

II- 1292 der Beilagen zu den stenographischen Protokollen des Nationalrates
XII. Gesetzgebungsperiode

Präs.: 16. Juni 1971 No. 76/A

A n t r a g

der Abgeordneten Dr. HUSSIL — KOCHROV
STAUDINGER Wider und Genossen, be-
treffend ein Bundesgesetz über die Krankenversiche-
rung der in der gewerblichen Wirtschaft selbständig
Erwerbstätigen (Gewerbliches Selbständigen-Kranken-
versicherungsgesetz - GSKVG 1971).

Die gefertigten Abgeordneten zum Nationalrat
stellen den

A n t r a g :

Der Nationalrat wolle beschließen:

- 2 -

Bundesgesetz vom 1971 über
die Krankenversicherung der in der gewerb-
lichen Wirtschaft selbständig Erwerbstäti-
gen (Gewerbliches Selbständigen-Krankenver-
sicherungsgesetz - GSKVG 1971)

Der Nationalrat hat beschlossen:

- 3 -

ERSTER TEIL:

Allgemeine Bestimmungen

ABSCHNITT I

Geltungsbereich und Aufgaben

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

(2) Die Gewerbliche Selbständigenkrankenversicherung trifft Vorsorge für die Versicherungsfälle der Krankheit, ~~der Mutterschaft~~ und des Todes sowie für die Verhütung von Krankheiten.

(3) 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 hierdurch 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 einer Höherversicherungspension, die vom Träger der Gewerblichen Selbständigen-Pensionsversicherung ausgezahlt wird,

- a) wenn und solange sie sich ständig im Inland aufhalten,
- b) und der Pensionsbezug wenigstens zum Teil auf eine Erwerbstätigkeit - bei Hinterbliebenenpensionen auf eine Erwerbstätigkeit des Verstorbenen - zurückgeht, die die Pflichtversicherung nach Z.1 oder 2 begründet hat oder bei früherem Wirksamkeitsbeginn dieser Bestimmung begründet hätte.

(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. Den Mitgliedern der Fachgruppen (Fachverbände) stehen nach Maßgabe des § 3 Personen gleich, die eine Pension (Übergangspension) beziehen und vor dem Anfall der Pension einer der in Betracht kommenden Fachgruppen beziehungsweise einem Fachverband angehört haben beziehungsweise angehört hätten.

(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.

- 5 -

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

(5) Üben die nach Abs.1 Z.1 oder 2 Pflichtversicherten eine Erwerbstätigkeit durch

- a) den Verschleiß von Zeitungen und Zeitschriften,
- b) den Verschleiß von Postwertzeichen, Stempelmарken und Gerichtskostenmarken,
- c) den Verschleiß von Fahrscheinen öffentlicher Verkehrseinrichtungen,
- d) den Vertrieb von Spielanteilen der Lotterien oder durch
- e) den Betrieb von Totoannahmestellen

aus, so erstreckt sich ihre Pflichtversicherung auf jede dieser Tätigkeiten.

Einbeziehung bisher nicht pflichtversicherter Personen

§ 3. (1) Unterliegen die Mitglieder einer Fachgruppe auf Grund der die Mitgliedschaft zu dieser Fachgruppe begründenden Berechtigungen nicht der Pflichtversicherung nach § 2 Abs.3, so hat eine Abstimmung über die 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 (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. Den Mitgliedern der Fachgruppen sind Personen gleichzustellen, die nach Abs.3 lit.b abstimmungsberechtigt sind.

(3) Die Abstimmung ist vom Fachgruppenausschuß durchzuführen. Der Fachgruppenausschuß kann die Durchführung einem engeren Ausschuß übertragen. Abstimmungsberechtigt sind

- a) 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,
- b) Personen, die am 1.Jänner des Kalenderjahres, in dem die Abstimmung stattfinden soll, eine Pension (Übergangspension) beziehen und vor Anfall der Pension Mitglieder der in Betracht kommenden Fachgruppe waren beziehungsweise gewesen wären.

Die Abstimmung ist schriftlich und geheim vorzunehmen. Hierbei dürfen nur von der Fachgruppe aufgelegte, an die Abstimmungsberechtigten 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)

- 7 -

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 Abstimmungsberechtigten, 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 des Versicherungsträgers, 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.

- 8 -

Ausnahmen von der Pflichtversicherung

§ 4. Von der Pflichtversicherung nach § 2 sind ausgenommen:

1. Personen, die das Ruhen ihres Gewerbebetriebes angezeigt haben, für die Dauer des Ruhens;
2. Personen, die als Deszendenten im Rahmen eines Witwen- und Deszendentenfortbetriebes berechtigt sind, den Gewerbebetrieb fortzuführen;
3. Angehörige der Orden und Kongregationen der katholischen Kirche sowie der Diakonissenanstalten der evangelischen Kirche A.B. und H.B.;
4. 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
 - a) in der Krankenversicherung pflichtversichert sind, oder
 - b) Anspruch auf Kranken- oder Wochengeld haben, auch wenn dieser Anspruch ruht, oder
 - c) auf Rechnung eines Versicherungsträgers Anstaltspflege erhalten oder in einem Genesungs-, Erholungs- oder Kurheim oder in einer Sonderheilanstalt untergebracht sind, oder
 - d) Anspruch auf Ersatz der Verpflegskosten gemäß § 131 oder § 150 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes dem Versicherungsträger gegenüber haben;
2. nach dem Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz in der Krankenversicherung pflichtversichert sind oder die Mitgliedschaft zu einer Krankenfürsorgeeinrichtung eines öffentlich-rechtlichen Dienstgebers besitzen.

- 9 -

(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 den Versicherungsträger 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.

Beginn und Ende der Pflichtversicherung

§ 6. (1) Die Pflichtversicherung beginnt

1. bei den im § 2 Abs.1 Z.1 genannten Personen 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.

2. bei den im § 2 Abs.1 Z.2 genannten Personen mit dem Tag der Erlangung der die Pflichtversicherung begründenden Berechtigung durch die Gesellschaft, frühestens jedoch mit dem Tage der Eintragung des Gesellschafters in das Handelsregister.

- 10 -

(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 erlischt bei den im § 2 Abs.1 Z.1 genannten Personen 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, bei Ausscheiden des Gesellschafters aus der Gesellschaft mit dem Letzten des Kalendermonates in dem die Löschung der Eintragung im Handelsregister erfolgt.

(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 Personen 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 der Träger der gewerblichen Selbständigen-Pensionsversicherung nach pflichtgemäßem Ermessen zu prüfen, ob die Zuerkennung der Pension wahrscheinlich ist. Trifft dies zu, so hat er eine Bescheinigung darüber auszustellen, daß die Krankenversicherung mit dem Tage des voraussichtlichen Pensionsanfalles beginnt. Die Bescheinigung ist dem Pensionswerber zuzustellen. Die Ausstellung oder die Ablehnung der Bescheinigung kann durch ein Rechtsmittel nicht angefochten werden. Dieses Recht besteht nicht, wenn der Pensionswerber bereits in einer anderen gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert ist.

(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 beziehungsweise in dem die Voraussetzung nach § 2 Abs.1 Z.3 lit.a weggefallen ist. Die vorläufige Krankenversicherung (Abs.6) endet mit der Zustellung des abweisenden Pensionsbescheides.

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) Der Versicherungsträger hat dem ausgeschiedenen Versicherten eine Verständigung über das Erlöschen der Pflichtversicherung und über die Voraussetzungen zur Weiterversicherung zuzustellen. Das Recht auf Weiterversicherung ist innerhalb von sechs Wochen ab dem Tage der Zustellung dieser Verständigung beim Versicherungsträger 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.

- 12 -

(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 Versicherten

1. vom überlebenden Ehegatten oder
2. von einer überlebenden, nach § 10 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 Nichtigerklärung, Aufhebung oder Scheidung der Ehe vom früheren Ehegatten und

c) nach dem Ausscheiden des Versicherten aus der Pflichtversicherung und Übernahme einer Erwerbstätigkeit im Ausland von den im Inland zurückbleibenden Angehörigen, die im Falle des Todes des Versicherten nach lit.a zur Weiterversicherung berechtigt wären, oder von den im Inland zurückbleibenden Kindern, Enkeln, Wahl- oder Stiefkindern (§ 36 Abs.3),

solange die zur Weiterversicherung berechtigte Person (lit.a bis c) ihren Wohnsitz im Inland hat und nicht nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz in der Krankenversicherung pflichtversichert ist. Für die Antragsfrist gilt Abs.2 mit der Maßgabe, daß die Frist in den Fällen der lit.a mit dem Tage des Todes des Versicherten, nach dem Tode eines Pensionisten mit dem Ende der Versicherung (§ 6 Abs.7), in den Fällen der lit.b mit dem Tage des Eintrittes der Rechtskraft des gerichtlichen Urteiles über die Nichtigerklärung, Aufhebung oder Scheidung der Ehe, in den Fällen der lit.c mit dem Tage des Ausscheidens des Versicherten aus der Pflichtversicherung zu laufen beginnt. Diese Personen können innerhalb der gleichen Frist durch gesonderte Anmeldung die Familienversicherung bezüglich aller jener Familienangehörigen fortsetzen, auf welche die Voraussetzungen des § 10 gegenüber dem Weiterversicherten zutreffen.

- 13 -

(4) In den Fällen des Abs.3 können die dort genannten Personen, solange sie ihren Wohnsitz im Inland haben und nicht nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz in der Krankenversicherung pflichtversichert sind, auch eine Weiterversicherung in der Krankenversicherung fortsetzen.

(5) Personen, die nach Abs.1 oder 3 zur Weiterversicherung berechtigt waren, können dieses Recht, wenn die Ausstellung einer Bescheinigung nach § 6 Abs.6 abgelehnt wurde, auch noch innerhalb von sechs Wochen nach Ablehnung des Antrages auf die Bescheinigung geltend machen. Das Recht auf Weiterversicherung steht auch Personen zu, deren vorläufige Krankenversicherung nach § 6 Abs. 7 endet, wenn sie dieses Recht innerhalb von sechs Wochen nach Zustellung des ablehnenden Pensionsbescheides geltend machen.

(6) Die Weiterversicherung schließt zeitlich unmittelbar an das Ende der vorangegangenen Krankenversicherung an. In den Fällen des Abs.3 lit.a bis lit.c beginnt die Weiterversicherung mit dem Beginn der Antragsfrist, in den Fällen des Abs.5 beginnt die Weiterversicherung mit dem Tage der Zustellung des Bescheides über die Ablehnung der Bescheinigung beziehungsweise des ablehnenden Pensionsbescheides.

(7) Die Weiterversicherung endet, außer mit dem Wegfall der Voraussetzungen

1. durch Austritt zum letzten des Beitragszeitraumes (§ 17 Abs.4),
2. durch Ausschluß gemäß § 11.

- 14 -

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 beim Versicherungsträger 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 sechs Monate zurückliegt.

(4) Die Selbstversicherung nach Abs. 1 beginnt 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)

- 15 -

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 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. Wird jedoch der Antrag innerhalb von vier Wochen nach Zustellung der Verständigung über den Eintritt der Pflichtversicherung bzw. der Selbstversicherung gestellt, so beginnt die Zusatzversicherung, sofern dies ausdrücklich beantragt wird, mit dem Tag des Eintrittes der Pflichtversicherung bzw. des Beginnes der Selbstversicherung. 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 bzw. § 8 Abs.5.

(3) Der Abschluß der Zusatzversicherung nach Abs.1 ist abzulehnen, wenn der Gesundheitszustand des Antragstellers ärztlicherseits als schlecht festgestellt wurde.

Familienversicherung

§ 10. (1) Pflichtversicherte gemäß § 2 Abs.1 Z.1 und 2, Weiterversicherte gemäß § 7 und Selbstversicherte gemäß § 8 können nach Maßgabe der folgenden Vorschriften für ihre Ehegattin (ihren erwerbsunfähigen und unterhaltsberechtigten Ehegatten) eine Familienversicherung abschließen, sofern

- 16 -

diese Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Inland hat und weder nach den Vorschriften dieses Bundesgesetzes noch nach anderen gesetzlichen Vorschriften selbst krankenversichert ist und auch für sie seitens einer Krankenfürsorgeeinrichtung eines öffentlich - rechtlichen Dienstgebers Krankenfürsorge nicht vorgesehen ist.

(2) Durch die Satzung kann bestimmt werden, daß Pflichtversicherte gemäß § 2, Weiterversicherte gemäß § 7 und Selbstversicherte gemäß § 8 eine Familienversicherung abschließen können für

- a) Verwandte in auf- und absteigender Linie ausgenommen Kinder (§ 36 Abs.2), und in der Seitenlinie bis zum zweiten Grad oder mit dem Versicherten verschwägte Personen gleichen Grades;
- b) eine mit einem männlichen Versicherten nicht verwandte bzw. nicht verschwägte weibliche Person, die seit mindestens zehn Monaten mit dem Versicherten in Hausgemeinschaft lebt und ihm seit dieser Zeit unentgeltlich den Haushalt führt, wenn eine im gemeinsamen Haushalt lebende arbeitsfähige Ehegattin nicht vorhanden ist.

Eine Familienversicherung nach lit.b kann nur für eine einzige Person abgeschlossen werden.

(3) Die im Abs.2 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.

(4) Die Familienversicherung beginnt mit dem auf die Anmeldung nächstfolgenden Monatsersten. Wird jedoch eine Familienversicherung innerhalb von vier Wochen nach Zustellung der Verständigung des Versicherungsträgers über den Eintritt der Pflichtversicherung bzw. Beitritt zur Selbstversicherung angemeldet, so beginnt die Familienversicherung sofern dies ausdrücklich beantragt wird, mit dem Tage des Eintrittes der Pflichtversicherung bzw. Beginnes der Selbstversicherung. Für das Ende der Familienversicherung gilt § 8 Abs.5 entsprechend.

Ausschluß aus der freiwilligen Versicherung

§ 11. (1) Die gemäß §§ 7 bis 10 freiwillig versicherten Personen können vom Versicherungsträger aus der in Betracht kommenden freiwilligen Versicherung ausgeschlossen werden, wenn

- a) die hiezu zu entrichtenden Beiträge für mehr als drei aufeinanderfolgende Monate rückständig sind, mit dem Ende des dritten Monates;
- b) 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 der Versicherungsträger bei einer nicht der Pflichtversicherung unterliegenden Person den Bestand der Pflichtversicherung als gegeben angesehen und für den vermeintlich Pflichtversicherten drei Monate ununterbrochen die Beiträge unbeanstandet angenommen, so besteht ab dem Kalendermonat, für den erstmals die Beiträge entrichtet worden sind, eine Formalversicherung.

- 18 -

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

(3) Die Formalversicherung endet mit dem Ende des Kalendermonates, in dem der Versicherungsträger den vermeintlich Pflichtversicherten aus der Versicherung ausscheidet. Dies gilt auch in den freiwilligen Versicherungen, wenn nicht eine frühere Beendigung gemäß §§ 7 Abs.7, 8 Abs.5, 9 Abs.2 und 10 Abs.4 eintritt.

(4) Die Formalversicherung hat die gleichen Rechtswirkungen wie die Pflichtversicherung bzw. die entsprechende freiwillige Versicherung.

Abschnitt III

Versicherungsträger

§ 13. Träger der Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz ist für das ganze Bundesgebiet die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft mit dem Sitz in Wien.

- 19 -

ABSCHNITT IV

Meldungen und Auskunftspflicht

Meldungen

§ 14. (1) Pflichtversicherte haben den Eintritt der Voraussetzungen für den Beginn und das Ende der Pflichtversicherung binnen zwei Wochen nach deren Eintritt dem Versicherungsträger zu melden. Die gleiche Meldepflicht hat der von der Pflichtversicherung gemäß § 4 Ausgenommene im Falle des Eintrittes oder des Wegfalles des Ausnahmegrundes.

(2) Die nach Abs. 1 Meldepflichtigen haben alle für das Versicherungsverhältnis bedeutsamen Änderungen sowie maßgebenden Ereignisse und Tatsachen binnen zwei Wochen nach dem Eintritt dem Versicherungsträger 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.

(3) Die nach den §§ 7 bis 9 freiwillig Versicherten haben alle für das Versicherungsverhältnis bedeutsamen Änderungen nach Abs. 1 und 2 dem Versicherungsträger binnen zwei Wochen zu melden. Für die mitversicherten Familienangehörigen (§ 10) obliegt die gleiche Meldepflicht demjenigen, der die Anmeldung vorgenommen hat.

(4) Die Leistungsempfänger sind verpflichtet, jede Änderung in den für den Fortbestand ihrer Anspruchsberechtigung maßgebenden Verhältnissen sowie jede Änderung ihres Wohnsitzes binnen zwei Wochen ab Eintritt des Ereignisses dem Versicherungsträger anzuzeigen.

- 20 -

Form der Meldungen, Meldebestätigungen

§ 15. (1) Die nach § 14 zu erstattenden Meldungen sind mit den vom Versicherungsträger aufzulegenden Vordrucken vorzunehmen; auch ohne Vordruck schriftlich erstattete Meldungen gelten als ordnungsgemäß erstattet, wenn sie alle wesentlichen Angaben enthalten, die für die Durchführung der Versicherung notwendig sind.

(2) Der Versicherungsträger 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

§ 16. Die Versicherten und die Leistungsempfänger haben dem Versicherungsträger über alle für das Versicherungsverhältnis maßgebenden Umstände auf Anfrage längstens binnen zwei Wochen wahrheitsgemäß Auskunft zu erteilen und auf Verlangen des Versicherungsträgers 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.

- 21 -

ABSCHNITT V

Mittel der Gewerblichen Selbständigen-
krankenversicherung

1. UNTERABSCHNITT

Aufbringung der Mittel

Beiträge

§ 17.(1) Die zur Erfüllung der Aufgaben der Gewerblichen Selbständigenkrankenversicherung erforderlichen Mittel sind durch Beiträge der Versicherten (Pflicht-, Selbst-, Weiterversicherte) und durch Beiträge zur Krankenversicherung der Pensionisten aufzubringen.

(2) Als Beiträge der Versicherten gelten:

1. Grundbeiträge;
2. Familienbeiträge;
3. Zusatzbeiträge.

(3) Die Grundbeiträge sind durch die Satzung nach dem Einkommen des Versicherten auf Grund der Bestimmungen der §§ 18 bis 20 festzusetzen.

(4) Beitragszeitraum ist der Kalendermonat. Aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung können die monatlichen Beiträge für ein Kalendervierteljahr gemeinsam vorgeschrieben werden.

Beitragsgrundlage

§ 18.(1) Grundlage für die Bemessung der Grundbeiträge ist für Pflichtversicherte gemäß § 2 Abs.1 Z.1 und 2 ein Zwölftel der Einkünfte aus einer die Pflichtversicherung nach diesem Bundesgesetz begründenden Erwerbstätigkeit in dem dem Kalenderjahr, in das der Beitragsmonat fällt, drittvorangegangenen Kalenderjahr; hierbei sind die für die Bemessung der Einkommensteuer herangezogenen Einkünfte des Pflichtversicherten zugrunde zu legen.

- 22 -

Den Einkünften aus einer die Pflichtversicherung nach diesem Bundesgesetz begründenden Erwerbstätigkeit sind bei Verpächtern von Betrieben die Einkünfte aus Verpachtung gleichzuhalten.

(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 Weiterversicherte (§ 7) gilt als Grundlage für die Bemessung der Beiträge die Höchstbeitragsgrundlage (Abs.4). Die Weiterversicherung ist auf Antrag des Versicherten - soweit dies nach seinen wirtschaftlichen Verhältnissen gerechtfertigt erscheint - auf einer niedrigeren Beitragsgrundlage, jedoch nicht unter der Mindestbeitragsgrundlage zuzulassen. Die Herabsetzung der Beitragsgrundlage wirkt, wenn der Antrag zugleich mit dem Antrag auf Weiterversicherung oder innerhalb der sechswöchigen Frist des § 7 Abs.2 bzw. Abs.3 gestellt wird, ab dem Beginn der Weiterversicherung, sonst ab dem auf die Antragstellung folgenden Monatsersten; die Herabsetzung gilt jeweils bis zum Ablauf des nächstfolgenden Kalenderjahres. Für Selbstversicherte (§ 8) gilt ein Zwölftel des Gesamtbetrages der Einkünfte aus den im § 2 Abs.3 des Einkommensteuergesetzes 1967, bezeichneten Einkunftsarten, und zwar der Einkünfte in dem dem Kalenderjahr, in das der Beitragsmonat fällt, drittvorangegangenen Kalenderjahr, als Beitragsgrundlage.

(4) Die Beitragsgrundlage beträgt unbeschadet des Abs.5, wenn Einkünfte von weniger als 1250 S monatlich oder überhaupt keine Einkünfte vorliegen, 1250 S monatlich (Mindestbeitragsgrundlage). Die Beitragsgrundlage beträgt höchstens 6.000 S monatlich (Höchstbeitragsgrundlage).

(5) Für Pflichtversicherte gemäß § 2 Abs.1 Z.1 und 2 sowie für Selbstversicherte gemäß § 8, deren Einkünfte bei Beginn der Versicherung und in den folgenden zwei Kalenderjahren mangels Vorliegens der hierfür notwendigen Nachweise (§ 19) nicht festgestellt werden können, gilt als Beitragsgrundlage ein Betrag von 1750 S monatlich.

