt, nachdem für sie bereits nach dem Ende der Versicherung Anspruch auf Krankenbehandlung bestanden hatte. Hier wird es allerdings Sache des Versicherungsträgers sein, im Einzelfall zu entscheiden, ob es sich tatsächlich um einen neuen Versicherungsfall oder um das Wiederaufleben der alten Krankheit handelt, ob also etwa der regelwidrige Körper- oder Geisteszustand, der seinerzeit den Versicherungsfall ausgelöst hatte, nur scheinbar behoben war.

5. Die Aufhebung der §§ 57 und 58 war durch eine Änderung bzw. Streichung der Bestimmungen des § 60 Abs. 1 und des § 66 Abs. 2 zu berücksichtigen.

Zu Artikel I Z. 12 lit. b und Artikel V Abs. 2 lit. d:

Im Zusammenhang mit der Anpassung der leistungsrechtlichen Vorschriften des Bauern-Krankenversicherungsgesetzes hinsichtlich der Krankenbehandlung und der Anstaltspflege an die entsprechenden Regelungen der Krankenversicherung der Unselbständigen ist die Frage aufgeworfen worden, ob der Versicherungsträger tatsächlich für Versicherungsfälle, die vor dem Ende der Versicherung eingetreten sind, auch dann Leistungen zu erbringen habe, wenn der

Anspruchsberechtigte mittlerweile eine neue Pflichtversicherung nach anderer gesetzlicher Vorschrift begründet hat. Nach Meinung einiger Stellen, denen vom Bundesministerium für soziale Verwaltung beigegeben wird, sollte in einem solchen Fall der auf Grund der Pflichtversicherung in Betracht kommende Versicherungsträger zur Leistungsgewährung herangezogen werden. Die Verwirklichung dieser Absicht bedingt jedoch neben der in Aussicht genommenen Einfügung eines neuen Abs. 3 im § 50 korrespondierende Bestimmungen im ASVG. Aus diesem Grunde wurde zunächst das Inkrafttreten des neuen § 50 Abs. 3 mit 1. Jänner 1968 vorgesehen. Sollte es möglich sein, eine analoge Regelung im ASVG. schon mit 1. Juli 1967 in Kraft zu setzen, wäre der Wirksamkeitsbeginn der in Betracht kommenden Änderung im vorliegenden Entwurf um ein halbes Jahr vorzulegen.

Zu Artikel I Z. 10, 13 und 18:

Mit Wegfall der Höchstdauer der Anstaltspflege, die bei Erfüllung der Wartezeit 52 Wochen — im Gegensatz zur Höchstdauer von 26 Wochen — beträgt (siehe die in Aussicht genommene Aufhebung der §§ 57 und 58), ist die Erfüllung einer Wartezeit nur mehr in den Fällen des § 53 Abs. 2 (für die Gewährung eines höheren Zuschusses bei Heilbehelfen) und des § 63 Abs. 3 (für die Gewährung des Zuschusses zu den Kosten eines unentbehrlichen Zahnersatzes und seiner Instandsetzung) vorgesehen. Da die letztgenannte Leistung im Verhältnis zur Leistung der Anstaltspflege nicht ins Gewicht fällt, für die Verwaltung des Versicherungsträgers aber die Berücksichtigung dieser Leistungsvoraussetzung eine besondere Belastung bedeutet, soll von der Einrichtung der Wartezeit überhaupt Abstand genommen werden.

Zu Artikel I Z. 11:

Das Alter für die Angehörigeneigenschaft soll in Anpassung an andere sozialversicherungsrechtliche Vorschriften (ASVG., GSPVG., LZVG.) um ein Jahr hinaufgesetzt werden. Praktische Erfahrungen haben gezeigt, daß die derzeitige Altersgrenze in zahlreichen Fällen nicht ausreicht, weil das Studium noch ein bis zwei Jahre über die derzeit bestehende Grenze hinaus andauert.