(6) Versicherte, deren Beitragsgrundlage mit einem Betrag festzusetzen ist, auf Grund dessen sie zufolge von Gesamtverträgen die ärztliche Hilfe als Sachleistung erhalten, sind berechtigt, die Festsetzung einer höheren Beitragsgrundlage innerhalb der im § 19 Abs.1 vorgesehenen Frist zu beantragen, um die ärztliche Hilfe und Heilmittel als Geldleistungen gemäß § 38 Abs.2 lit.c in Anspruch nehmen zu können. Hierbei ist vom Gesamtbetrag der Einkünfte aus den im § 2 Abs.3 des Einkommensteuergesetzes 1967 genannten Einkunftsarten auszugehen, der in dem Einkommensteuerbescheid ausgewiesen ist, der die im Sinne des Abs. 1 heranzuziehenden Einkünfte betrifft. Entspricht die so festgesetzte Beitragsgrundlage nicht jenen Voraussetzungen, zufolge welcher die ärztliche Hilfe als Geldleistung gemäß § 38 Abs.2 lit.c gewährt wird, so ist jener Betrag als Beitragsgrundlage anzunehmen, bei dem diese Voraussetzungen erfüllt werden. Die Berechtigung zur freiwilligen Wahl einer höheren Beitragsgrundlage gilt auch in den Fällen des Abs.5, sofern der Versicherte innerhalb von vier Wochen nach Zustellung der Verständigung über die Einbeziehung in die Pflichtversicherung beziehungsweise beim Beitritt zur Selbstversicherung einen solchen Antrag stellt.

(7) Die Bestimmungen des Abs.6 gelten für pflichtversicherte Pensionisten (§ 2 Abs.1 Z.3) mit der Maßgabe, daß

- 24 -

- a) von jener Beitragsgrundlage auszugehen ist, die sich unter Berücksichtigung der Pension, einschließlich der Zuschüsse und der Ausgleichszulage, jedoch ausschließlich der Ausgleichszulagenbeziehern gebührenden Zuschläge von 30 S ergäbe, und daß
- b) zum Nachweis des Gesamtbetrages der Einkünfte jede Urkunde, die über die Einkommensverhältnisse des Versicherten ausreichenden Aufschluß geben kann, zugelassen ist.

Vorlage der Einkommensnachweise

§ 19.(1) Die Pflicht- und Selbstversicherten mit Ausnahme der in § 18 Abs.5 genannten Personen sowie der gemäß § 2 Abs.1 Z.3 pflichtversicherten Pensionisten haben bis 31.Dezember eines jeden Kalenderjahres dem Versicherungsträger den für die Feststellung der Beitragsgrundlage für das jeweils nächstfolgende Kalenderjahr maßgebenden rechtskräftigen Einkommensteuerbescheid zur Einsicht vorzulegen.

(2) Kommt der Versicherte seiner Verpflichtung zur Vorlage des Einkommensteuerbescheides nach Abs.1 oder seiner Auskunftspflicht nach § 14 nicht rechtzeitig nach, so hat er, solange er dieser Pflicht nicht nachkommt, unbeschadet der Bestimmung des Abs.3 monatlich einen von der Höchstbeitragsgrundlage (§ 18 Abs.4) bemessenen Beitrag zu leisten. Dies gilt nicht, wenn der rechtskräftige Einkommensteuerbescheid noch nicht vorliegt und aus diesem Grunde innerhalb der in Abs.1 vorgesehenen Frist nicht vorgelegt werden kann. Als vorläufige Beitragsgrundlage ist in diesem Fall bis zur Vorlage des entsprechenden Einkommensnachweises die im vorangegangenen Kalenderjahr in Geltung gestandene Beitragsgrundlage anzunehmen.

(3) Bei nachträglicher Erfüllung der Vorlage und Auskunftspflicht ändert sich die Beitragsgrundlage nach Abs.2

- 25 -

für das laufende Kalenderjahr auf jenen Betrag, der bei rechtzeitiger Erfüllung der Vorlagepflicht zu leisten gewesen wäre. Eine Herabsetzung der Beitragsgrundlage ist jedoch ausgeschlossen, wenn in dem betreffenden Kalenderjahr bereits Leistungen nach Maßgabe der §§ 38 Abs.2 lit.c bzw. 61 Abs.2 bezogen wurden, die auf Grund der nachträglich nachgewiesenen Beitragsgrundlage hinsichtlich ihrer Art oder ihres Ausmaßes nicht zu erbringen gewesen wären.

Höhe der Beiträge

§ 20.(1) Die Höhe des Grundbeitrages ist durch die Satzung mit einem Hundertsatz der Beitragsgrundlage zu bestimmen. Der Hundertsatz ist unter Bedachtnahme auf Abs.2 so festzusetzen, daß mit den sich hieraus ergebenden Beiträgen unter Hinzurechnung der gemäß Abs.5 für die Krankenversicherung der Pensionisten zu leistenden Beiträge der laufende Aufwand gedeckt und weiters die Ansammlung bzw. Erhaltung einer Barreserve in der Höhe des dreifachen durchschnittlichen Monatsaufwandes der letzten zwei Geschäftsjahre sichergestellt erscheint.

(2) Die Höhe des Grundbeitrages darf höchstens 7,5 v.H.der jeweiligen Beitragsgrundlage betragen.

(3) Der Familienbeitrag ist durch die Satzung festzusetzen und darf

1. für die Ehegattin (den Ehegatten) höchstens 50 v.H.,

2. für sonstige Familienangehörige im Sinne des § 10 Abs.2 höchstens 100 v.H.

des Grundbeitrages betragen. Hierbei ist bei Pflichtversicherten nach § 2 Abs.1 Z.3 von einem Grundbeitrag auszugehen, der sich bei Anwendung des im Abs.1

bestimmten Hundertsatzes auf die Pension einschließlich der Zuschüsse und der Ausgleichszulagen jedoch ausschließlich der Ausgleichszulagenempfängern gebührenden Zuschläge von 30 S ergäbe.

(4) Der Beitrag für die Zusatzversicherung (§ 9) ist durch die Satzung festzusetzen. Er darf höchstens 100 v.H. des Grundbeitrages betragen. Die Beiträge sind so festzusetzen, daß mit dem sich hieraus ergebenden Beitragsaufkommen der laufende Aufwand der Zusatzversicherung gedeckt und weiters die Ansammlung bzw. die Erhaltung einer gesonderten Barreserve in der Höhe des dreifachen durchschnittlichen Monatsaufwandes der Zusatzversicherung der letzten zwei Geschäftsjahre sichergestellt erscheint.

(5) Aus den Mitteln der Gewerblichen Selbständigen-Pensionsversicherung ist zur Krankenversicherung der Pensionisten ein Beitrag zu leisten. Er beträgt 9,75 v.H. des für das laufende Geschäftsjahr erwachsenden Aufwandes an Pensionen und Pensionssonderzahlungen, soweit sie an gemäß § 2 Abs.1 Z.3 pflichtversicherte Pensionisten gezahlt werden. Zu den Pensionen und Pensionssonderzahlungen zählen auch die Zuschüsse, nicht jedoch die Ausgleichszulagenbeziehern gebührenden Zuschläge von 30 S und die Ausgleichszulage.

(6) Der Versicherungsträger hat von jeder an eine der im § 2 Abs.1 Z.3 genannten Personen zur Auszahlung gelangende Pension (Pensionssonderzahlung) mit Ausnahme von Waisenpensionen einen Betrag von 4 v.H. ab 1.Jänner 1973 und von 3 v.H. ab 1.Jänner 1974 einzubehalten, wenn und solange sich der in Betracht kommende Pensionist im Inland aufhält. Zu den Pensionen sowie zu den Pensionssonderzahlungen zählen auch die Zuschüsse und die Ausgleichszulagen, nicht jedoch die Ausgleichszulagenbeziehern gebührenden Zuschläge von 30 S. Der Einbehalt ist auch vorzunehmen, wenn sich der Pensionist ständig in einem Staat aufhält, mit dem ein zwischenstaatliches Übereinkommen besteht, das die Krankenversicherung der Pensionisten aus der Gewerblichen Selbständigen-Pensionsversicherung einschließt.

es sei denn, daß das Übereinkommen Gegenteiliges bestimmt.

(7) Bei Pflichtversicherten gemäß § 2 Abs.1 Z.3, die gemäß § 18 Abs.7 eine höhere Beitragsgrundlage gewählt haben, ist auf den sich hienach ergebenden Beitrag der gemäß Abs.6 einzubehaltende Betrag anzurechnen.

- 27 -

Beitragspflicht

§ 21. (1) Versicherte gemäß § 2 Abs.1 Z.1 und 2 sowie Weiter- und Selbstversicherte gemäß §§ 7 und 8 haben für ihre Person den Grundbeitrag zu entrichten.

(2) Versicherte, die gemäß § 9 eine Zusatzversicherung oder gemäß § 10 eine Familienversicherung abgeschlossen haben, haben neben dem Grundbeitrag den Familien- bzw. Zusatzbeitrag (§ 17 Abs.2 Z.2 und 3) zu entrichten.

(3) Für die Dauer des ordentlichen oder ~~außerordentlichen~~ Präsenzdienstes (§ 26 Abs.4 bis Abs.6 und § 52 Abs.1 des Wehrgesetzes) ruht die Beitragspflicht des wehrpflichtigen Versicherten. Der Bund hat für jeden Familienangehörigen, für den eine Familienversicherung abgeschlossen wurde (§ 10), den Familienbeitrag in der bisherigen Höhe, und für jeden Angehörigen gemäß § 36 einen Pauschalbetrag in der Höhe von 80 S monatlich (18,90 S wöchentlich, 2,70 S täglich) zu leisten.

Beginn der Beitragspflicht

§ 22. (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 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.

- 28 -

Ende der Beitragspflicht

§ 23. (1) Bei rechtzeitiger Abmeldung (§ 14) endet die Beitragspflicht gleichzeitig mit der Versicherung, auf der sie beruht.

(2) Bei nicht rechtzeitiger Abmeldung dauert die Beitragspflicht bis zur vorschriftsmäßigen Abmeldung (§ 14), längstens aber für die Dauer von drei Monaten nach dem Ende der Versicherung fort.

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

(4) Der Versicherungsträger kann auf die Weiterentrichtung der Beiträge verzichten und bereits bezahlte Beträge dieser Art zurückerstatten.

Fälligkeit und Einzahlung der Beiträge

§ 24. (1) Die Beiträge sind mit dem Ablauf des Kalendermonates fällig, für den sie zu leisten sind. Der Beitragsschuldner hat auf seine Gefahr und Kosten die Beiträge unaufgefordert einzuzahlen.

(2) Werden die Beiträge für die Beitragsmonate eines Kalendervierteljahres gemeinsam vorgeschrieben, so sind diese Beiträge mit dem Ablauf des zweiten Monates des betreffenden Kalendervierteljahres fällig.

Verzugszinsen

§ 25. Werden die Beiträge nicht innerhalb von elf Tagen nach der Fälligkeit eingezahlt, so sind von diesen rückständigen Beiträgen Verzugszinsen in der

- 29 -

Höhe von 6,6 v.H. zu entrichten. § 108 Abs.3 der Bundesabgabenordnung, BGBl.Nr.194/1961, gilt entsprechend. Für die Berechnung der Verzugszinsen können die rückständigen Beiträge auf volle 10 S abgerundet werden. In Berücksichtigung der wirtschaftlichen Lage des Beitragsschuldners kann der Versicherungsträger die Verzugszinsen herabsetzen oder nachsehen. Die Verzugszinsen können überdies nachgesehen werden, wenn sie für die Beiträge eines Beitragsmonates den Betrag von 10 S nicht übersteigen und die Nachsicht der Verwaltungseinfachung dient.

- 30 -

Verfahren zur Eintreibung der Beiträge

§ 26. (1) Dem Versicherungsträger ist zur Eintreibung nicht rechtzeitig entrichteter Beiträge die Einbringung im Verwaltungswege gewährt (§ 3 Abs.3 Verwaltungsvollstreckungsgesetz 1950).

(2) Der Versicherungsträger hat zur Eintreibung nicht rechtzeitig entrichteter Beiträge einen Rückstandsausweis auszufertigen. Dieser Ausweis hat den Namen und die Anschrift des Beitragsschuldners, den rückständigen Betrag, die Art des Rückstandes samt Nebengebühren, den Beitragszeitraum, auf den die rückständigen Beiträge entfallen, allenfalls vorgeschriebene Verzugszinsen und sonstige Nebengebühren sowie den Vermerk des Versicherungsträgers zu enthalten, daß der Rückstandsausweis einem die Vollstreckbarkeit hemmenden Rechtszug nicht unterliegt. Der Rückstandsausweis ist Exekutionstitel im Sinne des § 1 der Exekutionsordnung.

(3) Vor Ausstellung eines Rückstandsausweises ist der rückständige Betrag einzumahnen. Die Bestimmungen des § 227 Abs.2 und Abs.3 und des § 228 der Bundesabgabenordnung, BGBl.Nr. 194/1961, sind entsprechend anzuwenden.

(4) Als Nebengebühren kann der Versicherungsträger 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. All-

- 31 -

fällige Anwaltskosten des Verfahrens zur Eintreibung der Beiträge dürfen nur insoweit beansprucht werden, als sie im Verfahren über Rechtsmittel auflaufen. Die vorgeschriebenen und eingehobenen Verwaltungskostenersätze verbleiben dem Versicherungsträger.

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

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

(2) Bei der Zwangsverwaltung von Betriebsliegenschaften sowie bei der Zwangsverwaltung oder Zwangsverpachtung von gewerblichen Unternehmungen, Handelsbetrieben und ähnlichen wirtschaftlichen Unternehmungen sind rückständige Beiträge aus dem letzten Jahr 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).

- 32 -

Sicherung der Beiträge

§ 28. 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 der Versicherungsträger tritt. Gegen den Sicherstellungsauftrag ist das Rechtsmittel des Einspruches (§ 412 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes) gegeben.

Verjährung

§ 29. (1) Das Recht auf Feststellung der Verpflichtung zur Zahlung von Beiträgen verjährt binnen zwei Jahren vom Tage der Fälligkeit der Beiträge (§ 24). Hat der Versicherte über sein Versicherungsverhältnis oder das seiner mitversicherten Familienangehörigen (§ 10) keine oder bewußt unwahre Angaben oder über seine Einkommensverhältnisse (§ 18) keine oder bewußt unwahre Angaben erstattet, so verjährt das Recht auf Feststellung der Verpflichtung zur Nachzahlung der Beiträge binnen sieben Jahren vom Tage ihrer Fälligkeit. Die Verjährung des Feststellungsrechtes wird durch jede zum Zwecke der Feststellung getroffene Maßnahme in dem Zeitpunkt unterbrochen, in dem der Zahlungspflichtige hievon in Kenntnis gesetzt wird.

(2) Das Recht auf Einforderung festgestellter Beitragsschulden verjährt binnen 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 Zahlungsaufforderung (Mahnung) unterbrochen;

- 33 -

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

§ 30. (1) Zu Ungebühr entrichtete Beiträge können innerhalb zweier Jahre nach der Zahlung zurückgefordert werden. Wird die Ungebührlichkeit der Entrichtung der Beiträge durch den Versicherungsträger 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.

- 34 -

Verwendung der Mittel

CONCLUSIONS

- 35 -

ZWEITER TEIL:

Leistungen

Abschnitt I

Allgemeine Bestimmungen

Umfang der Leistungen

§ 32. (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 (§§ 55 bis 64);
2. aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft:
Mutterschaftsleistungen (§ 67);
3. aus dem Versicherungsfall des Todes:
Begräbniskostenbeitrag (§ 69).

Zur Inanspruchnahme der Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit und der Mutterschaft werden auch die notwendigen Reise (Fahrt-) und Transportkosten (§ 68) gewährt.

(2) Überdies können Leistungen der erweiterten Heilbehandlung (§ 65) sowie Leistungen zur Verhütung des Eintrittes und der Verbreitung von Krankheiten (§ 66) als freiwillige Leistungen gewährt werden.

(3) Bei Bestand einer Zusatzversicherung (§ 9) werden Leistungen nach Maßgabe der Bestimmungen der §§ 70 bis 75 gewährt.

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

- 36 -

Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes) handelt.

Eintritt des Versicherungsfalles

§ 33. 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

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

1. Pflichtleistungen;
2. freiwillige Leistungen.

(2) Pflichtleistungen sind Leistungen, auf die ein Rechtsanspruch 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.

- 37 -

Die Satzung kann die Gewährung der freiwilligen Leistungen von der Zurücklegung einer Versicherungszeit beim Versicherungsträger, die mit höchstens zwölf Monaten festgesetzt werden darf, abhängig machen.

Anspruchsberechtigung

§ 35. (1) Die Anspruchsberechtigung der Pflicht- und Weiterversicherten (§§ 2 und 7) für sich sowie für ihre mitversicherten Familienangehörigen (§ 10) und für ihre Angehörigen (§ 36) auf Pflichtleistungen der Krankenversicherung entsteht, soweit auf Grund des § 45 nichts anderes bestimmt wird, mit dem Beginn der Versicherung.

(2) Die Anspruchsberechtigung der Selbstversicherten (§ 8) für sich, für ihre mitversicherten Familienangehörigen (§ 10) und für ihre Angehörigen (§ 36) auf Pflichtleistungen der Krankenversicherung entsteht zwei Monate nach Beginn der Selbst(Familien)versicherung. Erleidet der Versicherte (Angehörige) jedoch vor Ablauf dieser Frist einen Unfall, so besteht auch für diesen Versicherungsfall ab seinem Eintritt ein Anspruch auf die hierfür zu erbringenden Leistungen.

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

(4) Die Anspruchsberechtigung auf Leistungen für mitversicherte Familienangehörige (§ 10) und für Angehörige (§ 36) steht, soweit in diesem Bundesgesetz nichts anderes bestimmt wird, den Versicherten (§§ 2, 7 und 8) zu.

- 38 -

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

(6) Für Pflichtversicherte (§ 2), für deren mitversicherte Familienangehörige (§ 10) und für Angehörige (§ 36) besteht über das Ende der Versicherung hinaus ein Anspruch 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.

(7) Für die Dauer des ordentlichen oder außerordentlichen Präsenzdienstes (§ 28 und § 52 Abs.1 des Wehrgesetzes) ruht der Anspruch des Wehrpflichtigen bzw. für den Wehrpflichtigen auf Leistungen nach diesem Bundesgesetz.

Anspruchsberechtigung für Angehörige

§ 36. (1) Anspruch auf die Leistungen der Krankenversicherung besteht für Angehörige,

- 1. wenn sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben und

- 39 -

2. wenn sie weder nach der Vorschrift dieses Bundesgesetzes noch nach anderer gesetzlicher Vorschrift krankenversichert sind und auch für sie seitens einer Krankenfürsorgeeinrichtung eines öffentlich-rechtlichen Dienstgebers Krankenfürsorge nicht vorgesehen ist.

(2) Als Angehörige gelten, unbeschadet der Bestimmungen des Abs.7

1. die ehelichen Kinder, die legitimierten Kinder und die Wahlkinder,
2. die unehelichen Kinder einer weiblichen Versicherten,
3. die unehelichen Kinder eines männlichen Versicherten, wenn seine Vaterschaft im Verfahren außer Streitsachen oder in einem sonst hiefür gesetzlich vorgesehenen Verfahren anerkannt oder im Prozeßweg gerichtlich festgestellt worden ist,
4. die Stiefkinder und Enkel, wenn sie vom Versicherten überwiegend erhalten werden,
5. die Pflegekinder, wenn sie vom Versicherten unentgeltlich gepflegt werden,

die unter Z.1 bis Z.3 angeführten Kinder jedoch nur, wenn sie gegenüber dem Versicherten, im Falle des § 7 Abs.3 lit.c gegenüber dem aus der Pflichtversicherung ausgeschiedenen Vater, unterhaltsberechtigt sind, die unter Z.4 und 5 angeführten Kinder (Enkel), 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.

(3) 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

- 40 -

nach Auflösung oder Nichtigkeitserklärung der sie begründenden Ehe weiter.

(4) Kinder und Enkel (Abs.2 Z.1 bis 5) gelten als Angehörige bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Über diesen Zeitpunkt hinaus gelten sie als Angehörige, 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 26. Lebensjahres, wird während dieser Zeit der Präsenzdienst absolviert, bis zur Vollendung des 27. 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.

(5) 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.2 Z.2 und 3 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.

- 41 -

(6) Kommt eine mehrfache Angehörigeneigenschaft nach Abs.2 in Betracht, so wird die Leistung nur einmal gewährt. Leistungspflichtig ist der Versicherungsträger, bei dem die Leistung zuerst in Anspruch genommen wird.

(7) Bei den nach § 2 Abs.1 Z.3 pflichtversicherten Pensionisten gilt auch die Ehegattin (der erwerbsunfähige und unterhaltsberechtigzte Ehegatte) unter den Voraussetzungen des Abs.1 als Angehörige(r).

- 42 -

Sonderregelung für Pensionisten

§ 37. Ist der Pensionist (§ 2 Abs.1 Z.3, ein mitversicherter Familienangehöriger (§ 10) bzw. ein Angehöriger (§ 36) des Pensionisten in einer Versorgungsanstalt oder in einer Anstalt der allgemeinen Fürsorge, in der er im Rahmen seiner gesamten Betreuung Krankenbehandlung erhält, untergebracht, so besteht während der Dauer dieser Unterbringung für seine Person kein Anspruch auf die Leistungen aus der Krankenversicherung. Dies gilt nicht für den Anspruch auf Begräbniskostenbeitrag.

Art der Leistungserbringung

§ 38. (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 § 39, beziehungsweise bei Heilmitteln durch Kostenersätze im Ausmaß von 80 v.H. der Kosten nach der für Privatbezieher geltenden Arzneitaxe abzüglich der Rezeptgebühr;
- c) wenn kein Anspruch auf Sachleistung gegeben ist, durch Kostenersätze nach einem Vergütungstarif, der einen Bestandteil der Satzung darstellt, bis zur Höhe von 80 v.H. der dem Versicherten für die jeweilige Leistung erwachsenen Kosten, beziehungsweise bei Heilmitteln durch Kostenersätze im Ausmaß von 80 v.H. der Kosten nach der für Privatbezieher geltenden Arzneitaxe, abzüglich des Betrages der Rezeptgebühr (§ 57 Abs.3), die im Falle einer Sachleistung zu entrichten wäre.

(3) Sachleistungen sind Leistungen, die vom Versicherungsträger durch einen Vertragspartner gegen direkte Verrechnung der vertragsmäßigen Kosten oder durch eine eigene Einrichtung 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.

- 44 -

Kostenbeteiligung

§ 39. (1) Für die vom Versicherungsträger gewährten Sachleistungen mit Ausnahme der Anstaltspflege hat der Versicherte, soweit in diesem Bundesgesetz nichts anderes bestimmt wird, 20 v.H. der dem Versicherungsträger erwachsenen Kosten als Kostenanteil zu ersetzen.

(2) Im Falle einer Geldleistung im Sinne der Bestimmungen des § 38 Abs.2 lit.b ist der Kostenanteil vom Erstattungsbetrag in Abzug zu bringen.

(3) Der Kostenanteil für Sachleistungen ist nachträglich einzuheben. Er ist längstens innerhalb eines Monats nach erfolgter Vorschreibung einzuzahlen. Der Kostenanteil kann, wenn dies der Verwaltungsvereinfachung dient, auch gemeinsam mit den Beiträgen vorgeschrieben werden. In diesem Fall wird er mit dem Beitrag fällig. Im übrigen gelten die Bestimmungen der §§ 25 bis 30 entsprechend.

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

(5) Bei anzeigepflichtigen übertragbaren Krankheiten darf ein Kostenanteil nicht eingehoben werden. Der Versicherungsträger kann bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des Versicherten von einer Kostenbeteiligung absehen.

Leistungen bei mehrfacher Versicherung

§ 40. (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.

- 45 -

(2) Hat ein Versicherter im Falle der Anstaltspflege Anspruch auf Leistungen gemäß § 61 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, vom Versicherungsträger zusätzlich zu gewähren.

ABSCHNITT II

Leistungsansprüche

Entstehen der Leistungsansprüche

§ 41. Die Ansprüche auf die Leistungen der Krankenversicherung entstehen in dem Zeitpunkt, in dem die hiefür vorgesehenen Voraussetzungen erfüllt werden.

Anfall der Leistungen

§ 42. Die sich aus den Leistungsansprüchen ergebenden Leistungen fallen mit dem Entstehen des Anspruches (§ 41) an.

Verschollenheit

§ 43. (1) Die Verschollenheit ist bei der Anwendung der Bestimmungen dieses Bundesgesetzes dem Tode gleichzuhalten. Als verschollen gilt hiebei, wessen Aufenthalt länger als ein Jahr unbekannt ist, ohne daß Nachrichten darüber vorliegen, ob er in dieser Zeit noch gelebt hat oder gestorben ist, sofern nach den Umständen hiedurch ernstliche Zweifel an seinem Fortleben begründet werden. Als verschollen gilt nicht, wessen Tod nach den Umständen nicht zweifelhaft ist.

(2) Als Todestag ist der Tag anzunehmen, den der Verschollene nach den Umständen wahrscheinlich nicht überlebt hat, spätestens der erste Tag nach Ablauf des Jahres, während dessen keine Nachrichten im Sinne des Abs.1 mehr eingelangt sind.

- 46 -

(3) Wurde in einem gerichtlichen Todeserklärungsverfahren als Zeitpunkt des Todes ein früherer Zeitpunkt als der nach Abs.2 anzunehmende Zeitpunkt festgestellt, so gilt der im gerichtlichen Verfahren festgestellte Zeitpunkt als Todestag.

Verwirkung des Leistungsanspruches

§ 44. Leistungsansprüche gelten als verwirkt:

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

Ruhe der Leistungsansprüche

§ 45. (1) Die Leistungsansprüche ruhen für die Dauer der Verbüßung einer Freiheitsstrafe, der Anhaltung in einer Bundesanstalt für Erziehungsbedürftige (§ 4 des Jugendgerichtsgesetzes 1961) oder in einem Arbeitshaus oder der Untersuchungshaft.

- 47 -

(2) Hat ein Versicherter, dessen Leistungsanspruch ruht, im Inland mitversicherte Familienangehörige (§ 10) oder Angehörige nach § 36, so sind die für diese Angehörigen vorgesehenen Leistungen zu gewähren. Diese Leistungen gebühren für Angehörige nicht, deren Mitschuld oder Teilnahme an der strafbaren Handlung, die die Freiheitsstrafe oder die Anhaltung verursacht hat, durch rechtskräftiges Erkenntnis des Strafgerichtes oder durch rechtskräftigen Bescheid einer Verwaltungsbehörde festgestellt ist. § 44 lit.c letzter Halbsatz gilt entsprechend.

Übertragung, Verpfändung und Pfändung von Leistungsansprüchen

§ 46. (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 des Versicherungsträgers seine Ansprüche auf Geldleistungen auch in anderen als den im Abs.1 angeführten Fällen ganz oder teilweise rechtswirksam übertragen; der Versicherungsträger 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 Entbindungsbeitrag und der Begräbniskostenbeitrag können nur in den im Abs.1.Z.1 angeführten Fällen übertragen oder verpfändet werden.

- 48 -

(4) Von den dem Anspruchsberechtigten zustehenden Geldleistungen kann nur das Wochengeld 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 Höherer 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

§ 47. 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

§ 48. 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

§ 49. 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.

- 49 -

Verfall von Leistungsansprüchen infolge Zeitablaufes

§ 50. 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.

- 50 -

Aufrechnung

§ 51. Der Versicherungsträger darf auf die von ihm zu erbringenden Geldleistungen aufrechnen:

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

Auszahlung von Leistungen

§ 52. Geldleistungen aus der Krankenversicherung sind im nachhinein auszuzahlen. Die Auszahlung soll innerhalb von vier Wochen nach der Geltendmachung erfolgen. Die auszuzahlenden Beträge können auf zehn Groschen in der Weise gerundet werden, daß Beträge unter fünf Groschen unberücksichtigt bleiben und solche von fünf oder mehr Groschen als zehn Groschen gerechnet werden.

Zahlungsempfänger

§ 53. 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 § 99 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 gesetzlichen Vertreter empfangsberechtigt.

Rückforderung zu Unrecht erbrachter Leistungen

§ 54. (1) Der Versicherungsträger hat zu Unrecht erbrachte Geldleistungen sowie den Aufwand für zu Unrecht erbrachte Sachleistungen zurückzufordern, wenn der Zahlungsempfänger (§ 53) den Bezug (die Erbringung) durch bewußt unwahre Angaben, bewußtes Verschweigen maßgebender Tatsachen oder Verletzung der Meldevorschriften und der Auskunftspflicht (§§ 14 bis 16) herbeigeführt hat oder wenn der Zahlungsempfänger (§ 53) erkennen mußte, daß die Leistung nicht oder nicht in dieser Höhe gebührte.

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

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

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

(4) Zur Eintreibung der Forderung des Versicherungsträgers auf Grund der Rückforderungsbescheide ist dem Versicherungsträger die Einbringung im Verwaltungswege gewährt (§ 3 Abs.3 Verwaltungsvollstreckungsgesetz 1950).

ABSCHNITT III

Leistungen im besonderen

1. Unterabschnitt

Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit

§ 55. (1) Der Versicherungsfall der Krankheit umfaßt:

- a) Krankenbehandlung, das ist ärztliche Hilfe, Versorgung mit Heilmitteln und Heilbehelfen sowie

- 52 -

Hilfe bei körperlichen Gebrechen (§§ 56, 57, 58);

- b) Zahnbehandlung und Zahnersatz (§ 59);
- c) Anstaltspflege (§§ 60 bis 62) an Stelle der ärztlichen Hilfe und Versorgung mit Heilmitteln;
- d) Hauspflege (§ 64) an Stelle der Anstaltspflege.

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

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

(4) Für Angehörige (§ 36), die sonst einen gesetzlichen Anspruch auf Krankenbehandlung haben, besteht kein Anspruch auf die Leistungen der Krankenbehandlung nach diesem Bundesgesetz.

Ärztliche Hilfe

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

(2) Besondere Untersuchungen, ambulant durchzuführende Operationen und Behandlungen sowie physikalische Heilbehandlung werden auch durch öffentliche Krankenanstalten und Kuranstalten gewährt.

(3) Bei Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe als Sachleistung hat der Erkrankte die Anspruchsberechtigung nachzuweisen.

- 53 -

Heilmittel

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

(2) Die Heilmittel umfassen

- a) die notwendigen Arzneien und
- b) die sonstigen Mittel, die zur Beseitigung oder Linderung der Krankheit oder zur Sicherung des Heilerfolges dienen,

soweit sie von Ärzten verschrieben und in Apotheken beziehungsweise von Hausapotheken führenden Ärzten bezogen werden.

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

(4) Bei anzeigepflichtigen übertragbaren Krankheiten darf eine Rezeptgebühr nicht eingehoben werden. Der Versicherungsträger kann bei Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit des Versicherten von der Einhebung der Rezeptgebühr absehen.

- 54 -

Heilbehelfe und Hilfe bei körperlichen Gebrechen

§ 58. (1) Brillen, orthopädische Schuheinlagen, Bruchbänder und sonstige notwendige Heilbehelfe und Hilfsmittel sind dem Versicherten als Pflichtleistung in einfacher und zweckmäßiger Ausfertigung zu gewähren, wenn deren Kosten den Betrag von 600 S nicht übersteigen.

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

(3) Für Heilbehelfe und Hilfsmittel, die nur vorübergehend gebraucht werden und nach ihrer Art ohne gesundheitliche Gefahren von mehreren Personen benützt werden können, wie zum Beispiel Krücken, Krankenfahrstühle, kann die Satzung bestimmen, daß diese auch leihweise durch den Versicherungsträger beziehungsweise durch Vertragsstellen zur Verfügung gestellt werden können; er kann auch eine Vergütung angefallener Leihgebühren vorsehen.

(4) Die Instandsetzungskosten notwendiger Heilbehelfe und Hilfsmittel sind vom Versicherungsträger bis zur Hälfte der Kosten zu übernehmen, die dem Versicherungsträger bei Neuanschaffung des Heilbehelfes oder des Hilfsmittels entstehen würden.

(5) Die Satzung hat unter Bedachtnahme auf die Abnützung bei ordnungsmäßigem Gebrauch eine Gebrauchsdauer für Heilbehelfe und Hilfsmittel festzusetzen.

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

- 55 -

2. UNTERABSCHNITT

Zahnbehandlung und Zahnersatz

§ 59. (1) Pflichtleistungen sind

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

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

(3) Zahnbehandlung und Zahnersatz sind durch freiberuflich tätige Fachärzte für Zahnheilkunde und Dentisten sowie durch öffentliche Krankenanstalten nach Maßgabe der Bestimmungen der Satzung zu gewähren.

(4) Bei der Inanspruchnahme der Zahnbehandlung oder des Zahnersatzes als Sachleistung ist die Anspruchsberechtigung nachzuweisen.

3. UNTERABSCHNITT

Anstaltspflege, Hauspflege

Umfang und Dauer der Anstaltspflege

§ 60. (1) An Stelle der ärztlichen Hilfe (§ 56) und der Versorgung mit Heilmitteln (§ 57) ist Anstaltspflege in Krankenanstalten im Sinne des Krankenanstaltengesetzes, BGBl. Nr.1/1957, als Pflichtleistung ohne zeitliche Begrenzung zu gewähren, wenn und solange es die Krankheit erfordert.

- 56 -

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

(3) Die stationäre Behandlung von Erkrankungen an Tuberkulose gilt nur dann als Anstaltspflege, wenn eine solche Behandlung in allgemeinen Krankenanstalten (§ 2 Abs.1 Z.1 Krankenanstaltengesetz) durchgeführt oder vertraglich (§ 62) als Anstaltspflege anerkannt wird.

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

Kostentragung und Kostenersatz an Versicherte bei Anstaltspflege

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

(2) Für Versicherte, die ärztliche Hilfe nur in Form von Geldleistungen gemäß § 38 Abs.2 lit.c erhalten, kann die Satzung bestimmen, daß im Falle der Wahl einer Krankenanstalt ohne allgemeine Gebührenklasse oder der Wahl einer höheren Gebührenklasse (Zahlstock) folgende Leistungen gewährt werden:

- a) Verpflegskostenersatz in Höhe der Pflegegebühren für Selbstzahler der allgemeinen Gebührenklasse der vom Versicherten gewählten Krankenanstalt oder, falls diese keine allgemeine Gebührenklasse führt, der nächstgelegenen geeigneten Krankenanstalt, die eine solche Gebührenklasse führt und
- b) Kostenersatz für Operationen und Sondergebühren in sinngemäßer Anwendung der für die ärztliche Hilfe (§ 56) und Heilmittel (§ 57) geltenden Bestimmungen nach einem Vergütungstarif, der einen Bestandteil der Satzung darstellt. Im Vergütungstarif können auch Pauschalsätze festgelegt werden. Diese Leistungen dürfen 80 v.H. der in Rechnung gestellten Beträge nicht überschreiten.

- 57 -

Beziehungen zu den öffentlichen Krankenanstalten

§ 62. Grundsatzbestimmung. Für die Regelung der Beziehungen des Versicherungsträgers zu den öffentlichen Krankenanstalten sind die Bestimmungen des § 148 Z.1 und 3 bis 7 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes entsprechend anzuwenden. Die den öffentlichen Krankenanstalten nach Maßgabe dieser Bestimmungen gebührenden Verpflegskostenersätze sind vom Versicherungsträger zu entrichten.

Aufnahme in nichtöffentliche Krankenanstalten

§ 63. (1) Der Erkrankte kann auch in eine sonstige nicht-öffentliche Krankenanstalt aufgenommen werden, mit der der Versicherungsträger 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 des Versicherungsträgers zu den nichtöffentlichen Krankenanstalten sind die Bestimmungen des § 149 Abs.2 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes entsprechend anzuwenden. Die den nichtöffentlichen Krankenanstalten gebührenden Verpflegskostenersätze sind vom Versicherungsträger zu entrichten.

Hauspflege

§ 64. 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 der Versicherungsträger mit Zustimmung des Erkrankten oder des gesetzlichen Vertreters Hauspflege durch vom Versicherungsträger beizustellende Pflegepersonen oder durch Leistung von Zuschüssen zu den Kosten für eine Pflegeperson als freiwillige Leistung gewähren. Die Hauspflege kann auch gewährt werden, wenn ein sonstiger wichtiger Grund hiefür vorliegt.

4. UNTERABSCHNITT

Erweiterte Heilbehandlung, Krankheitsverhütung

Erweiterte Heilbehandlung

§ 65. (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

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

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

- 59 -

(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) Der Versicherungsträger kann die im Abs.1 bezeichneten Maßnahmen auch dadurch treffen, daß er sich an Einrichtungen der Gesundheitsfürsorge, die den gleichen Zwecken dienen, beteiligt. Abs.2 gilt entsprechend.

5. UNTERABSCHNITT

Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft

Umfang des Versicherungsschutzes und Leistungsarten

§ 67. (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 § 56 zu gewähren.

(3) Heilmittel, Heilbehelfe und Hilfsmittel sind in sinngemäßer Anwendung der Bestimmungen der §§ 57 und 58 zu gewähren.

(4) Hebammenbeistand und ärztlicher Beistand bei der Entbindung sind in sinngemäßer Anwendung der Bestimmungen des § 56 zu gewähren.

- 60 -

(5) Für die Entbindung ist Pflege in einer Krankenanstalt für längstens zehn Tage in sinngemäßer Anwendung der Bestimmungen der §§ 60 bis 63 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 Beitragsgrundlage betragen. Bei gleichzeitiger Entbindung von mehr als einem Kind erhöht sich der Entbindungsbeitrag für das zweite und jedes weitere Kind um je 100 v.H. Der Entbindungsbeitrag ist gegen Beibringung einer standesamtlichen Geburtsbestätigung auszus zahlen.

6. UNTERABSCHNITT

Reise(Fahrt)- und Transportkosten

§ 68. (1) Zur Inanspruchnahme der Pflichtleistungen der Krankenversicherung nach diesem Bundesgesetz, die aus dem Versicherungsfall der Krankheit und der Mutterschaft (§ 32 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 bzw. Angehörigen nach § 36 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

- 61 -

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 vom Versicherungsträger die Beförderungskosten zur nächstgelegenen geeigneten Behandlungsstelle als Pflichtleistung zu übernehmen.

(4) Sofern im Falle einer zu gewährenden Anstalts-pflge 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 vom Versicherungsträger bis zu einem Betrag von 600 S als Pflichtleistung zu übernehmen. Das gleiche gilt hinsichtlich der Übernahme der notwendigen Kosten des Transportes von der Unfallstelle bis zur Wohnung. Durch die Satzung kann der Betrag von 600 S bis auf das Vierfache erhöht werden.

(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 Heilstättenpflge (§ 65 Abs.1 Z.3) die Übernahme von Reise (Fahrt)- und Transportkosten als freiwillige Leistung vorgesehen werden.

- 62 -

7. UNTERABSCHNITT

Leistungen aus dem Versicherungsfall des Todes

Begräbniskostenbeitrag

§ 69. (1) Beim Tod eines Versicherten, eines mitversicherten Familienangehörigen (§ 10) bzw. Angehörigen (§ 36) 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 Beitragsgrundlage betragen.

(3) Beim Tod eines mitversicherten Familienangehörigen (§ 10) bzw. Angehörigen (§ 36) 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, die Wahlkinder und der Stiefkinder, der Vater, die Mutter, die Geschwister bezugsberechtigt, wenn sie mit dem Verstorbenen zur Zeit seines Todes in häuslicher Gemeinschaft gelegt haben. Fehlen solche Berechtigte, so verbleibt der Überschuß dem Versicherungsträger.

(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 in Abs. 3 bezeichneten Angehörigen in der dort angeführten Reihenfolge.

- 63 -

ABSCHNITT IV

Leistungen bei Bestand einer Zusatzversicherung

Umfang der Leistungen; Anspruchsberechtigung

§ 70. (1) Die Leistungen der Zusatzversicherung umfassen bei Bestand einer Zusatzversicherung auf Kranken-, Tag- und Wochengeld (§ 9)

1. Krankengeld gemäß § 71,
2. Taggeld gemäß § 73 Abs.1 und 2;
3. Wochengeld gemäß § 74.

(2) Die Anspruchsberechtigung auf Leistungen nach Abs.1 Z. 1 und 2 entsteht nach Ablauf von zwei Monaten, die Anspruchsberechtigung auf Leistungen nach Abs.1 Z.3 erst nach Ablauf von 9 Monaten nach Beginn der Zusatzversicherung. Die Anspruchsberechtigung auf Leistungen der Zusatzversicherung endet mit dem Ende der Zusatzversicherung.

- 64 -

Krankengeld

§ 71.(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 dem Versicherungsträger 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.

- 65 -

(7) Das tägliche Krankengeld wird durch die Satzung festgesetzt und darf 80 v.H. der Beitragsgrundlage (§ 18), geteilt durch 30, nicht überschreiten. Die Satzung kann ein Mindestkrankengeld festsetzen, das 20 S nicht unterschreiten darf.

Ruhen des Anspruches auf Krankengeld

§ 72. (1) Der Anspruch auf Krankengeld ruht:

1. solange die Arbeitsunfähigkeit dem Versicherungsträger nicht gemeldet ist;
2. solange sich der Versicherte in Anstaltspflege befindet oder wenn der Versicherte auf Rechnung eines Versicherungsträgers oder des Landesinvalidenamtes einen Genesungs-, Erholung- 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.

- 66 -

Taggeld

§ 73. (1) Solange das Krankengeld gemäß § 72 Abs.1 Z.2 ruht, gebührt an Stelle des Krankengeldes ein Taggeld. Das Taggeld ist mindestens in der Höhe des sich aus § 71 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

§ 74. (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. Die Frist nach der Entbindung verlängert sich jedoch in jedem Fall bis zu dem Zeitpunkt, in dem unter der Annahme der Geltung der Vorschriften des Mutterschutrechtes ein Beschäftigungsverbot enden würde.

(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 § 71 Abs.7 ergebenden Krankengeldes zu gewähren.