Zu Artikel I Z. 16:

Der Verfassungsgerichtshof hat mit Erkenntnis vom 8. Oktober 1966, Zl. G 17/66-12, die Grundsatzzbestimmung des § 148 Z. 5 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes in der Fassung der 9. Novelle, BGBl. Nr. 13/1962, als verfassungswidrig aufgehoben. Die Aufhebung trat mit Ablauf des 31. Dezember 1966 in Wirksamkeit. In der Begründung dieses Erkenntnisses wurde ausgeführt, daß bei Vorliegen eines regelwidrigen

Körper- und Geisteszustandes, der die Krankenbehandlung notwendig macht, Anstaltspflege zu gewähren ist, sofern sie durch die Notwendigkeit ärztlicher Behandlung bedingt ist. Es sei kein Grund dafür zu finden, daß die Rechtsträger der öffentlichen Sonderheilanstalten für Nerven- und Geistesranke bei ihrem Anspruch auf Ersatz der Verpflegskosten bei Behandlungsfällen, die in bezug auf die Anstaltsbedürftigkeit gleich sind und auf dem Gebiet der Sozialversicherung gleich behandelt werden, nach bestimmten Arten der Krankheiten verschieden behandelt werden. Aus diesem Grund verstoße die Vorschrift des § 148 Z. 5 ASVG. gegen das sich aus Artikel 7 B.-VG. ergebende Verbot, Gleiches ungleich zu behandeln.

Da der Inhalt der Entscheidung des Verfassungsgerichtshofes auch für die Vorschrift des § 59 Z. 4 B-KVG. uneingeschränkt zu gelten hat, ist im Entwurf deren Aufhebung vorgesehen.

Zu Artikel I Z. 20:

Die Regelung über das Sterbegeld soll durch Begrenzung dieser Leistung der Höhe nach durch Einführung eines Mindest- und Höchstbetrages ergänzt werden (§ 67 Abs. 2 i. d. F. d. E.). Bei dieser Gelegenheit war auch die Bestimmung des § 67 Abs. 4, die nunmehr durch die neueinzuführende Vorschrift des § 38 a auf alle Geldleistungen ausgedehnt werden soll, als entbehrlich aufzuheben.

Zu Artikel I Z. 21:

Nach den Unterlagen des Versicherungsträgers kann im Einzelfall zwar der Ersatz des Schadens im Ausmaß der Aufwendungen für ärztliche Hilfe, nicht aber der für Heilmittel festgestellt werden. Da jedoch nach den Ergebnissen des Rechnungsabschlusses des Versicherungsträgers die Aufwendungen für ärztliche Hilfe und die für Heilmittel ungefähr gleich hoch sind, erscheint die vorliegende Regelung aus Gründen der Vereinfachung der Verwaltung begründet.

Zu Artikel I Z. 22:

Die Verpflichtung zur Erlassung eines Bescheides soll auf die Fälle eingeschränkt werden, in denen wegen Unterlassung der Anmeldung zur Pflichtversicherung bzw. wegen verspäteter Anmeldung zur Pflichtversicherung ein Beitragszuschlag verhängt wird oder Beiträge nach erfolgloser Mahnung nicht innerhalb von zwei Wochen nach Fälligkeit eingezahlt werden und ein Beitragszuschlag von mehr als 5 v. H. des eingemahnten Betrages verhängt wird. Mit dieser Neuregelung wird der Versicherungsträger von der Verpflichtung zur Bescheiderteilung dann nicht mehr betroffen sein, wenn er im Sinne der

Verpflichtung nach § 21 Abs. 3 einen Beitragszuschlag in der Höhe von 5 v. H. des eingemahnten Betrages verhängt.

Zu Artikel I Z. 23:

Mit dieser Gesetzesänderung soll ein Redaktionsversehen beseitigt werden.

Zu Artikel I Z. 24:

Eine Delegierungsbefugnis des geschäftsführenden Organs bezüglich einzelner Obliegenheiten an engere Ausschüsse oder an den Vorsitzenden (dessen Stellvertreter) sowie bezüglich der Besorgung bestimmter laufender Angelegenheiten an das Büro, wie dies derzeit für den Bereich des Vorstandes der Krankenversicherungsanstalt im § 160 Abs. 1 vorgesehen ist, fehlt für den Bereich der Landeskassen. Die praktischen Erfahrungen bei der Anwendung des Gesetzes haben gezeigt, daß insbesondere auf Grund der Fülle der den Landeskassen nach § 148 Abs. 3 übertragenen Agenden ein echtes Bedürfnis für eine Delegierung einzelner Obliegenheiten besteht. Diesem Wunsch könnte umso eher Rechnung getragen werden, als hiedurch an der Verantwortlichkeit des einzelnen Landeskassenausschusses nicht gerührt wird.

Zu Artikel I Z. 25:

Die für den Beitritt zur Selbstversicherung vorgesehene Frist (31. Dezember 1965) hat sich bei der praktischen Durchführung des Gesetzes als zu kurz erwiesen, weshalb sie bis 31. Dezember 1967 verlängert werden soll.