- 67 -

Zusammentreffen von Ansprüchen auf
Wochengeld und Krankengeld beziehungsweise
Taggeld

§ 75. 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 gemäß § 70 Abs.2 noch nicht gegeben, so ruht für die Zeiten nach § 74 Abs.1 auch der Anspruch auf Krankengeld bzw. Taggeld, wenn die Arbeitsunfähigkeit herbeiführende Erkrankung mit der Schwangerschaft oder der Entbindung in ursächlichem Zusammenhang steht.

- 68 -

DRITTER TEIL

Beziehungen des Trägers der Gewerblichen Selbständigenkrankenversicherung zu anderen Sozialversicherungsträgern, zum Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger zu den Fürsorgeträgern und zu den Vertragspartnern; Ersatzansprüche; Verfahren; Krankenordnung

ABSCHNITT I

Beziehungen des Trägers der Gewerblichen Selbständigenkrankenversicherung zu anderen Sozialversicherungsträgern

Ersatzansprüche des Versicherungsträgers

§ 76. (1) Der Versicherungsträger hat 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 ihm 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 dem Versicherungsträger den jeweiligen Aufwand für die erbrachten Leistungen nach Maßgabe der Bestimmungen des § 78 zu ersetzen.

(2) Der Versicherungsträger hat 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.

- 69 -

Ersatzansprüche der Träger der Unfallversicherung

§ 77. (1) Der Versicherungsträger hat 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 Berufskrankheit für Leistungen der Krankenbehandlung des Versicherten erbracht haben, nach Maßgabe der Bestimmungen des § 78 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 der Versicherungsträger die Aufwendungen zu ersetzen, soweit sie nicht über die Aufwendungen für die entsprechenden Leistungen der Krankenversicherung hinausgehen.

Ausmaß des Ersatzanspruches zwischen dem Träger der Gewerblichen Selbständigenkrankenversicherung und den Unfallversicherungsträgern

§ 78. (1) Als Ersatz nach § 76 Abs.1 und § 77 Abs.1 ist hinsichtlich der Krankenbehandlung für jeden Kalendertag der Behandlungszeit zu leisten:

- a) bei einer als Anstaltspflege gewährten Krankenbehandlung (Unfallheilbehandlung) der für den Versicherungsträger 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 Versicherungsträger und den Trägern der Unfallversicherung abzuschließen ist, durchgeführt werden.

Geltendmachung des Ersatzanspruches

§ 79. (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.

- 71 -

Sonstige Ersatzansprüche der Versicherungsträger untereinander

§ 80. 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 des Versicherungsträgers zu den Fürsorgeträgern

Pflichten der Fürsorgeträger

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

Ersatzansprüche der Fürsorgeträger

§ 82. (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 der Versicherungsträger dem Fürsorgeträger die von diesem geleisteten Unterstützungen gemäß den Bestimmungen des § 83 zu ersetzen, jedoch nur bis zur Höhe der Versicherungsleistung, auf die der Unterstützte während dieser Zeit Anspruch hat und soweit dem Versicherungsträger 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.

- 72 -

(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

§ 83. (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 den Versicherungsträger 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

§ 84. Der Versicherungsträger hat die Beträge, die er zur Befriedigung von Ersatzansprüchen der Fürsorgeträger für erbrachte Geldleistungen (§§ 82 und 83) aufgewendet hat, von den Geldleistungen im Sinne der Bestimmungen des § 38 Abs.2 lit. a abzuziehen. Für den Abzug bedarf es nicht der Zustimmung des Unterstützten.

- 73 -

Frist für die Geltendmachung des Ersatzanspruches

§ 85. (1) Der Ersatzanspruch des Fürsorgeträgers für Sachleistungen ist ausgeschlossen, wenn er nicht spätestens sechs Monate nach Ablauf der Fürsorgeleistung beim Versicherungsträger 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 § 38 Abs.2 lit. a Kenntnis erhält, innerhalb von 14 Tagen nach diesem Zeitpunkt dem Versicherungsträger 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 den Versicherungsträger benachrichtigt worden ist.

(3) Der Ersatzanspruch des Fürsorgeträgers für Geldleistungen ist für eine Zeit ausgeschlossen, für die eine Geldleistung im Sinne des § 38 Abs.2 lit. a fällig geworden ist, wenn der Fürsorgeträger nach einer gemäß Abs.2 Z.1 erstatteten Anzeige vom Anfall dieser Geldleistung durch den Versicherungsträger benachrichtigt worden ist.

- 74 -

Abschnitt III

Beziehungen des Trägers der Gewerblichen
Selbständigenkrankenversicherung zu den
Ärzten, Dentisten, Hebammen, Apothekern,
Krankenanstalten und anderen Vertragspartnern

1. Unterabschnitt

Gemeinsame Bestimmungen

Regelung durch Verträge

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

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

2. Unterabschnitt

Beziehungen des Versicherungsträgers
zu den Ärzten

Bundes-Ärzteausschuß

§ 87. Der gemäß § 340 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes eingerichtete Bundes-Ärzteausschuß hat auch grundsätzliche Fragen, welche die Beziehungen zwischen dem Versicherungsträger und den freiberuflich tätigen Ärzten betreffen, insbesondere die gemäß § 86 abzuschließenden Gesamtverträge, zu beraten.

Gesamtvertrag

§ 88. (1) Die Beziehungen zwischen dem Versicherungsträger und den freiberuflich tätigen Ärzten werden durch Gesamtverträge geregelt, die für den Versicherungsträger durch den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger mit den örtlich zuständigen Ärztekammern abzuschließen sind. Die Gesamtverträge bedürfen der Zustimmung des Versicherungsträgers. 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 dem Versicherungsträger und dem Arzt abzuschließenden Einzelvertrages. Vereinbarungen zwischen dem Versicherungsträger und dem Arzt im Einzelvertrag sind rechtsunwirksam, insoweit sie gegen den Inhalt eines für den Niederlassungsort des Arztes geltenden Gesamtvertrages verstoßen.

Inhalt der Gesamtverträge

§ 89. (1) Die zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 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;

- 76 -

4. die Ausstellung von Bescheinigungen, die für die Durchführung der Gewerblichen Selbständigen-krankenversicherung erforderlich sind;
5. die Zusammenarbeit der Vertragsärzte mit dem beim Versicherungsträger eingerichteten chef- und kontroll-ärztlichen Dienst;
6. die Kündigung und Auflösung des Gesamtvertrages;
7. die Verlautbarungen 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

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

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

1. der Auflösung des Versicherungsträgers;
2. des Wirksamwerdens gesetzlicher Vorschriften, durch die die Tätigkeit des Versicherungsträgers entweder eine örtliche oder eine sachliche Einschränkung erfährt, in deren Folge die Tätigkeit als Vertragsarzt nicht mehr in Frage kommt;

- 77 -

3. des Todes des Vertragsarztes, wobei die bis zu diesem Zeitpunkt erworbenen Honoraransprüche 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) Der Versicherungsträger 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 des Versicherungsträgers bei der Landesschiedskommission mit Einspruch anfechten. Der Einspruch hat aufschiebende Wirkung. Die Landesschiedskommission kann die Kündigung des Versicherungsträgers 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.

- 78 -

Entscheidung von Streitigkeiten aus dem Einzelvertrag

§ 91. 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 des Versicherungsträgers. Kommt bei Stimmengleichheit ein Beschluß in der Schiedskommission nicht zustande, dann geht die Zuständigkeit zur Entscheidung der anhängigen Streitsache auf Antrag der zuständigen Ärztekammer oder des Versicherungsträgers auf die Landesschiedskommission über.

Entscheidung von Streitigkeiten durch die Landesschiedskommission

§ 92. (1) Zur Schlichtung und Entscheidung von Streitigkeiten zwischen den Parteien eines Gesamtvertrages, zur Entscheidung über die Zulässigkeit einer Kündigung gemäß § 90 Abs.4 und zur Entscheidung in den Fällen des Überganges der Zuständigkeit nach § 91 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 § 91 letzter Satz zuständig wurde, ist keine Berufung zulässig.

- 79 -

Bundesschiedskommission

§ 93. (1) Zur Entscheidung über Berufungen, die gemäß § 92 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

§ 94. Die Gerichte, die Verwaltungsbehörden, der Versicherungsträger und der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger wie auch die Österreichische Ärztekammer und die Ärztekammern in den Bundesländern sind auch in Angelegenheiten der Gewerblichen Selbständigenkrankenversicherung an die innerhalb der Grenzen der Zuständigkeit gefällten Entscheidungen und Beschlüsse der in den §§ 91 bis 93 bezeichneten Kommissionen gebunden.

Bestimmungen des Inhaltes eines Gesamtver- trages durch die Bundesschiedskommission

§ 95. (1) Auf Antrag der Österreichischen Ärztekammer oder des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger setzt die Bundesschiedskommission den Inhalt eines aufgekündigten Gesamtvertrages für höchstens drei Monate - gerechnet vom Tage

- 80 -

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.

- 81 -

3. UNTERABSCHNITT

Beziehungen des Versicherungsträgers zu anderen Vertragspartnern

Gesamtverträge

§ 96. (1) Die Beziehungen zwischen dem Versicherungsträger und den freiberuflich tätigen Dentisten werden durch Gesamtverträge geregelt. Hiebei finden die Bestimmungen der §§ 87 bis 90 mit der Maßgabe sinngemäß Anwendung, daß an die Stelle der Ärztekammern die Österreichische Dentistenkammer in Wien tritt.

(2) Die Beziehungen zwischen dem Versicherungsträger und den anderen Vertragspartnern als Ärzten, Dentisten und Krankenanstalten können durch Gesamtverträge geregelt werden. Hiebei finden die Bestimmungen des § 88 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 dem Versicherungsträger und den Mitgliedern der in Betracht kommenden gesetzlichen beruflichen Vertretung beziehungsweise Berufsvereinigung oder Organisation regelt.

Abgabe von Heilmitteln

§ 97. Heilmittel (§ 57) dürfen von den öffentlichen Apotheken (ärztlichen Hausapotheken) für Rechnung des Versicherungsträgers nur abgegeben werden, wenn sie von

- 82 -

einem mit dem Versicherungsträger in einem Vertragsverhältnis stehenden Arzt verschrieben werden und nach den Richtlinien über die ökonomische Verschreibeweise zur freien Verschreibung zugelassen oder aber - soweit eine chef- oder kontrollärztliche Bewilligung in diesen Richtlinien vorgesehen ist - vom Chef- oder Kontrollarzt bewilligt sind.

Entscheidung von Streitigkeiten aus dem Einzel- und Gesamtvertrag

§ 98. Die Bestimmungen der §§ 91 bis 95 gelten sinngemäß für das Vertragsverhältnis zwischen dem Versicherungsträger einerseits und den Dentisten, Hebammen und Apothekern sowie deren gesetzlichen Interessenvertretungen anderseits. Soweit in diesen Bestimmungen den Ärztekammern die Berufung von Beisitzern vorbehalten ist, treten an die Stelle der Ärztekammern die in Betracht kommenden gesetzlichen beruflichen Vertretungen der Vertragspartner.

ABSCHNITT IV

Verfahren

Anwendung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes

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

- 83 -

ABSCHNITT V

Krankenordnung

§ 100. (1) Der Versicherungsträger hat eine Krankenordnung aufzustellen, die insbesondere das Verhalten der Versicherten und der Leistungsempfänger im Leistungsfall, das Verfahren bei Inanspruchnahme von Leistungen der Krankenversicherung und die Überwachung der Kranken zu regeln hat.

(2) Die Krankenordnung und jede ihrer Änderungen bedürfen der Genehmigung durch das Bundesministerium für soziale Verwaltung. Sie ist binnen einem Monat nach der Genehmigung im "Amtsblatt zur Wiener Zeitung" zu veröffentlichen.

- 84 -

VIERTER TEIL
ÜBERGANGSBESTIMMUNGEN
ABSCHNITT I

Übergangsbestimmungen zum Ersten Teil:

Allgemeine Bestimmungen

Erstmalige Fassung von Pflicht-
beschlüssen

§ 1o1. (1) Bis zum 3o.Juni 1973 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 (der Fachvertreter) 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. Den Mitgliedern der Fachgruppen beziehungsweise Fachvertretungen sind Personen gleichzustellen, die nach § 3 Abs.3 lit.b abstimmungsberechtigt sind.

(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 1973 vorzulegen.

- 85 -

Aufkündigung von Versicherungs- verträgen

§ 102. (1) Für Personen, die gemäß § 3 Abs.6 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 dem Versicherungsträger binnen einem Monat nach Eintritt der Pflichtversicherung unter Vorlage einer Versicherungsbestätigung 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.

- 86 -

Fortdauer einer nach früheren
Vorschriften bestehenden freiwilligen Versicherung

§ 103. Es gelten die ab den bisherigen Bestimmungen
in der Gewerblichen Selbständigen-Krankenversicherung

1. Weiterversicherten als Weiterversicherte im Sinne
des § 7;

2. Selbstversicherten als Selbstversicherte im Sinne
des § 8;

3. Zusatzversicherten als Zusatzversicherte im Sinne
des § 9;

4. Familienversicherten als Familienversicherte im
Sinne des § 10, sofern sie nicht gemäß § 105 als Weiter-
versicherte gelten oder für sie ein Leistungsanspruch
als Angehörige gemäß § 36 besteht.

Familienversicherung

§ 104. Für die Zeit bis zum 31. Dezember 1971 sind auch
gemäß § 2 Abs. 1 Z. 3 Pflichtversicherte in entsprechender
Anwendung des § 10 berechtigt, eine Familienversicherung
für die Ehegattin (den erwerbsunfähigen, unterhalts-
berechtigten Ehegatten) abzuschließen.

Fortdauer einer nach früheren Vorschriften
bestandenen Pflichtversicherung als frei-
willige Versicherung

§ 105. Personen, die am 30. Juni 1971 nach den in
diesem Zeitpunkt in Geltung gestandenen Vorschriften pflicht-
versichert waren, nach den Bestimmungen dieses Bundes-
gesetzes aber nicht mehr pflichtversichert wären und für
die auch kein Leistungsanspruch als Angehöriger gemäß § 36
besteht, gelten als Weiterversicherte im Sinne des § 7, so-
lange sie die hierfür geltenden Voraussetzungen erfüllen.

- 87 -

Sonderregelung für die Festsetzung der Grundbeiträge

§ 1o6. (1) Ab 1.Jänner 1974 können durch die Satzung der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft für alle oder für bestimmte Gruppen von Versicherten, für die nach den am 31.Dezember 1973 in Geltung gestandenen Vorschriften die Selbständigenkrankenkasse des Handels zur Durchführung der Krankenversicherung sachlich zuständig war, die Grundbeiträge (§ 17 Abs.2 Z.1) unabhängig vom Einkommen des Versicherten festgesetzt ~~würden~~. Eine solche Festsetzung ist ausgeschlossen, wenn

- a) am 31.Dezember 1973 eine gleichartige satzungsmäßige Regelung im Sinne des § 133 bei der Selbständigenkrankenkasse des Handels nicht besteht,
- b) ärztliche Hilfe zufolge von Gesamtverträgen nach § 88 als Sachleistung gewährt wird.

(2) Im Falle des Abs.1 beträgt die Beitragsgrundlage höchstens 50 v.H. der Höchstbeitragsgrundlage (§ 18 Abs.4).

Fortführung der bei der Selbständigen- krankenkasse des Handels bestandenen Höherversicherung

§ 1o7. Eine gemäß § 134 aufrechterhaltene Höherversicherung, die am 31.Dezember 1973 noch besteht, ist ab 1.Jänner 1974 von der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft fortzuführen, wobei weiterhin die in Geltung gestandenen Rechtsvorschriften über diese Höherversicherung (Festsetzung des Beitrages im Wege der Satzung, Melde- und Auskunftspflicht sowie Leistungen aus dieser Versicherung) mit der Maßgabe anzuwenden sind, daß die notwendigen satzungsmäßigen Regelungen ab 1.Jänner 1974 in der Satzung der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft vorzunehmen sind.

- 88 -

ABSCHNITT II

Durchführung der Gewerblichen Selbständigen- Krankenversicherung durch die Gewerb- lichen Selbständigenkrankenkassen

1. UNTERABSCHNITT

Träger der Versicherung und ihre Zuständigkeit, Verband

Träger der Versicherung

§ 108. (1) Als Versicherungsträger im Sinne der Bestimmungen dieses Bundesgesetzes gelten bis zum Inkrafttreten der Bestimmung des § 13 die nach Maßgabe der folgenden Vorschriften in Betracht kommenden Gewerblichen Selbständigenkrankenkassen (im folgenden Kassen genannt).

(2) Die in diesem Unterabschnitt angeführten Versicherungsträger sind berechtigt, nach Maßgabe der hiefür geltenden Vorschriften Kur-, Genesungs- und Erholungsheime zu errichten, zu erwerben und zu betreiben. Diese Einrichtungen dürfen jedoch nur von den Krankenversicherten und deren Familienangehörigen (§10) beziehungsweise Angehörigen (§ 36) in Anspruch genommen werden.

§ 109. (1) In den Bundesländern Oberösterreich, Salzburg, Steiermark und Kärnten besteht je eine Gewerbliche Selbständigenkrankenkasse. Der Sprengel der Gewerblichen Selbständigenkrankenkasse für Kärnten umfaßt auch den Verwaltungsbezirk Lienz des Bundeslandes Tirol.

(2) Im Bereich des Bundeslandes Wien obliegt die Durchführung der Krankenversicherung nach Maßgabe der Bestimmungen der §§ 110 und 111

1. der Gewerblichen Selbständigenkrankenkasse für
Wien;

- 89 -

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 §§ 110 und 111

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 §§ 110 und 111

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.

- 90 -

Örtliche Zuständigkeit, Wohnsitzverlegung

§ 110. (1) Die örtliche Zuständigkeit der Kassen richtet sich unbeschadet der Bestimmungen des § 114 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 pflicht-

- 91 -

versichert war, so geht die örtliche Zuständigkeit auf die für den Wohnsitz zuständige Kasse, und zwar mit dem der Kenntnisaufnahme dieser Verlegung folgenden Monatsersten, über. Ist für den Wohnsitz keine örtliche Kasse zuständig, so verbleibt die Durchführung der Versicherung weiterhin der bisherigen Kasse.

Sachliche Zuständigkeit

§ 111. (1) Für den Bereich der Bundesländer Wien, Niederösterreich und Burgenland sind - unbeschadet der Bestimmungen des § 114 - zur Durchführung der Krankenversicherung sachlich zuständig:

1. die Selbständigenkrankenkasse des Fremdenverkehrs für Wien, Niederösterreich und Burgenland für alle den Sektionen Fremdenverkehr angehörenden Mitgliedern 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;

- 93 -

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 Ab.1, daß eine Person innerhalb eines Bundeslandes gleichzeitig bei mehreren Kassen sachlich versicherungszuständig erscheint, gilt § 110 Abs.2 entsprechend.

Verband der Gewerblichen Selbständigenkrankenkassen

§ 112. (1) Die im § 109 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 Selbständigenkrankenversicherung zu besorgen;

3. in Fragen der Gewerblichen Selbständigenkrankenversicherung Gutachten zu erstatten, Stellungnahmen abzugeben und Anträge zu stellen;
4. mit Zustimmung der betroffenen Versicherungsträger
 - a) Gesamtverträge und Zusatzvereinbarungen gemäß §§ 88 Abs. 1 und 96 Abs.1
 - b) nach Fühlungnahme mit dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger Ergänzungsvereinbarungen zu den von diesen ~~ab~~ geschlossenen Gesamtverträgen abzuschließen;
5. die Statistik der Gewerblichen Selbständigenkrankenversicherung 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 Selbständigenkrankenversicherung von gemeinsamen Interesse sind, zu gewähren;
7. Erhebungen, Umfragen, Enqueten und dergleichen über Fragen der Gewerblichen Selbständigenkrankenversicherung, ferner Tagungen (Kongresse) und Fachausstellungen 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 Selbständigenkrankenversicherung, soweit nicht die Regelung dieser Angelegenheiten Weisungen des Bundesministeriums für soziale Verwaltung vorbehalten ist;

- 95 -

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 Selbständigenkrankenversicherung;
10. eine Mustersatzung sowie eine Musterkrankenordnung für den Bereich der Gewerblichen Selbständigenkrankenversicherung 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 Versicherungsträger 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 Selbständigen-Krankenversicherung berühren, den Verband zu hören; weicht das Gutachten beziehungsweise die Stellungnahme des Verbandes von

- 96 -

der Auffassung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger ab, so hat der Hauptverband seinem Gutachten beziehungsweise seine Stellungnahme das Gutachten beziehungsweise die Stellungnahme des Verbandes anzuschließen.

Rechtliche Stellung der Kassen und des Verbandes

§ 113. (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.

Zuständigkeit bei Weiterversicherung

§ 114. (1) Der Antrag auf Weiterversicherung nach § 7 ist bei der nach den Bestimmungen dieses Abschnittes zuständigen Kasse zu stellen. Diese ist, soweit im Abs. 2 nichts anderes bestimmt wird, weiterhin zur Durchführung der Krankenversicherung zuständig.

(2) 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 den Bestimmungen dieses Abschnittes 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

- 97 -

den Wohnsitz überhaupt keine Kasse örtlich zuständig, so verbleibt die Durchführung der Versicherung weiterhin der bisher zuständigen Kasse.

§ 115. Die in den §§ 88 Abs.1, 89 Abs.1 und 95 Abs.1 dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger übertragenen Rechte zum Abschluß von Gesamtverträgen kommen dem Verband der Gewerblichen Selbständigenkrankenkassen zu.

2. UNTERABSCHNITT

Meldungen

§ 116. (1) Von der Ausstellung von Ausweisen über Berechtigungen zur Ausübung der die Pflichtversicherung nach diesem Bundesgesetz begründenden Erwerbstätigkeit hat die ausstellende Behörde, wenn der Standort des Betriebes bzw. in Ermangelung eines solchen der Wohnsitz des Gewerbeberechtigten in den Bundesländern Wien, Niederösterreich und Burgenland gelegen ist, den Verband (§ 112), in den übrigen Fällen die örtlich zuständige Selbständigenkrankenkasse gleichzeitig mit der Ausstellung zu verständigen.

(2) 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 nach den Bestimmungen dieses Abschnittes zuständigen Kasse bekanntzugeben.

- 98 -

Form der Meldungen

§ 117. Der Verband (§ 112) hat mit Zustimmung des Bundesministeriums für soziale Verwaltung verbindliche Richtlinien über Form und Inhalt der Meldungen zu erlassen. In diesen Richtlinien können auch einheitliche Vordrucke für die Erstattung der Meldungen vorgesehen werden.

3. UNTERABSCHNITT

Aufbringung der Mittel

Beiträge

§ 118. (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 §§ 119 bis 121 festzusetzen.

(4) Beitragszeitraum ist der Kalender-

- 99 -

monat. Aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung kann die Satzung einen längeren Zeitraum, höchstens aber ein Kalendervierteljahr, als Beitragszeitraum bestimmen.

Beitragsgrundlage, Einkünfte, Beitragsgruppen

§ 119. (1) Grundlage für die Ermittlung der Grundbeiträge sind, soweit im folgenden nichts anderes bestimmt wird, in der Pflichtversicherung 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; hiebei sind die für die Bemessung der Einkommensteuer herangezogenen Einkünfte des Pflichtversicherten zugrunde zu legen.

(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, die Einkünfte in dem dem Kalenderjahr, in das der Beitragsmonat fällt, drittvorangegangenen Kalenderjahr;

b) für Personen, die zur Einkommensteuer nicht

- 100 -

veranlagt werden, die 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 15.000 S oder überhaupt keine Einkünfte vorliegen, 15.000 S (Mindestbeitragsgrundlage). Die Beitragsgrundlage beträgt höchstens 72.000 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 3.000 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 (§ 120) nicht festgestellt werden können, gilt jene Beitragsgruppe, die Einkünften zwischen 18.001 S und 21.000 S entspricht.

- 101 -

(7) Die Satzung kann bestimmen, daß Versicherte innerhalb der im § 120 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.3) 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

§ 120: (1) Die Versicherten mit Ausnahme der in § 119 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

- 102 -

maßgebenden Kalenderjahr zur Einsicht vorzulegen.
Durch die Satzung kann bei entschuldbarem 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.

- 103 -

Höhe der Beiträge

§ 121. (1) Die Höhe des Grundbeitrages ist durch die Satzung mit einem Hundertsatz der Bemessungsgrundlage zu bestimmen. Der Hundertsatz ist unter Bedachtnahme auf Abs.3 so festzusetzen, daß mit den sich hieraus ergebenden Beiträgen unter Hinzurechnung der von der Pensionsversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft zu leistenden Beiträge für die Krankenversicherung der Pensionisten der laufende Aufwand gedeckt und weiters die Ansammlung beziehungsweise 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 Beitragsgruppen vorgesehenen Einkommensgrenzen. Für die Beitragsgruppe 1 beträgt die Bemessungsgrundlage 1.250 S. Bei der Beitragsgruppe, die für die Versicherten mit einem Einkommen, das die Höchstbeitragsgruppe übersteigt, vorgesehen ist, beträgt die Bemessungsgrundlage 6.000 S.

(3) Die Höhe des Grundbeitrages darf höchstens 7,5 v.H. der jeweiligen Bemessungsgrundlage betragen.

(4) 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 sonstige als Familienangehörige im Sinne des § 10 Abs.2 geltende Personen höchstens 100 v.H.

des Grundbeitrages betragen.

- 104 -

(5) Der Beitrag für die Zusatzversicherung (§ 9) ist durch die Satzung festzusetzen. Er darf höchstens 100 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.

(6) 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

§ 122. (1) Versicherte gemäß § 2 Abs.1 Z.1 und 2 sowie Weiter- und Selbstversicherte gemäß §§ 7 und 8 haben für ihre Person den Grundbeitrag (§ 118 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 (§ 118 Abs.2 lit.b und c) zu entrichten.

(3) Für die Dauer des ordentlichen oder außerordentlichen Präsenzdienstes (§ 28 Abs.4 bis 6 und § 52 Abs.1 des Wehrgesetzes) ruht die Beitragspflicht des wehrpflichtigen Versicherten. Der Bund hat für jeden Familienangehörigen, für den eine Familienversicherung abgeschlossen wurde (§ 10), den Familienbeitrag in der bisherigen Höhe und für jeden Angehörigen gemäß § 36 einen Pauschalbeitrag in der Höhe von 80 S monatlich (18,90 S wöchentlich, 2,70 S täglich) an die zuständige Kasse einzuzahlen.

Beginn der Beitragspflicht

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

- 105 -

(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

§ 124. (1) Bei rechtzeitiger Abmeldung (§ 14) endet die Beitragspflicht gleichzeitig mit der Versicherung, auf der sie beruht.

(2) Bei nicht rechtzeitiger Abmeldung dauert die Beitragspflicht bis zur vorschriftsmäßigen Abmeldung (§ 14), 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 Kasse kann auf die Weiterentrichtung der Beiträge verzichten und bereits bezahlte Beträge dieser Art zurückerstatten.

Fälligkeit der Einzahlung der Beiträge

§ 125. 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 (§ 118 Abs.5) fällig. Diese Beiträge sind von den Versicherten binnen vier Wochen nach Fälligkeit auf Gefahr und Kosten der Versicherten unaufgefordert einzuzahlen.

- 106 -

Mahnung und Mahngebühr

§ 126. (1) Beiträge, die nicht innerhalb der in § 125 genannten Frist eingezahlt werden, sind einzumahlen. Die Mahnung ist innerhalb von 14 Tagen nach Ablauf der in § 125 genannten Frist vorzunehmen. Die Bestimmungen des § 227 Abs.2 und 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 Inlands-~~portos~~ für eine bescheinigte Briefsendung festgesetzt wird. Diese Mahngebühr erhöht sich für jeweils weitere drei Monate an rückständigen Beiträgen um das einfache Inlandsporto einer bescheinigten Briefsendung.

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

- 107 -

Verfahren zur Eintreibung der Beiträge

§ 127. (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 anzufertigen. Dieser Ausweis hat den Namen und die Anschrift des Beitragsschuldners, den rückständigen Betrag, die Art des Rückstandes samt Nebengebühren (§ 128), den Beitragszeitraum, auf den die rückständigen Beiträge entfallen, angefallene Mahngebühren und sonstige Nebengebühren (§ 128) 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

§ 128. 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 hierdurch 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 auflaufen. Die vorgeschriebenen und eingehobenen Verwaltungskostenersätze verbleiben der Kasse.

- 108 -

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

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

(2) Bei der Zwangsverwaltung von Betriebsliegenschaften sowie bei der Zwangsverwaltung oder Zwangsverpachtung von gewerblichen Unternehmungen, Handelsbetrieben und ähnlichen wirtschaftlichen Unternehmungen sind rückständige Beiträge aus dem letzten Jahr 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

§ 130. 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.

- 109 -

Verjährung

§ 131. (1) Das Recht auf Feststellung der Verpflichtung zur Zahlung von Beiträgen verjährt binnen zwei Jahren vom Tage der Fälligkeit der Beiträge (§ 125). Hat der Versicherte über sein Versicherungsverhältnis oder das seiner mitversicherten Familienangehörigen (§ 10) keine oder bewußt unwahre Angaben oder über seine Einkommensverhältnisse (§ 119) bewußt unwahre Angaben erstattet, so verjährt das Recht auf Feststellung der Verpflichtung zur Nachzahlung der Beiträge binnen sieben Jahren vom Tage ihrer Fälligkeit. Die Verjährung des Feststellungsrechtes wird durch jede zum Zwecke der Feststellung getroffene Maßnahme in dem Zeitpunkt unterbrochen, in dem der Zahlungspflichtige hiervon 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 Zahlungsaufforderung (Mahnung) unterbrochen; sie wird durch Bewilligung einer Zahlungserleichterung gehemmt. Bezüglich der Unterbrechung oder Hemmung der Verjährung im Falle des Konkurses oder Ausgleiches des Beitragschuldners gelten die einschlägigen Vorschriften der Konkursordnung und der Ausgleichsordnung.

(3) Sind fällige Beiträge durch eine bücherliche 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.

- 110 -

Rückforderung ungebührlich entrichteter Beiträge

§ 132. (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 Erkenntnis 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.

4. UNTERABSCHNITT

Sonderregelungen für die Selbständigen- krankenkasse des Handels

Beitragsfestsetzung bei der Selbständigenkrankenkasse des Handels

§ 133. (1) Für alle oder für bestimmte Gruppen von Versicherten der Selbständigenkrankenkasse des Handels können die Grundbeiträge durch die Satzung unabhängig vom Einkommen des Versicherten festgesetzt werden. Eine solche Festsetzung ist ausgeschlossen, wenn ärztliche Hilfe zufolge von Gesamtverträgen nach § 88 als Sachleistung gewährt wird.

(2) Im Falle des Abs.1 beträgt die Bemessungsgrundlage höchstens 50 v.H. des zwölften Teiles der Höchstbeitragsgrundlage (§ 119 Abs.4) bzw. ab 1. Jänner 1973 höchstens 50 v.H. der Höchstbeitragsgrundlage (§ 18 Abs.4).

- 111 -

Höherversicherung bei der Selbständigen- krankenkasse des Handels

§ 134. Personen, die nach dem 30. Juni 1971 in Geltung gestandenen Vorschriften bei der Selbständigenkrankenkasse des Handels eine Höherversicherung abgeschlossen haben oder für die eine Höherversicherung abgeschlossen worden ist, bleiben höherversichert. Auf diese Personen sind weiterhin die in Geltung gestandenen Rechtsvorschriften über diese Höherversicherung (Festsetzung des Beitrages im Wege der Satzung, Melde- und Auskunftspflichten sowie Leistungen ~~aus~~ dieser Versicherung) anzuwenden.

5. UNTERABSCHNITT

Beiträge zur Krankenversicherung der Pensionisten

Beiträge zur Krankenversicherung der Bezieher von Pensionen aus der Gewerblichen Selbständigen-Pensionsversicherung für die Zeit bis zum 31. Dezember 1971

§ 135. (1) Für die Zeit bis zum 31. Dezember 1971 sind bei den gemäß § 2 Abs.1 Z.3 pflichtversicherten Pensionisten die Bestimmungen der §§ 118 bis 132 mit der Maßgabe anzuwenden, daß

- a) Grundlage für die Ermittlung der Grundbeiträge der Jahresgesamtbetrag der zur Auszahlung gelangenden Pensionen und Pensionssonderzahlungen (ausschließlich der Zuschüsse, des Steigerungsbetrages aus der Höherversicherung, der Ausgleichszulagen und der Zuschläge gemäß § 80 Abs.5 und § 85 Abs.5 des Gewerblichen Selbständigen-Pensionsversicherungsgesetzes) ist,
- b) die Mindestbeitragsgrundlage 12.000 S jährlich beträgt und
- c) die Höhe des Grundbeitrages höchstens 6 v.H. der jeweiligen Bemessungsgrundlage betragen darf.

- 112 -

(2) Bei der Selbständigenkrankenkasse des Handels darf der im Einzelfall von den gemäß § 2 Abs.1 Z.3 pflichtversicherten Pensionisten zu entrichtende Grundbeitrag den am 30. Juni 1971 in Geltung gestandenen Grundbeitrag für erwerbstätige Pflichtversicherte nicht übersteigen.

(3) Bei Beziehern von Hinterbliebenenpensionen, die die Krankenversicherung des verstorbenen Versicherten freiwillig fortsetzen, sind die Bestimmungen des Abs.1 lit.b und c entsprechend anzuwenden.

(4) Für die gemäß § 2 Abs.1 Z.3 Pflichtversicherten hat die Pensionsversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft den Beitrag von der Pension im Abzugswege einzubehalten und bis zum 20. des der Auszahlung folgenden Monates an die zuständige Kasse abzuführen. Darüber hinaus hat die Pensionsversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft für diese Versicherten einen Beitrag zur Krankenversicherung in der Höhe von 2 v.H. der Pension (Grundbetrag und Steigerungsbetrag) an die zuständige Kasse zu entrichten.

Beiträge zur Krankenversicherung der Bezieher
von Pensionen aus der Gewerblichen Selbständigen-
Pensionsversicherung im Jahre 1972

§ 136. (1) Im Jahre 1972 hat die Pensionsversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft zur Krankenversicherung der Pensionisten einen Beitrag zu leisten. Er beträgt 9,75 v.H. des für das laufende Geschäftsjahr erwachsenden Aufwandes an Pensionen und Pensions-

- 113 -

sonderzahlungen, soweit sie an gemäß § 2 Abs.1 Z.3 pflichtversicherte Pensionisten gezahlt werden. Zu den Pensionen und Pensionssonderzahlungen zählen auch die Zuschüsse, nicht jedoch die Ausgleichzulagenbezieher gebührenden Zuschläge von 30 S und die Ausgleichszulagen. Der Beitrag ist bis zum 20. des der Auszahlung der Pension bzw. Pensionssonderzahlung folgenden Monates an die zuständige Kasse abzuführen.

(2) Die Pensionsversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft hat von jeder im Jahre 1972 an eine der im § 2 Abs.1 Z.3 genannten Personen zur Auszahlung gelangenden Pension (Pensionssonderzahlung) mit Ausnahme der Waisenspensionen einen Betrag von 5 v.H. einzubehalten, wenn und solange sich der Pensionist ständig im Inland aufhält. Zu den Pensionen sowie zu den Pensionssonderzahlungen zählen die Zuschüsse und die Ausgleichszulagen, nicht jedoch die Ausgleichzulagenbezieher gebührenden Zuschläge von 30 S. Der Einbehalt ist auch vorzunehmen, wenn sich der Pensionist ständig in einem Staat aufhält, mit dem ein zwischenstaatliches Übereinkommen besteht, das die Krankenversicherung der Pensionisten aus der Gewerblichen Selbständigen-Pensionsversicherung einschließt, es sei denn, daß das Übereinkommen Gegenteiliges bestimmt.

(3) Für Pflichtversicherte nach § 2 Abs.1 Z.3 gelten im Jahre 1972 die Bestimmungen des § 18 Abs.6 mit der sich aus § 18 Abs.7 ergebenden Maßgabe.

6. UNTERABSCHNITT

Befreiung von Abgaben

Persönliche Abgabenfreiheit

§ 137. Die Kassen und der Verband genießen die persönliche Gebührenfreiheit von den Stempel- und Rechtsgebühren. Inwieweit die Kassen und der Verband körperschaftssteuerverpflichtig sind, wird durch das Körperschaftssteuergesetz bestimmt.

Sachliche Abgabenfreiheit

§ 138. (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 Schieds-

- 115 -

gerichten durchgeführten Amtshandlungen, wenn sie Rechtsverhältnisse betreffen, die begründet oder abgewickelt werden,

- a) in Durchführung der in diesem Bundesgesetz geregelten Krankenversicherung zwischen den Kassen (dem Verband) einerseits und den Versicherten, den Anspruchswerbern und Anspruchsberechtigten auf Leistungen der Versicherung, den Vertragspartnern der Kassen sowie den Fürsorgeträgern andererseits;
- b) von den Kassen (vom Verband) zur Beschaffung, Sicherung, Instandhaltung oder Erneuerung von Liegenschaften, Räumen, Einrichtungen und Gerätschaften, die der Erfüllung der Aufgaben der Versicherung dienen, soweit sie nicht ausschließlich oder überwiegend für die Anlage von Vermögensbeständen bestimmt sind;

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

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

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

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

- 116 -

7. UNTERABSCHNITT

Übergangsbestimmungen betreffend Leistungen

Anwendung des Leistungsrechtes

§ 139. (1) Die Bestimmungen dieses Bundesgesetzes über die Leistungen für Angehörige (§ 36) 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) Soweit nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes die Leistungen von der Beitragsgrundlage (§ 18) zu bemessen sind, tritt für die Zeit vom 1. Juli 1971 bis zum 31. Dezember 1972 an deren Stelle die Bemessungsgrundlage (§ 121 Abs.2 bzw. § 133 Abs.2).

Eintritt eines Versicherungsfalles außerhalb
des örtlichen Zuständigkeitsbereiches der
zuständigen Kasse

§ 140. (1) Haben Versicherte, deren mitversicherte Familienangehörige (§ 10) oder deren Angehörige (§ 36) 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, seine mitversicherten Familienangehörigen (§ 10) oder deren Angehörige (§ 36), wenn sie während eines vorübergehenden Aufenthaltes außerhalb des Sprengels der zuständigen Kasse erkranken.

(3) Der Verband (§ 112) kann bindende Richtlinien über die Form der Inanspruchnahme, die Verrechnung des Kostenersatzes und die Vergütung von Verwaltungsauslagen aufstellen.

- 117 -

Unterstützungsfonds

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

(2) Dem Unterstützungsfonds können überwiesen werden

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

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

(4) Die Mittel des Unterstützungsfonds können in besonders berücksichtigungswürdigen Fällen, insbesondere in Berücksichtigung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse des zu Unterstützten, für Unterstützungen nach Maßgabe der hiefür vom Vorstand im Einvernehmen mit dem Überwachungsausschuß zu erlassenden Richtlinien verwendet werden. § 158 Abs.3, 4, 6 und 7 sind entsprechend anzuwenden.

8. UNTERABSCHNITT

Schadenersatz und Haftung

Übergang von Schadenersatzansprüchen auf die Kassen

§ 142. (1) Können Personen, denen nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes Leistungen zustehen oder für die als Familienangehörige im Rahmen der Familienversicherung (§ 10) beziehungsweise als Angehörige (§ 36)

- 118 -

Leistungen zu gewähren sind, den Ersatz des Schadens, der ihnen durch den Versicherungsfall erwachsen ist, auf Grund anderer gesetzlicher Vorschriften beanspruchen, geht der Anspruch auf die Kasse insoweit über, als diese Leistungen zu erbringen hat. Ansprüche auf Schmerzensgeld gehen auf die Kasse nicht über.

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

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

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

In den Fällen der lit.b kann die Kasse den Schadenersatzanspruch unbeschadet der Bestimmungen des § 143 über das Zusammentreffen von Schadenersatzansprüchen verschiedener Versicherungsträger und den Vorrang eines gerichtlich festgestellten Schmerzensgeldanspruches nur bis zur Höhe der aus einer bestehenden Haftpflichtversicherung zur Verfügung stehenden Versicherungssumme geltend machen; es sei denn, daß der Versicherungsfall durch den Dienstnehmer vorsätzlich oder grob fahrlässig verursacht worden ist.

- 119 -

Konkurrenz von Ersatzansprüchen mehrerer Versicherungsträger

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

Verjährung der Ersatz- ansprüche

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

9. UNTERABSCHNITT

Verwaltungskörper der Gewerblichen Selbstständigenkrankenkassen (des Verbandes)

Arten der Verwaltungskörper

§ 145. Die Verwaltungskörper der Gewerblichen Selbstständigenkrankenkassen (§ 109) sind:

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

Versichertenvertreter

§ 146. (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

- 121 -

Amtes begründet kein Dienstverhältnis zur Kasse. Den Mitgliedern der Verwaltungskörper können jedoch Entschädigungen gewährt werden, deren Höhe der Vorstand festzusetzen hat. Das Bundesministerium für soziale Verwaltung hat hiefür nach Anhörung des Verbandes Grundsätze aufzustellen und für verbindlich zu erklären, wobei für Reisekostenentschädigungen und Sitzungsgelder einheitliche Höchstsätze und für Funktionsgebühren Höchstsätze unter Berücksichtigung des örtlichen Wirkungsbereiches und der Zahl der Versicherten festzusetzen sind.

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

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

Bestellung der Versichertenvertreter

§ 147. (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

- 122 -

Zahl der Versicherten in den einzelnen Stellen zugehörigen Versichertengruppen festzusetzen. Die Aufteilung gilt jeweils für die betreffende Amtsdauer.

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

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

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

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

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

Ablehnung des Amtes

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

- 123 -

Enthebung von Versichertenvertretern

§ 149. (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 § 146 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 Enthobenen 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.

- 124 -

(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 (§ 152 Abs.2), so erstreckt sich die Enthebung auch auf das Amt im anderen Verwaltungskörper.

Haftung der Versichertenvertreter

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

Amtsdauer

§ 151.(1) Die derzeit bestehenden Verwaltungskörper der Gewerblichen Selbständigenkrankenkassen (§ 109) bleiben bis 31.Dezember 1973 unverändert weiter in Funktion, auch wenn bis zu diesem Zeitpunkt durch Pflichtbeschlüsse eine Erweiterung des Versichertenkreises einer Kasse eintritt.