Zu Artikel I Z. 26:

Nach § 177 Abs. 2 B-KVG. hat die Krankenversicherungsanstalt der Bauern auch die Beiträge für die einzelnen Pflichtversicherten nach dem Landwirtschaftlichen Zuschußrentenversicherungsgesetz einzuziehen. Diese Bestimmung ist nach § 186 Abs. 4 B-KVG. mit 1. Jänner 1967 mit der Maßgabe in Kraft getreten, daß die bis Ende 1966 fällig gewordenen Beiträge der Pflichtversicherten noch an die Landwirtschaftliche Zuschußrentenversicherungsanstalt einzuzahlen sind. Die Krankenversicherungsanstalt der Bauern hat sich jedoch aus technischen und organisatorischen Gründen außerstande erklärt, diese Beiträge schon ab 1967 einzuziehen. Sie hat ersucht, diese gesetzliche Verpflichtung hinauszuschieben. Diesem Ersuchen soll mit dem vorliegenden Entwurf Rechnung getragen werden. Bei der Formulierung dieser neuen Bestimmung wurde auch darauf Bedacht genommen, daß die Beiträge nach § 20 Abs. 1 LZVG. mit Ende Feber des dem Beitragsjahr folgenden Kalenderjahres fällig werden. Bei wörtlicher Auslegung der geltenden Fassung des § 186 Abs. 4 hätte die Ansicht vertreten werden können, daß nicht nur die Beiträge für das

Kalenderjahr 1967, sondern auch die für das Jahr 1966 von der Krankenversicherungsanstalt der Bauern einzuziehen gewesen wären. Um einer solchen Auslegung, der schon durch den Zeitpunkt des Wirksamkeitsbeginnes der Regelung des § 186 Abs. 4 in der geltenden Fassung hätte begegnet werden können, den Boden zu entziehen, wurde nunmehr ausdrücklich angeordnet, daß die am 29. Feber 1968 fällig gewordenen Beiträge noch an die Landwirtschaftliche Zuschußrentenversicherungsanstalt einzuzahlen sind. Die Krankenversicherungsanstalt der Bauern wird daher erstmals die am 28. Feber 1969 fällig werdenden Beiträge nach dem LZVG. (das sind die für das Kalenderjahr 1968 zu leistenden Beiträge) einzuziehen haben.

Zu Artikel II:

Einem Wunsch der Bauernschaft folgend, soll die Bezeichnung des Versicherungsträgers, die seit dem Bestand der Einrichtung in Kreisen der Versicherten nicht recht geläufig geworden ist, in „Österreichische Bauernkrankenkasse“ umgeändert werden.

Da jedoch nicht nur im Bauern-Krankenversicherungsgesetz, sondern auch in anderen gesetzlichen Vorschriften auf die Benennung des Versicherungsträgers Bezug genommen wird, soll die Änderung der Bezeichnung auf diese Weise herbeigeführt werden.

Zu Artikel III:

Diese Übergangsbestimmung trägt dem Umstand Rechnung, daß durch die Änderung des Artikels I Z. 1 lit. a und b Änderungen im Kreis der Versicherungspflichtigen eintreten werden. Personen, die bisher der Versicherungspflicht unterlegen sind, werden mit dem Inkrafttreten dieser Novelle nicht mehr versicherungspflichtig sein. Dem Versicherungsträger ist es jedoch in Ermangelung bezüglicher Unterlagen nicht möglich, den von der vorliegenden Novelle betroffenen Personenkreis aus der Pflichtversicherung auszuschneiden. Hiefür wird es eines Aktes der in Betracht kommenden Personen bedürfen.

Zu Artikel IV:

Durch die 8. Novelle zum Landwirtschaftlichen Zuschußrentenversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 221/1965, ist § 11 Abs. 1 LZVG. mit Wirksamkeit vom 1. Jänner 1967 dahingehend geändert worden, daß die Meldungen über die im vorangegangenen Jahr der Pflichtversicherung unterlegenen Personen beim Träger der Bauern-Krankenversicherung zu erstatten sind. Im Hinblick auf die Bestimmung des § 186 Abs. 4 B-KVG. in der Fassung des Entwurfes war zu verfügen, daß diese Meldungen der Landwirtschaftlichen Zuschußrentenversicherungsanstalt zu übergeben sind.