(2) Die derzeit bestehenden Verwaltungskörper des Verbandes der Gewerblichen Selbständigenkrankenkassen (§ 112) bleiben gleichfalls bis 31.Dezember 1973 unverändert weiter in Funktion.

- 125 -

Zusammensetzung der Verwaltungskörper

§ 152.(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

§ 153.(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.

- 126 -

Angelobung der Versichertenvertreter

§ 154.(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 (§ 169) beim Antritt ihres Amtes auf Gehorsam gegen die Gesetze der Republik Österreich, Amtsverschwiegenheit sowie gewissenhafte und unparteiische Ausübung ihres Amtes zu verpflichten.

Aufgaben der Hauptversammlung

§ 155. (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

- 127 -

kann eine vorläufige Verfügung treffen, wenn innerhalb einer von ihr festgesetzten Frist ein gültiger Beschluß der Hauptversammlung über die Satzung und deren Änderung nicht zustande kommt. 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

§ 156. (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

§ 157.(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.

- 129 -

(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.

- 130 -

Gemeinsame Aufgaben des Vorstandes und des
Überwachungsausschusses; Aufgaben des erwei-
terten Vorstandes

§ 158. (1) In nachstehenden Angelegenheiten hat
der Vorstand im Einverständnis mit dem Überwachungsaus-
schuß vorzugehen:

1. bei der dauernden Veranlagung von Vermögensbe-
ständen, insbesondere bei der Erwerbung, Be-
lastung oder Veräußerung von Liegenschaften;
2. bei der Errichtung von Gebäuden, die Zwecken
der Verwaltung, der Krankenbehandlung oder des
Heilverfahrens oder der erweiterten oder vorbeugen-
den Heilbehandlung dienen sollen, sowie bei der
Schaffung von derartigen Zwecken dienenden Ein-
richtungen 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 Instandsetzungs-
arbeiten 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 Be-
schlußfassung über die Aufstellung von Richtlinien nach

- 131 -

§ 112 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 zustande kommt 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 zustande gekommen ist.

(7) Das Bundesministerium für soziale Verwaltung kann in den im Abs.1 Z.3 bis 5 bezeichneten Angelegenheiten eine vorläufige Verfügung treffen, wenn

- 132 -

innerhalb einer von ihm festgesetzten Frist gültige einverständliche Beschlüsse des Vorstandes und des Überwachungsausschusses oder ein gültiger Beschluß des erweiterten Vorstandes nicht zustande kommt. § 155 Abs.2 vorletzter Satz ist entsprechend anzuwenden.

Sitzungen

§ 159. (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.

Art und Zusammensetzung der Verwaltungskörper des Verbandes

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

(2) Die Verwaltungskörper des Verbandes

- 133 -

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 50.0006.

(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 50.0002.

(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

§ 161. 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.

- 134 -

1a. Unterabschnitt

Vermögensverwaltung

Jahresvoranschlag

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

(2) Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr.

Rechnungsabschluß und Nachweisungen

§ 163. (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.

- 135 -

Vermögensanlage

§ 164. Die zur Anlage verfügbaren Mittel der Kassen (des Verbandes) sind fruchtbringend anzulegen. Sie dürfen unbeschadet der Bestimmungen des § 165 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 Zugehör während der ganzen Dauer des Darlehens im vollen Wert des Darlehens samt Nebengebührenkaution gegen Elementarschäden versichert sein;
3. in inländischen Liegenschaften (Grundstücken, Gebäuden), mit Ausnahme von Liegenschaften, die

- 136 -

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

§ 165. (1) Die Erwerbung, Belastung oder Veräußerung von Liegenschaften, ferner die Errichtung oder Erweiterung von Gebäuden ist nur mit Genehmigung des Bundesministeriums für soziale Verwaltung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Finanzen zulässig, wenn hiefür ein Betrag aufgewendet werden soll, der fünf 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 hiefür aufzuwendende Betrag die angegebene Grenze übersteigt.

(2) Im übrigen kann eine von den Vorschriften des § 164 abweichende Veranlagungsart nur für jeden einzelnen Fall besonders vom Bundesministerium für soziale Verwaltung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Finanzen gestattet werden.

- 137 -

11. Unterabschnitt

Aufsicht des Bundes

Aufsichtsbehörden

§ 166. (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) betrauen. Den mit der Ausübung der Aufsicht betrauten 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,

- 138 -

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

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

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

- 139 -

widerlaufen. Wird diesem Verlangen nicht binnen drei Monaten entsprochen, so kann sie die erforderlichen Verfügungen von Amts wegen treffen.

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

§ 168. 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

§ 169. (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 §§ 146 Abs.2 bis 7 und 154 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 § 147 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 Verwalter, 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.

- 141 -

Kosten der Aufsicht

§ 170. 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.

12. Unterabschnitt

Satzung

Gemeinsame Bestimmungen

§ 171. 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.

- 142 -

Satzung des Verbandes

§ 172. Die Satzung des Verbandes hat außer den im § 155 genannten Bestimmungen auch Bestimmungen über die Aufbringung der Mittel für die Verbandszwecke zu enthalten.

Genehmigungspflicht

§ 173. (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.

13. Unterabschnitt

Bedienstete

§ 174. (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 Rück-

- 143 -

sichtnahme 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.

- 144 -

14. Unterabschnitt

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

§ 175. Sofern in den Bundesländern Tirol und Vorarlberg Personen durch Verordnung des Bundesministers für soziale Verwaltung (§ 3 Abs. 6) in die Pflichtversicherung einbezogen werden, ist 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 oder eine Bürogemeinschaft mit der Pensionsversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft einzugehen. 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.

Abschnitt III

Mitwirkung der Pensionsversicherungsanstalt
der gewerblichen Wirtschaft bei Durchführung
der gewerblichen Selbständigenkrankenversicherung

§ 176. (1) Zur Behandlung der Verwaltungssachen, welche die Pflichtversicherung und die freiwillige Versicherung betreffen, zu Berichtigungen von Bescheiden sowie zu Abänderungen rechtskräftiger Bescheide, die in diesen Verwaltungssachen von den gewerblichen Selbständigenkrankenkassenerlassen wurden, ist die Pensionsversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft berufen. Hiebei hat

- 145 -

sie die für die Berechtigung zur freiwilligen Versicherung erforderliche gesundheitliche Eignung von der zuständigen Kasse feststellen zu lassen.

(2) Die Versicherten haben vom 1. Jänner 1973 an die ihnen nach den §§ 14 bis 16 obliegenden Melde- und Auskunftspflichten sowie die Pflicht der Vorlage der Einkommensnachweise nach § 19 Abs. 1 der Pensionsversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft gegenüber zu erfüllen.

(3) Die Pensionsversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft hat die bei ihr einlangenden Meldungen über Beginn und Ende der Krankenversicherung und über die für diese Versicherung bedeutsamen Änderungen, ferner alle für den Beginn und das Ende der Krankenversicherung der Pensionisten maßgebende Umstände und jede für diese Versicherung bedeutsame Änderung den zuständigen Kassen so zeitgerecht bekanntzugeben, daß eine ordnungsgemäße Betreuung der Versicherten durch die Kassen sichergestellt erscheint.

(4) Die Gewerblichen Selbständigenkrankenkassen haben der Pensionsversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft bis 31. Dezember 1972 Verzeichnisse der Versicherten nach dem Stande vom 1. Juli 1972 zu übergeben.

(5) Die Beiträge der Versicherten sind von der Pensionsversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft einzuziehen.

(6) Wenn es der Vereinfachung der Verwaltung dient, kann die Pensionsversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft im Einvernehmen mit der zuständigen Selbständigenkrankenkasse auch die Kostenanteile der Versicherten (§ 40 Abs. 3) einheben.

- 146 -

(7) Die Pensionsversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft hat die in einem Kalender- vierteljahr eingezahlten Beiträge und die von ihr ein- zubehaltenden beziehungsweise zu entrichtenden Beiträge zur Krankenversicherung der Pensionisten (§ 118) bis zum 20. des dem Kalendervierteljahr zweitfolgenden Kalendermonates an die in Betracht kommenden Gewerb- lichen Selbständigenkrankenkassen abzuführen. Das gleiche gilt, wenn die Pensionsversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft Kostenanteile der Ver- sicherten nach Abs.5 einhebt.

(8) Die nach Abs.5 einzuhebenden Beiträge sind bis zum 10. eines jeden Kalendermonates mit einem Betrag in dem Ausmaß zu bevorschussen, das dem Eingang an Beiträgen annähernd entspricht.

(9) Die Gewerblichen Selbständigenkrankenkassen sind berechtigt, die ordnungsgemäße Einhebung, Ver- rechnung und Abfuhr der für sie bestimmten Beiträge beziehungsweise Kostenanteile bei der Pensionsver- sicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft zu über- prüfen und bei dieser während der Geschäftsstunden in allen bezüglichen Bücher und sonstigen Aufzeichnungen durch Beauftragte Einsicht zu nehmen.

(10) Zur Vereinfachung der Verwaltung können zwischen den Kassen (dem Verband) und der Pensions- versicherungsanstalt Bürogemeinschaften gebildet werden.

- 147 -

FÜNFTER TEIL

Schlußbestimmungen

Rechtsunwirksame Vereinbarungen

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

Paritätischer Ausschuß

§ 178. (1) Bei der Bundeskammer der gewerblichen Wirtschaft wird ein paritätischer Ausschuß errichtet, der aus sechs Versicherungsvertretern besteht. Die Bundeskammer der gewerblichen Wirtschaft hat in den Ausschuß je vier Versicherungsvertreter

- a) aus dem Kreise der Versicherungsvertreter der Pensionsversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft und
- b) aus dem Kreise der Versichertenvertreter der Gewerblichen Selbständigenkrankenkassen einschließlich des Verbandes der Gewerblichen Selbständigenkrankenkassen

zu entsenden. Für jeden Versicherungsvertreter ist ein Stellvertreter aus demselben Personenkreis zu entsenden. Die Bundeskammer der gewerblichen Wirtschaft hat vor der Entsendung der unter lit.a angeführten Versicherungsvertreter Vorschläge der Pensionsversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft und der unter lit.b angeführten Versichertenvertreter Vorschläge des Verbandes der Gewerblichen Selbständigenkrankenkassen einzuholen. Im übrigen finden auf die Mitglieder des Ausschusses und die Stellvertreter die Bestimmungen des Gewerblichen Selbständigen-Pensionsversicherungsgesetzes über Versicherungsvertreter sinngemäß Anwendung.

- 148 -

(2) Der Ausschuß wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und einen Vorsitzenden-Stellvertreter. Der Ausschuß ist bei Anwesenheit der Hälfte der Mitglieder (Stellvertreter) beschlußfähig. Er faßt seine Beschlüsse mit Zweidrittelmehrheit. Der Ausschuß wird vom Vorsitzenden, bei dessen Verhinderung vom Vorsitzenden-Stellvertreter, bei Bedarf einberufen. Im übrigen kann sich der Ausschuß zur zweckmäßigen Erfüllung seiner Aufgaben eine Geschäftsordnung geben.

(3) Sämtliche gebärungs- oder vermögenswirksamen Beschlüsse der Verwaltungskörper des Verbandes der ~~Gewerblichen Selbständigenkrankenkassen~~, der Gewerblichen Selbständigenkrankenkassen sowie der Verwaltungskörper der Pensionsversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, ausgenommen Beschlüsse in einzelnen Leistungssachen, bedürfen zu ihrer Wirksamkeit, unbeschadet der aufsichtsbehördlichen Genehmigungsrechte, der Zustimmung des Ausschusses.

(4) Die nach Abs.3 zustimmungsbedürftigen Beschlüsse sind dem Ausschuß unverzüglich vorzulegen. Die Zustimmung gilt als erteilt, wenn sie nicht binnen vier Wochen ab Vorlage ausdrücklich verweigert wird. Die Verweigerung ist zu begründen. Ist es strittig, ob ein Beschluß nach Abs.3 zustimmungsbedürftig ist, entscheidet hierüber das Bundesministerium für soziale Verwaltung auf Antrag des Ausschusses oder eines beteiligten Versicherungsträgers (Verbandes).

(5) Die in Abs.3 angeführten Versicherungsträger und der Verband der Gewerblichen Selbständigenkrankenkassen haben dem Ausschuß auf sein Verlangen alle zur Ausübung des Zustimmungsrechtes erforderlichen Mitteilungen zu machen. Der Ausschuß kann die notwendigen Erhebungen durch eines oder mehrere seiner Mitglieder (Stellvertreter) auch unmittelbar bei den einzelnen Versicherungsträgern (Verband) durchführen.

- 149 -

(6) Der Ausschuß kann zu allen Sitzungen der Verwaltungskörper des Verbandes der Gewerblichen Selbständigenkrankenkassen, der Gewerblichen Selbständigenkrankenkassen und der Pensionsversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft Vertreter entsenden, denen beratende Stimme zukommt. Er ist von jeder Sitzung der Verwaltungskörper ebenso in Kenntnis zu setzen wie die Mitglieder dieser Verwaltungskörper; es sind ihm auch die diesen zur Verfügung gestellten Behelfe (Sitzungsprotokolle, Tagesordnungen, Ausweise, Berichte und andere Behelfe) zu übermitteln.

Satzungsmäßige Regelungen

§ 179. (1) Satzungen, die auf Grund der bisher in Geltung gestandenen Vorschriften des Gewerblichen Selbständigen-Krankenversicherungsgesetzes, BGBl.Nr. 167/1966, erlassen worden sind, bleiben, soweit sie zu den Bestimmungen des Gewerblichen Selbständigen-Krankenversicherungsgesetzes 1971 nicht in Widerspruch stehen und auch in ihm für den gleichen Gegenstand satzungsmäßige Regelungen vorgesehen sind, bis zur vorgesehenen Neuregelung nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes in Kraft.

(2) Das gemäß § 25 Abs. 1 des Gewerblichen Selbständigen-Krankenversicherungsgesetzes, BGBl.Nr. 167/1966, durch die Satzungen der Kassen festgesetzte Ausmaß des Grundbeitrages erhöht sich ab 1. Juli 1971 auf 7,5 v.H. der Bemessungsgrundlage. Diese Erhöhung steht einer rückwirkenden Änderung durch die Kassen im Rahmen der Bestimmungen des § 121 Abs.1 des Gewerblichen Selbständigen-Krankenversicherungsgesetzes 1971 nicht entgegen.

(3) Das gemäß § 25 Abs.3 des Gewerblichen Selbständigen-Krankenversicherungsgesetzes, BGBl.Nr. 167/1966, durch die Satzung der Selbständigenkrankenkasse des Handels festgesetzte Ausmaß der Bemessungsgrundlage erhöht sich ab 1. Juli 1971 auf 50 v.H. des zwölften Teiles der im § 119 Abs.4 vorgesehenen Höchstbeitragsgrundlage. Diese Erhöhung steht einer rückwirkenden Änderung durch die Kasse im Rahmen der Bestimmungen des § 133 Abs.2 des Gewerblichen Selbständigen-Krankenversicherungsgesetzes 1971 nicht entgegen.

- 150 -

Übergang der Rechte und Verbindlichkeiten

§ 180. (1) Die gesamten Rechte und Verbindlichkeiten der Gewerblichen Selbständigenkrankenkassen (§ 109) und des Verbandes der Gewerblichen Selbständigenkrankenkassen (§ 112) gehen auf die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (§ 13) über.

(2) Das nicht Verwaltungszwecken dienende Liegenschaftsvermögen der Gewerblichen Selbständigenkrankenkassen (§ 109) ist abgesondert zu verwalten. Die Erträgnisse sind nach Tunlichkeit für Leistungen an jene Personen zu verwenden, die bei der jeweils in Betracht kommenden Kasse am 31. Dezember 1973 versichert waren.

Aufhebung bisheriger Vorschriften

§ 181. Mit 1. Juli 1971 tritt das Bundesgesetz vom 14. Juli 1966, BGBl.Nr.167, über die Krankenversicherung der in der gewerblichen Wirtschaft selbständig Erwerbstätigen, in der Fassung der Bundesgesetze BGBl.Nr.285/1968 und BGBl.Nr.102/1969, außer Kraft.

Wirksamkeitsbeginn

§ 182. (1) Dieses Bundesgesetz tritt, soweit im folgenden nichts anderes bestimmt wird, mit 1. Juli 1971 in Kraft.

(2) Es treten in Kraft:

1. mit 1. Juli 1971 die Bestimmungen der §§ 116 bis 132 mit der Maßgabe, daß ihre Geltung auf die Zeit bis zum 31. Dezember 1972 beschränkt wird;

2. mit 1. Juli 1971 die Bestimmungen der §§ 108 bis 115, 133, 134 und 137 bis 175 mit der Maßgabe, daß ihre Geltung auf die Zeit bis zum 31. Dezember 1973 beschränkt wird;

3. mit 1. Juli 1971 die Bestimmungen des § 2 Abs.1 Z.3 mit der Maßgabe, daß

a) sich die Pflichtversicherung bis zum 31. Dezember 1971 nur auf die Bezieher einer Pension (Übergangspension) erstreckt, wenn

- 151 -

aa) der Pension eine Erwerbstätigkeit auf Grund einer Berechtigung zugrunde liegt, die im Zeitpunkt des Ausscheidens aus der Pensionsversicherung die Pflichtversicherung in der Gewerblichen Selbständigenkrankenversicherung begründet hatte oder

bb) sie innerhalb eines Jahres vor dem Anfall der Pension entweder eine Berechtigung zurückgelegt haben, die die Pflichtversicherung in der Gewerblichen Selbständigenkrankenversicherung begründet hatte oder Gesellschafter einer offenen Handelsgesellschaft beziehungsweise persönlich haftende Gesellschafter einer Kommanditgesellschaft waren, die eine derartige Berechtigung zum Gegenstand ihrer Tätigkeit hatte;

b) die Pflichtversicherung der Bezieher von Hinterbliebenenpensionen erst mit 1. Jänner 1972 eintritt;

4. mit 1. Jänner 1972 die Bestimmungen des § 36

Abs.7;

5. mit 1. Jänner 1973 die Bestimmungen der §§ 17 bis 30 und 176;

6. mit 1. Jänner 1974 die Bestimmungen der §§ 13 und 180.

Vollziehung

§ 183. (1) Mit der Vollziehung dieses Bundesgesetzes ist hinsichtlich der Bestimmungen der §§ 121 und 122 über die Gebühren- und Abgabenbefreiung, 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 § 99, 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.

(2) Mit der Vollziehung der §§ 62 und 63 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
Pflichtbeschluß im Sinne des § 2 Abs.3 gefaßt
haben

Die gewerblichen Interessenvertretungen, die einen
Pflichtbeschluß im Sinne des § 2 Abs.3 gefaßt haben, sind

I. die noch bestehenden Fachgruppen:

1. Im Bundesland Burgenland:

Landesinnung Burgenland der Baugewerbe

Landesinnung Burgenland der Tischler

Landesinnung Burgenland der Tapezierer

Landesinnung Burgenland der Müller

Fachvertretung Burgenland der Zuckerbäcker

Landesinnung Burgenland der Nahrungs- und Genußmittel
gewerbe

Fachvertretung Burgenland der Gärtner und Blumenbinder

Fachvertretung Burgenland des graphischen Gewerbes

Landesinnung Burgenland der Friseure

Fachvertretung Burgenland der Chemisch-Putzer, Wäscher
und Färber

Landesinnung Burgenland der Bestatter

Allgemeine Landesinnung Burgenland des Gewerbes

Fachvertretung Burgenland des Lebensmittel- und Genuß-
mittelgroßhandels

Landesgremium Burgenland des Kleinhandels mit Lebens-
und Genußmitteln

Landesgremium Burgenland des Landesproduktenhandels

Landesgremium Burgenland des Viehhandels

Landesgremium Burgenland des Wein- und Spirituosen-
großhandels

Fachvertretung Burgenland des Außenhandels

Landesgremium Burgenland des Textilhandels

Landesgremium Burgenland des Schuhhandels

Fachvertretung Burgenland des Handels mit Leder, Häuten
und Tapeziererbedarf

- 153 -

Landesgremium Burgenland des Handels mit Lederwaren,
Spielwaren und Sportartikeln
Fachvertretung Burgenland des Handels mit Juwelen, Gold-,
Silberwaren, Uhren, Bildern, Antiquitäten und Kunst-
gegenständen
Landesgremium Burgenland des Handels mit Eisen, Metallen,
Eisen- und Metallwaren, Werkzeugen, Waffen usw.
Landesgremium Burgenland des Maschinenhandels
Landesgremium Burgenland des Handels mit Autos, Motor-
rädern, Fahrrädern, Nähmaschinen, deren Bestandteilen
und Bereifung
Landesgremium Burgenland des Radio- und Elektrohandels
Landesgremium Burgenland des Holz- und Baustoffhandels
Landesgremium Burgenland des Handels mit Möbeln,
Waren der Raumausstattung und Tapeten
Fachvertretung Burgenland des Altstoffhandels
Fachvertretung Burgenland des Parfümeriewarenhandels
Landesgremium Burgenland der Handelsvertreter- Kommis-
sionäre und Vermittler
Landesgremium Burgenland des Markt-, Straßen- und
Wanderhandels
Allgemeine Fachvertretung Burgenland des Handels
Fachvertretung Burgenland der Spediteure
Fachvertretung Burgenland der Kraftfahrerschulen
Fachgruppe Burgenland der Gast- und Schankbetriebe
Fachgruppe Burgenland der Lichtspieltheater;

2. im Bundesland Kärnten:

Landesinnung Kärnten der Baugewerbe
Landesinnung Kärnten der Bauhilfsgewerbe
Landesinnung Kärnten der Tischler
Landesinnung Kärnten der Binder, Korb- und Möbelflechter
Landesinnung Kärnten der Bürsten- und Pinselmacher,
Kammacher und Haarschmuckerzeuger
Landesinnung Kärnten der Elektrotechniker und Radio-
mechaniker

- 154 -

Landesinnung Kärnten der Metallgießer, Gürtler, Graveure,
Metalldrucker, Metallschleifer und Galvaniseure
Landesinnung Kärnten der Schuhmacher
Landesinnung Kärnten der Stricker, Sticker, Wirker, Weber,
Posamentierer und Seiler
Landesinnung Kärnten der Zuckerbäcker
Landesinnung Kärnten der Fleischer
Fachvertretung Kärnten der Molkereien, Käsereien, Schmelz-
werke und Eierkennzeichnungsstellen
Landesinnung Kärnten der Nahrungs- und Genußmittelgewerbe
Landesinnung Kärnten der Gärtner und Blumenbinder
Landesinnung Kärnten der Photographen
Allgemeine Landesinnung Kärnten des Gewerbes
Landesgremium Kärnten des Radio- und Elektrohandels
Landesgremium Kärnten des Handels mit Möbeln, Waren der
Raumausstattung und Tapeten
Fachvertretung Kärnten der Spediteure
Fachvertretung Kärnten der Kraftfahrerschulen;

3. im Bundesland Niederösterreich:

Landesinnung Niederösterreich der Baugewerbe
Landesinnung Niederösterreich der Bauhilfsgewerbe
Landesinnung Niederösterreich der Tischler
Landesinnung Niederösterreich der Wagner und Karosserie-
bauer
Fachvertretung Niederösterreich der Metallgießer, Gürtler,
Graveure, Metalldrucker, Metallschleifer und Galvaniseure
Landesinnung Niederösterreich der Kürschner, Handschuh-
macher und Gerber
Landesinnung Niederösterreich der Müller
Landesinnung Niederösterreich der Zuckerbäcker
Landesinnung Niederösterreich der Fleischer
Landesinnung Niederösterreich der Nahrungs- und Genuß-
mittelgewerbe
Landesinnung Wien der Gärtner und Blumenbinder

- 155 -

Landesinnung Niederösterreich der graphischen Gewerbe

Landesinnung Niederösterreich der chemischen Gewerbe

Landesinnung Niederösterreich der Friseure und Kosmetiker

Landesinnung Niederösterreich der Chemischputzer, Wäscher
und Färber

Landesgremium Niederösterreich des Kleinhandels mit Lebens-
und Genußmitteln

Landesgremium Niederösterreich des Landesprodukten-
handels

Landesgremium Niederösterreich des Viehhandels

Landesgremium Niederösterreich des Wein- und Spirituosen-
großhandels

Landesgremium Niederösterreich des Außenhandels

Landesgremium Niederösterreich des Textilhandels

Landesgremium Niederösterreich des Schuhhandels

Landesgremium Niederösterreich des Handels mit Leder,
Häuten und Tapeziererbedarf

Landesgremium Niederösterreich des Lederwaren-, Spiel-
waren- und Sportartikelhandels

Landesgremium Niederösterreich des Handels mit Juwelen,
Gold-, Silberwaren, Uhren, Bildern, Antiquitäten und
Kunstgegenständen

Landesgremium Niederösterreich des Handels mit Eisen,
Metallen, Eisen- und Metallwaren, Werkzeugen, Waffen,
Haus- und Küchengeräten, Glas-, Porzellan- und
Keramikwaren

Landesgremium Niederösterreich des Maschinenhandels

Landesgremium Niederösterreich des Handels mit Autos,
Motorrädern, Fahrrädern, Nähmaschinen und deren
Bestandteilen und Bereifung

Landesgremium Niederösterreich des Handels mit
photographischem, optischem und ärztlichen
Bedarf

Landesgremium Niederösterreich des Radio- und
Elektrohandels

- 156 -

Landesgremium Niederösterreich des Holz- und
Baustoffhandels

Landesgremium Niederösterreich des Brennstoffhandels

Landesgremium Niederösterreich des Handels mit Möbeln,
Waren der Raumausstattung und Tapeten

Landesgremium Niederösterreich des Altstoffhandels

Landesgremium Niederösterreich des Handels mit Drogen,
Pharmazeutika, Farben, Lacken und Chemikalien

Landesgremium Niederösterreich des Parfümeriewaren-
handels

Landesgremium Niederösterreich des Mineralölhandels

Landesgremium Niederösterreich der Handelsvertreter,
Kommissionäre und Vermittler

Landesgremium Niederösterreich des Markt-, Straßen-
und Wanderhandels

Allgemeines Landesgremium Niederösterreich

Fachgruppe Niederösterreich der Spediteure

Fachgruppe Niederösterreich für die Personenfuhrwerks-
gewerbe

Fachgruppe Niederösterreich für das Lastfuhrwerks-
gewerbe

Fachgruppe Niederösterreich der Autobusunternehmungen

Fachgruppe Niederösterreich der Garagen, Tankstellen
und Servicestationsunternehmungen

Fachgruppe Niederösterreich der Bäder

Fachvertretung Niederösterreich der Reisebüros

Fachvertretung Niederösterreich der Privattheater und
verwandten Unternehmungen

Fachgruppe Niederösterreich der Lichtspieltheater

Fachvertretung Niederösterreich der Privatkranken-,
Heil- und Pflegeanstalten

Allgemeine Fachvertretung Niederösterreich;

- 157 -

4. im Bundesland Oberösterreich

Landesinnung Oberösterreich der Baugewerbe

Landesinnung Oberösterreich der Steinmetzmeister

Landesinnung Oberösterreich der Bauhilfsgewerbe

Landesinnung Oberösterreich der Tischler

Landesinnung Oberösterreich der Wagner und Karosserie-
schlosser

Landesinnung Oberösterreich der Drechsler und Holz-
bildhauer

Landesinnung Oberösterreich der Schlosser

Landesinnung Oberösterreich des Landmaschinenhandwerks

Landesinnung Oberösterreich der Spengler und Kupfer-
schmiede

Landesinnung Oberösterreich der Elektrotechniker und
Radiomechaniker

Landesinnung Oberösterreich der Schmiede

Landesinnung Oberösterreich der Metallgießer, Gürtler,
Graveure, Metallschleifer und Galvaniseure

Landesinnung Oberösterreich der Gold- und Silberschmiede,
Juweliere und Uhrmacher

Landesinnung Oberösterreich der Kleidermacher

Landesinnung Oberösterreich der Sticker, Stricker, Wirker,
Weber, Posamentierer und Seiler

Landesinnung Oberösterreich der Müller

Landesinnung Oberösterreich der Zuckerbäcker

Landesinnung Oberösterreich der Fleischer

Landesinnung Oberösterreich der Molkereien, Käsereien,
Schmelzwerke und Eierkennzeichnungsstellen

Landesinnung Oberösterreich der Nahrungs- und Genußmittel-
gewerbe

Landesinnung Oberösterreich der Gärtner und Blumenbinder

Landesinnung Oberösterreich der Chemischputzer, Wäscher
und Färber

Landesinnung Oberösterreich der Bestatter

Landesinnung Oberösterreich der Gebäudeverwalter, Reali-
tätenvermittler und Inkassobüros

Landesgremium Oberösterreich des Viehhandels

- 158 -

Landesgremium Oberösterreich des Wein- und Spirituosen
großhandels

Landesgremium Oberösterreich des Schuhhandels

Landesgremium Oberösterreich des Handels mit Leder,
Häuten und Tapezierbedarf

Landesgremium Oberösterreich des Handels mit Juwelen,
Gold- und Silberwaren, Uhren, Bildern, Antiquitäten und
Kunstgegenständen

Landesgremium Oberösterreich des Handels mit Maschinen

Landesgremium Oberösterreich des Handels mit Autos,
Motorrädern, Fahrrädern, Nähmaschinen und deren Bestand-
teilen und Bereifung

Landesgremium Oberösterreich des Handels mit photo-
graphischem, optischem und ärztlichem Bedarf

Landesgremium Oberösterreich des Radio- und Elektro-
handels

Landesgremium Oberösterreich des Holz- und Baustoffhandels

Landesgremium Oberösterreich des Brennstoffhandels

Landesgremium Oberösterreich des Handels mit Möbeln,
Waren der Raumausstattung und Tapeten

Landesgremium Oberösterreich des Markt-, Straßen- und
Wanderhandels

Fachgruppe Oberösterreich für das Lastfuhrwerksgewerbe

Fachvertretung Oberösterreich der Privattheater und
verwandten Unternehmungen;

5. im Bundesland Salzburg

Landesinnung Salzburg der Glaser

Landesinnung Salzburg der Bauhilfsgewerbe

Landesinnung Salzburg der Wagner und Karosseriebauer

Landesinnung Salzburg der Drechsler und Holzbildhauer

Landesinnung Salzburg der Schlosser

Landesinnung Salzburg der Spengler und Kupferschmiede

Landesinnung Salzburg der Elektrotechniker und Radio-
mechaniker

Landesinnung Salzburg der Schmiede

- 159 -

Landesinnung Salzburg der Mechaniker

Fachvertretung Salzburg der Musikinstrumentenmacher

Landesinnung Salzburg der Tapezierer

Landesinnung Salzburg der Hutmacher, Modisten und
Schirmmacher

Landesinnung Salzburg der Mieder- und Wäschewarenerzeuger

Landesinnung Salzburg der Müller

Landesinnung Salzburg der Fleischer

Landesinnung Salzburg der Molkereien und Käsereien

Landesinnung Salzburg der Nahrungs- und Genußmittelgewerbe

Landesinnung Salzburg der Gärtner und Blumenbinder

Landesinnung Salzburg der Friseure und Kosmetiker

Fachvertretung Salzburg der Bestatter

Allgemeine Landesinnung Salzburg des Gewerbes

Landesgremium Salzburg des Lebensmittelkleinhandels

Landesgremium Salzburg des Landesproduktenhandels

Landesgremium Salzburg des Textilhandels

Landesgremium Salzburg des Schuhhandels

Landesgremium Salzburg des Leder- und Häutehandels

Landesgremium Salzburg des Eisenhandels

Landesgremium Salzburg des Maschinenhandels

Landesgremium Salzburg des Kraftfahrzeughandels

Landesgremium Salzburg des Photohandels

Landesgremium Salzburg des Elektrohandels

Landesgremium Salzburg des Holz- und Baustoffhandels

Landesgremium Salzburg des Möbelhandels

Landesgremium Salzburg des Parfümeriewarenhandels

Landesgremium Salzburg des Mineralölhandels

Landesgremium Salzburg des Markt-, Straßen- und Wander-
handels

Fachvertretung Salzburg der Schifffahrtsunternehmungen

Fachvertretung Salzburg der Privattheater und verwandten
Unternehmungen;

6. im Bundesland Steiermark

Landesinnung Steiermark der Baugewerbe

Landesinnung Steiermark der Fleischer

- 160 -

Landesinnung Steiermark der Bestatter
sowie die der Landesinnung Steiermark der Spengler
und Kupferschmiede angehörenden Inhaber von Wander-
gewerbeberechtigungen;

7. im Bundesland Vorarlberg

Allgemeine Fachvertretung des Verkehrs;

8. im Bundesland Wien

Allgemeine Landesinnung des Gewerbes

Landesinnung Wien der Bandagisten und Orthopädiemecha-
niker

Landesinnung Wien der Baugewerbe

Landesinnung Wien der Bestatter

Landesinnung Wien der Buchbinder und Kartonagewaren-
erzeuger

Landesinnung Wien der chemischen Gewerbe

Landesinnung Wien der Drechsler und Holzbildhauer

Landesinnung Wien der Fleischer

Landesinnung Wien der Gärtner

Landesinnung Wien der Gas- und Wasserleitungsinstallateure

Landesinnung Wien der Hutmacher, Modisten und Schirm-
macher

Landesinnung Wien der Maler, Anstreicher und Lackierer

Landesinnung Wien der Mechaniker

Landesinnung Wien der Mieder- und Wäschewarenerzeuger

Landesinnung Wien der Molkereien, Käsereien, Schmelz-
werke und Eierkennzeichnungsstellen

Landesinnung Wien der Müller

Landesinnung Wien der Nahrungs- und Genußmittelgewerbe

Landesinnung Wien der Optiker

Landesinnung Wien der Posamentierer und Seiler

Landesinnung Wien der Schädlingsbekämpfer

Landesinnung Wien der Schlosser

Landesinnung Wien der Schuhmacher

- 161 -

Landesinnung Wien der Sticker

Landesinnung Wien der Stricker, Wirker und Weber

Landesinnung Wien der Tapezierer

Landesinnung Wien der Wagner und Karosseriebauer

Landesinnung Wien der Wäscher

Landesinnung Wien der Zuckerbäcker

Landesgremium Wien des Altstoffhandels

Landesgremium Wien für den Kleinhandel mit Altwaren
(Trödler, Tandler)

Landesgremium Wien für den Handel mit ärztlichem, zahn-
ärztlichem und Labatoriumbedarf

Landesgremium Wien für den Handel mit Automobilien,
Motorrädern und deren Bereifung sowie für den Kleinhandel
mit Automobil-, Motorradteilen und Zubehör

Landesgremium Wien für den Großhandel mit Automobil-,
Motorradteilen und Zubehör

Landesgremium Wien für den Handel mit Baustoffen und
Flachglas

Landesgremium Wien für den Großhandel mit Bekleidung und
Textilien

Landesgremium Wien für den Kleinhandel mit Bekleidung und
Textilien

Landesgremium Wien für den Handel mit Büromaschinen und
Büromöbeln

Landesgremium Wien für den Kleinhandel mit Eisen, Me-
tallen, Eisen- und Metallwaren, Werkzeugen, Waffen, Haus-
und Küchengeräten, Glas-, Porzellan- und Keramikwaren

Landesgremium Wien für den Kleinhandel mit Elektrowaren,
Radioapparaten, deren Bestandteile und Zubehör und
Musikinstrumenten

Landesgremium Wien für den Großhandel mit Elektrowaren,
Radioapparaten, deren Bestandteile und Zubehör und
Musikinstrumenten

Landesgremium Wien für den Export- und Importhandel

Landesgremium Wien für den Kleinhandel mit Fahrrädern,
Nähmaschinen, deren Bestandteile und Zubehör

- 162 -

Landesgremium Wien für den Großhandel mit Galanterie-, Bijouterie- und Lederwaren sowie Sportartikeln, Spielwaren und kunstgewerblichen Artikeln

Landesgremium Wien für den Handel mit Häuten und Fellen

Landesgremium Wien für den Handel mit Holz

Landesgremium Wien für den Kleinhandel mit Juwelen, Gold-, Silberwaren und Uhren

Landesgremium Wien für den Kleinhandel mit Kohle und anderen Brennstoffen

Landesgremium Wien für den Handel mit Landmaschinen

Landesgremium Wien des Landesproduktenhandls

Landesgremium Wien des Lebens- und Genußmittelgroßhandels

Landesgremium Wien des Kleinhandels mit Lebens- und Genußmitteln

Landesgremium Wien für den Handel mit Leder, Tapezierer- und Sattlerbedarf

Landesgremium Wien der Marktviktualienhändler

Landesgremium Wien für den Großhandel mit Metallen und Metallhalbfabrikaten

Landesgremium Wien für den Großhandel mit Mineralöl, Mineralölprodukten, Treib- und Schmierstoffen

Landesgremium Wien für den Kleinhandel mit Mineralöl und Mineralölprodukten

Landesgremium Wien des Handels mit Möbeln, Waren der Raumausstattung und Tapeten

Landesgremium Wien für den Großhandel mit Papier- und Schreibwaren, Buchbindereibedarf und Postkarten

Landesgremium Wien für den Großhandel mit unverarbeitetem Papier

Landesgremium Wien für den Kleinhandel mit Parfümerie-, Wasch- und Haushaltsartikeln

Landesgremium Wien für den Großhandel mit Parfümerie-, Wasch- und Haushaltsartikeln

Landesgremium Wien für den Handel mit Waren für Photo, Kino und Optik

Landesgremium Wien für den Großhandel mit Rohwaren und Fellen

- 163 -

Landesgremium Wien für den Kleinhandel mit Schublen
Landesgremium Wien für den Kleinhandel mit Spielwaren,
Sportartikeln, Korbwaren und Kinderwagen
Landesgremium Wien der Straßen- und Wanderhändler, Markt-
fahrer, Hausierer und Markthändler, die andere Waren als
Lebensmittel führen
Landesgremium Wien für den Handel mit technischem und
industriellem Bedarf
Landesgremium Wien für den Großhandel mit textilen Roh-
stoffen und Halbfabrikaten
Landesgremium Wien des Wein- und Spiritousengroßhandels
Fachgruppe Wien der Autobusunternehmungen
Fachgruppe Wien der Garagen, Tankstellen- und Service-
stationsunternehmungen
Fachvertretung für Wien der Schifffahrtsunternehmungen
Fachgruppe Wien der Spediteure
Fachgruppe Wien der Privattheater und verwandten Unter-
nehmungen
Landesinnung Wien der Übernahmestellen für Chemisch-
putzen, Waschen, Färben;
allgemeine Fachgruppe des Fremdenverkehrs der Kammer
der gewerblichen Wirtschaft für Wien.

II. die bereits aufgelösten Körperschaften:

die Handwerkskammer für Wien, Niederdonau, Oberdonau,
Salzburg, Steiermark und Kärnten, jedoch nur insoweit,
als die innegehabte Berechtigung in die Handwerksrolle
einzutragen war;
Wirtschaftsgruppen Wien und Niederdonau des Gäststätten-
und Beherbergungsgewerbes;
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 Gau-
wirtschaftskammer für Wien;

- 164 -

Gremium der Wiener Kaufmannschaft beziehungsweise der
Buchkaufmannschaft Wien;
Niederösterreichische Leichenbestatterzunft;
Handelsgremium Salzburg (Stadt);
Wiener allgemeine Gewerbe-genossenschaft;
Genossenschaft der konzessionierten Informationsbüros
in Wien;
Genossenschaft der Spiritus- und Essigerzeuger in Wien;
Genossenschaft der Wilpret- und Geflügelhändler in Wien;
Genossenschaften der Wiener Lastfuhrwerker und der
Großfuhrwerksbesitzer in Wien;
Allgemeine Gewerbe-genossenschaft Trumau;
Allgemeine Gewerbe-genossenschaft Hainburg;
Landesgewerbe-genossenschaft der Baumeister für Salzburg;
Genossenschaften der Gastwirte für die politischen
Bezirke St. Johann und Tamsweg in Salzburg;
Kunstgewerbe-genossenschaft in Salzburg (Stadt);
Genossenschaft der Lastfuhrwerker in Graz und Graz-Umgebung;
Genossenschaft der Frächter des politischen Bezirkes
Voitsberg;
Landesfachgenossenschaft der Sodawassererzeuger für
Kärnten;
Gewerbe-genossenschaften der Gerichtsbezirke Paternion
und Feldkirchen in Kärnten.

Es wird beantragt, den vorliegenden Antrag unter Verzicht
auf die erste Lesung dem Ausschuß für soziale Verwaltung zu-
zuweisen.

B e g r ü n d u n g :

Mit 1. Juli 1966 war das Gewerbliche Selbständigen-Krankenversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 167/1966, in Kraft getreten. Dieses Gesetz löste die bis dahin in Geltung gestandenen, aus verschiedenen Zeitperioden stammenden zahlreichen Rechtsvorschriften über die sogenannte "Meisterkrankenversicherung" ab. Damit hatte die Krankenversicherung der selbständig Erwerbstätigen in der gewerblichen Wirtschaft eine zusammenfassende Darstellung in einem einheitlichen Gesetz gefunden. Hierbei wurde aber das materielle Recht in seinen Grundzügen im wesentlichen unverändert übernommen. Es wurde aus der Zeit der Meisterkrankenversicherung die Abgrenzung des Versichertenkreises und seine Erweiterung durch Fassung entsprechender "Pflichtbeschlüsse" der Fachgruppen und Innungen ebenso beibehalten, wie die äußere Organisation der Krankenversicherung, die durch den Bestand von acht Selbständigenkrankenkassen, zusammengefaßt im Verband der Gewerblichen Selbständigenkrankenkassen, gekennzeichnet ist.

Infolge der ungünstigen Altersstruktur der Versicherten und des andauernden Rückganges der Zahl der erwerbstätigen Versicherten mußten bereits durch die 2. Novelle zum GSKVG., BGBl. Nr. 102/1969, gesetzliche Maßnahmen zur Sicherung der finanziellen Lage der Selbständigenkrankenkassen getroffen

werden. Nunmehr hat sich die finanzielle Situation in der Gewerblichen Selbständigen-Krankenversicherung neuerlich so verschlechtert, daß einige Kassen - zum Teil bereits im Jahre 1971 - in einen finanziellen Engpaß geraten sind. Es bedarf daher neuerlich des Eingreifens des Gesetzgebers. Daneben wird aber auch das Problem der GSPVG.-Pensionisten, die derzeit nur in einem unzureichenden Maße Krankenversicherungsschutz genießen und zum Teil auf die private Krankenversicherung angewiesen sind, immer dringlicher.

Diese Notwendigkeit legislativer Maßnahmen hat die Interessenvertretung der gewerblichen Wirtschaft bewogen, den ganzen Problemkreis der Selbständigenkrankenversicherung neu zu überdenken, wobei insbesondere auch die durch die organisatorische Aufsplitterung der Kassen hervorgerufene ungünstige Risikenverteilung und damit Finanzschwäche einzelner Kassen Anlaß bot, die Möglichkeit einer strafferen Organisation der Krankenversicherung zu untersuchen.

Als Ergebnis dieser Bestrebungen hat die Bundeskammer der gewerblichen Wirtschaft einen als "Gewerbliches Sozialversicherungs-Neuregelungsgesetz" bezeichneten Gesetzentwurf ausgearbeitet, der aus einer Novelle zum GSKVG., einer Novelle zum GSPVG. und einem Abschnitt über die Schaffung eines gemeinsamen Versicherungsträgers für die Kranken- und Pensionsversicherung der selbständigen Gewerbetreibenden besteht. Der Entwurf strebt hiebei eine etappenweise

Zusammenlegung der derzeitigen Versicherungsträger an, wobei ab 1. Jänner 1973 der Beitragseinzug für die Selbstständigenkrankenkassen von der Pensionsversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft durchgeführt werden soll, während ab 1. Jänner 1974 alle derzeitigen Selbstständigen-Krankenkassen und die Pensionsversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft in die neue "Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft" übergeführt werden sollte.

Der vorliegende Gesetzesantrag stützt sich hinsichtlich der materiell rechtlichen Änderungen auf die Vorschläge der Bundeskammer der gewerblichen Wirtschaft, geht aber hinsichtlich der legislatischen Gestaltung einen anderen Weg.

Statt einer verhältnismäßig umfangreichen Novellierung des GSKVG. stellt sich der Entwurf als ein neues GSKVG. 1971 dar, das bereits in die Form gebracht wurde, wie es ab 1974 nach Errichtung der "Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft" notwendig sein wird. Die für die Übergangszeit bis 1974 erforderlichen Vorschriften sind am Schluß dieses Gesetzes zusammengefaßt und werden mit dem Wirksamwerden der neuen Organisationsform außer Kraft treten.

Als notwendige Ergänzung stellt sich die ebenfalls als Initiativantrag vorliegende Novelle zum GSPVG. dar, die unter Berücksichtigung des vorgesehenen Etappenplanes

- 4 -

die entsprechenden Änderungen des GSPVG. enthält.

Die vorliegende Neuregelung der Gewerblichen Selbständigen-Krankenversicherung sieht folgende wesentliche Änderungen gegenüber der bisherigen Rechtslage vor:

1.) Bei den für die Ausdehnung der Pflichtversicherung weiterhin erforderlichen Abstimmungen der jeweiligen Fachgruppen sollen auch die Pensionsbezieher, die früher diesen Fachgruppen angehört haben, stimmberechtigt sein.

2.) Alle Fachgruppen, deren Mitglieder noch nicht der Pflichtversicherung unterliegen, werden von Gesetzes wegen verpflichtet, neuerlich eine Abstimmung durchzuführen.

3.) Die Kinder des Versicherten werden aus dem Kreis der Angehörigen, für die zur Erreichung des Versicherungsschutzes eine freiwillige Familienversicherung abzuschließen ist, herausgenommen. Für sie besteht ein unmittelbarer Leistungsanspruch des versicherten Vaters. Ebenso wird auch für die Ehegattin eines pflichtversicherten Pensionisten eine beitragsfreie Anspruchsberechtigung eingeräumt.

4.) Die Ermittlung der Beitragsgrundlage wird zur Erleichterung des Beitragseinzuges durch die Pensionsversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft an die Bestimmungen des GSPVG. angepaßt.

5.) Die Höchstbeitragsgrundlage wird von derzeit 60.000 S auf 72.000 S jährlich, die Mindestbeitragsgrundlage von derzeit 12.000 S auf 15.000 S jährlich erhöht.

- 5 -

6.) Die Höhe des Grundbeitrages darf höchstens 7,5 v.H. (derzeit 6 v.H.) der jeweiligen Beitragsgrundlage betragen.

7.) Bezüglich der Beiträge zur Krankenversicherung der Pensionisten ist eine etappenweise Heranführung an die auch im Bereich des ASVG. und des B-PVG. geltende Regelung vorgesehen. Der aus Mitteln der Pensionsversicherung zu leistende Beitrag soll ab 1. Jänner 1972 9,75 v.H. des Pensionsaufwandes betragen. Vom Pensionisten soll ein Betrag einbehalten werden, der ab 1. Jänner 1972 5 v.H., ab 1. Jänner 1973 4 v.H. und ab 1. Jänner 1974 3 v.H. der Pension (Pensionssonderzahlung) einschließlich der Ausgleichszulagen beträgt. Für die Zeit vom 1. Juli 1971 bis 31. Dezember 1971 wird die bisherige Regelung unverändert beibehalten.

8.) Der Beitragseinzug für die Selbständigen-Krankenversicherung soll ab 1. Jänner 1973 von der Pensionsversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft übernommen werden.

9.) Ab 1. Jänner 1974 sollen alle bestehenden Selbständigen-Krankenkassen und die Pensionsversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft zur "Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft" als Versicherungsträger für die Kranken- und Pensionsversicherung zusammengelegt werden. Diese Konzentration entspricht einem Wunsch der durch ihre gesetzlichen Interessenvertretungen repräsentierten Versicherten, die

- 5a -

schon wegen der Beitragsmehrbelastungen jede sich bietende Rationalisierungsmöglichkeit ausgeschöpft wissen wollen. Die vorgesehene Reorganisation läßt keine Schlüsse auf die Organisationsformen in anderen Zweigen der Sozialversicherung zu, wo es ~~gleichfalls~~ auf die Bedürfnisse und Wünsche der Versicherten ankommen müßte. Der Verband der gewerblichen Selbständigenkrankenkassen wird aufgelöst. In allen Bundesländern werden Landesstellenausschüsse

- 6 -

als Selbstverwaltungskörper der Versicherungsanstalt errichtet.

Über diese wesentlichen Änderungen hinaus wird zum Gesetzentwurf, soweit er weitere Änderungen bringt, noch folgendes bemerkt:

Zu den §§ 1 bis 12:

Der gegenwertige Umfang der Pflichtversicherung ergibt sich aus der auf Grund des § 2 Abs.3 angeschlossenen Anlage 1, in der alle bisher gefaßten Pflichtbeschlüsse, und zwar sowohl die vor dem Wirksamkeitsbeginn des GSKVG., BGBl.Nr. 167/1966, als auch die auf Grund des § 3 dieses Gesetzes zustande gekommenen und bisher in den Verordnungen des Bundesministers für soziale Verwaltung vom 11. September 1967, BGBl.Nr.320 bis 327 verlautbarten Pflichtbeschlüsse zusammengefaßt sind. In Anpassung an das GSPVG. wird die Pflichtversicherung im §2 Abs.5 auch auf die mit der Ausübung bestimmter Gewerbeberechtigungen verbundenen Nebenerwerbstätigkeiten, wie Zeitungs-, Marken- und Fahrscheinverschleiß usw. ausgedehnt, um die Abgrenzung des Versichertenkreises in der Pensionsversicherung und Krankenversicherung möglichst einheitlich zu gestalten.

Mit der Neufassung der Ausnahmebestimmung im § 4 wird einerseits der bisher in der Pensionsversicherung bestehende Ausnahmegrund für Personen, die das Gewerbe ruhend gemeldet haben, in der Krankenversicherung eingeführt, andererseits der bisherige Ausnahmegrund für Personen,

- 7 -

die den Gewerbebetrieb als Deszendentenbetrieb fortführen auf Fälle, in denen gleichzeitig ein Witwenfortbetrieb vorliegt, eingeschränkt. Diesen Regelungen liegt zunächst der Gedanke zugrunde, die Ausnahmegründe in der Krankenversicherung mit jenen in der Pensionsversicherung zu koordinieren. Durch die Bestimmung, daß Personen, die das Ruhen des Gewerbebetriebes angemeldet haben, von der Krankenversicherung ausgenommen sind, sollen im übrigen Härtefälle, mit denen sich die Kassen in der Vergangenheit immer wieder zu beschäftigen hatten, beseitigt werden. Eine völlige Streichung des bisherigen Ausnahmegrundes für Deszendenten, wie sie in der Pensionsversicherung Platz greift, erscheint jedoch in der Krankenversicherung nicht angezeigt, weil auch solche Deszendenten eines Krankenversicherungsschutzes bedürfen. Lediglich für Deszendenten, die gemeinsam mit der Mutter einen Witwen- Deszendentenfortbetrieb führen, soll in der Krankenversicherung weiterhin ein Ausnahmegrund bestehen.

Die Ergänzung im § 5 Abs.1 Z.1 erscheint im Hinblick darauf, daß die Unterbringung in einer Sonderheilanstalt, in einem Genesungs-, Erholungs- oder Kurheim als Voraussetzung gegenüber der Anstaltspflege für das Ruhen der Versicherung als gleichwertig anzusehen ist, notwendig.

Die Änderungen im § 6 Abs.6 und 7 hängen mit der angestrebten beitragsrechtlichen Anpassung an die Bestimmungen des ASVG. hinsichtlich der Krankenversicherung

- 8 -

der Pensionisten zusammen. An Stelle der bisher vorgesehenen Aufrechterhaltung der Pflichtversicherung auf Grund der Erwerbstätigkeit sollen nunmehr, so wie im ASVG., die Rechtskonstruktion der "vorläufigen Krankenversicherung" treten. Eine Bescheinigung über diese "vorläufige Krankenversicherung" wird jedoch nicht auf Antrag, sondern von Amts-wegen vom Träger der Pensionsversicherung auszustellen sein. Die "vorläufige Krankenversicherung" soll - wie im ASVG. - nur dann Platz greifen, wenn keine anderweitige gesetzliche Pflichtversicherung besteht, und endet, wenn eine Pension nicht zuerkannt wird, mit dem Tag der Zustellung des abweisenden Pensionsbescheides.

Im § 7 Abs.2 wird, um die Fälle von Fristversäumnis möglichst auszuschließen, die Antragsfrist zur Weiterversicherung in Anlehnung an die entsprechende Regelung im ASVG. von drei auf sechs Wochen verlängert.

Die Bestimmungen des § 10 über die Familienversicherung erfahren insoferne eine Änderung, als für die Kinder des Versicherten eine beitragsfreie Anspruchsberechtigung aus der elterlichen Versicherung geschaffen wird, und damit die Notwendigkeit entfällt, für die Kinder eine beitragspflichtige Familienversicherung abzuschließen. Eine ähnliche Regelung gilt für die Ehegatten von Pensionisten ab 1. Jänner 1972, so daß auch für diesen Personenkreis ab 1. Jänner 1972 der Abschluß einer Familien-

- 9 -

versicherung nicht mehr erforderlich ist. Die pflichtversicherten Pensionisten werden daher in der Aufzählung der zum Abschluß einer Familienversicherung für die Ehegattin Berechtigten (§ 10 Abs.1) nicht mehr genannt. Da der beitragsfreie Versicherungsschutz für die Ehegatten von Pensionisten aber erst ab 1. Jänner 1972 wirksam werden soll, wird durch eine Übergangsbestimmung für die Zeit vom 1. Juli bis 31. Dezember 1971 der Abschluß einer Familienversicherung für die Ehegattin auch für Pensionisten ermöglicht.

Die Neutextierung des § 12 ergibt sich in Anlehnung an die Bestimmungen des § 6a GSPVG., um eine Übereinstimmung hinsichtlich der Formalversicherungsbestimmungen zu erreichen.

Zu § 13:

Diese Bestimmung über den neuen Versicherungsträger wird erst am 1. Jänner 1974 in Kraft treten. Die bisherige Organisation der Selbständigen-Krankenkassen einschließlich des Verbandes der Gewerblichen Selbständigen-Krankenkassen wird bis zu diesem Zeitpunkt durch die Übergangsbestimmungen des Abschnittes II des Vierten Teiles aufrecht erhalten.

Zu den §§ 14 bis 16:

Die Neuerung bei den Meldebestimmungen gegenüber der bisherigen Rechtslage besteht in der Erstreckung der Meldefrist auf zwei Wochen gegenüber bisher einer Woche.

- 10 -

Zu den §§ 17 bis 30:

Im Zusammenhang mit der Übernahme des Beitrags-
einzuges für die Selbständigenkrankenkassen durch
die Pensionsversicherungsanstalt der gewerblichen
Wirtschaft ab 1. Jänner 1973 werden die beitrags-
rechtlichen Bestimmungen an die entsprechenden
Regelungen des GSPVG. angepaßt, um die Pensionsver-
sicherungsanstalt in die Lage zu versetzen, den Beitrags-
einzug möglichst kostensparend vornehmen zu können.
Dies bezieht sich sowohl auf die Angleichung hin-
sichtlich der Beitragsgrundlagenermittlung als auch
auf die Regelung des Einkommensnachweises und die
Einführung der Verzugszinsenregelung. Hinsichtlich der
Festsetzung der Beitragsgrundlage für Weiterversicherte
wurde auf die entsprechende Regelung des § 76 ASVG.
zurückgegriffen. Im Hinblick auf die finanzielle
Situation der Selbständigen-Krankenversicherung war
die Erschließung zusätzlicher Einnahmen erforderlich,
die durch die Erhöhung der Mindest-, und Höchstbei-
tragsgrundlage sowie des höchstzulässigen Beitrags-
satzes bewirkt wird. Die Neuregelung des Beitragsrechtes
wird erst mit dem Zeitpunkt der Übernahme des
Beitragseinzuges durch die Pensionsversicherungsanstalt
der gewerblichen Wirtschaft, das ist ab 1. Jänner 1973
wirksam. Bis dahin wird für die Gewerblichen Selb-
ständigenkrankenkassen das bisher geltende Beitragsrecht
unter Berücksichtigung der oben erwähnten Maßnahmen zur
Erschließung zusätzlicher Einnahmen durch die Über-

- 11 -

gangsbestimmungen des 3. Unterabschnittes im Abschnitt II des Vierten Teiles aufrecht erhalten.

Zu den §§ 31 bis 75:

Das Leistungsrecht der Krankenversicherung wird im wesentlich unverändert aus der bisherigen Regelung des GSKVG. übernommen. Neu ist, wie bereits erwähnt, die Einführung des beitragsfreien Versicherungsschutzes für die Kinder sowie für die Ehegatten von Pensionsbezieher, der Entfall der Wartezeiten in der Selbst- und Familienversicherung sowie der Entfall des Ruhens der Leistungsansprüche bei Auslandsaufenthalt für den Fall des Bestehens eines Beitragsrückstandes.

Zu den §§ 76 bis 100:

Die Regelung der Beziehungen des Versicherungsträgers zu anderen Versicherungsträgern, zu den Fürsorgeträgern und den Vertragspartnern sowie die Regelung des Verfahrensrechtes enthalten keine bemerkenswerten Änderungen.

Zu den §§ 101 bis 180:

In gleicher Weise, wie dies nach den Inkrafttreten des GSKVG. im Jahre 1966 der Fall war, werden die Fachgruppen bzw. Fachvertretungen der Sektionen Gewerbe, Handel, Verkehr und Fremdenverkehr, in deren Bereich noch keine Pflichtversicherung besteht, eine Abstimmung über die Einführung der Pflichtversicherung durchzuführen haben, bei der - so wie im Dauerrecht - auch die Bezieher von Pensions aus diesen Kammerbereichen abstimmungsberechtigt sein werden (§ 101).

- 12 -

Die Selbständigenkrankenkasse des Handels hat als einzige Kasse von den Satzungsermächtigungen der § 22 Abs.4 und 25 Abs.3 GSKVG. Gebrauch gemacht und überdies die im § 148 GSKVG. geregelte Höherversicherung weitergeführt. Diese Einrichtungen sollen auch nach dem Aufgehen der Selbständigenkrankenkasse des Handels in der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft von diesem Versicherungsträger weitergeführt werden, sofern sie im Zeitpunkt des Rechtsüberganges (31. Dezember 1973) noch bestehen (§§ 106 und 107).

Die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft wird ab 1. Jänner 1974 ins Leben treten. Bis zu diesem Zeitpunkt bleibt die bisherigen Kassenorganisation einschließlich des Verbandes der Gewerblichen Selbständigenkrankenkassen bestehen. Die §§ 108 bis 115 und 137 bis 175 übernehmen für diese Übergangszeit die bisherigen Rechtsgrundlagen der Kassen und des Verbandes aus den entsprechenden Bestimmungen des GSKVG.

Der Beitragseinzug zur gewerblichen Selbständigenkrankenversicherung wird ab 1. Jänner 1973 von der Pensionsversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft durchgeführt werden, wobei diese Versicherungsanstalt die ebenfalls ab 1. Jänner 1973 in Kraft tretenden Bestimmungen des Dauerrechtes (§§ 17ff.) anwenden wird. Für die Zeit bis zum 31. Dezember 1972, in der der Bei-

- 13 -

tragseinzug so wie bisher von den Kassen vorgenommen wird, wird mit den Übergangsbestimmungen der §§ 118 bis 132 das bisherige Beitragsrecht des GSKVG. unter Berücksichtigung der zur Sicherung der finanziellen Gebarung der Kassen erforderlichen Maßnahmen (Erhöhung des Beitragssatzes sowie der Mindest- und Höchstbeitragsgrundlage) aufrecht erhalten; desgleichen wird die Rechtsgrundlage für die bestehenden Sonderregelungen für die Selbständigenkrankenkasse des Handels mit den Übergangsbestimmungen der §§ 133 und 134 aus dem GSKVG. übernommen.

Hinsichtlich der Beiträge zur Krankenversicherung der Pensionisten wird bis zum 31. Dezember 1971 auf Grund der Übergangsbestimmung des § 135 keine Änderung eintreten. Die zur Sicherung der finanziellen Gebarung der Kassen vorgesehenen Maßnahmen werden sich nicht für Pensionisten auswirken. Ab dem Jahre 1972 beginnt die stufenweise Entwicklung der Beitragsregelung zu dem auch in der Krankenversicherung der Pensionisten nach dem ASVG. angestrebten Ziel. Der Beitrag der Pensionsversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft zur Krankenversicherung der Pensionisten wird 9,75 v.H. des Pensionsaufwandes betragen, wobei diese Anstalt im Jahre 1972 5 v.H. von jeder Pension einbehält (§ 136). Ab dem Jahr 1973 gilt die Regelung des Dauerrechtes (§ 20 Abs.5 und 6), die bei gleichbleibender Höhe des von der Pensionsversicherungsanstalt der

- 14 -

gewerblichen Wirtschaft bzw. der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft zu entrichtenden Beitrages eine Herabsetzung des von der Pension vorzunehmenden Einbehaltes auf 4 v.H. der Pension im Jahre 1973 und auf 3 v.H. der Pension ab dem Jahre 1974 vorsieht. Neu ist, daß auch die Ausgleichszulage in den Pensionsbetrag, von dem der Einbehalt vorzunehmen ist, einbezogen wird.

Die Pensionsversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft wird, wie bereits erwähnt, ab 1. Jänner 1973 den Beitragseinzug für die gewerbliche Selbständigenkrankenversicherung durchführen. Sie erhält ab diesem Zeitpunkt daher auch die Zuständigkeit zur Behandlung aller Verwaltungssachen, welche die Pflichtversicherung und die freiwillige Versicherung betreffen (§ 176); lediglich die Feststellung der gesundheitlichen Eignung, die Voraussetzung für den Abschluß freiwilliger Versicherungen ist, wird weiterhin von den Kassen vorgenommen werden.

Um die Überführung der Kassen, des Verbandes, und der Pensionsversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft in die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft möglichst reibungslos zu gewährleisten, erscheint es notwendig, schon von jetzt an bis zum Tätigwerden der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft die Geschäftsführung der genannten Versicherungsträger in allen gebarungs- oder vermögenswirksamen Angelegenheiten auf das zu erreichende

- 15 -

Ziel auszurichten. Die auf diesem Gebiet wünschenswerte Koordination soll durch einen paritätischen Ausschuß herbeigeführt werden, der aus Versicherungsvertretern der Kassen, des Verbandes und der Pensionsversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft besteht und bei der Bundeskammer der gewerblichen Wirtschaft errichtet wird. Sämtliche gebärungs- oder vermögenswirksame Beschlüsse der Verwaltungskörper der Kassen, des Verbandes und der Pensionsversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Zustimmung dieses Ausschusses (§ 178).

Um die vorgesehenen Maßnahmen zur Sicherung der finanziellen Gebarung der Kassen möglichst rasch wirksam werden zu lassen, werden im § 179 die diesbezüglich erforderlichen Satzungsänderungen von Gesetzes wegen mit Wirksamkeit ab 1. Juli 1971 vorweggenommen. Dem steht jedoch nicht entgegen, daß eine Kasse, die dieser Maßnahmen nicht in vollen Umfang bedarf, rückwirkend die Änderungen in ihrer Satzung auf das für sie erforderliche Ausmaß zurückführen kann.

Finanzielle Erläuterungen

Nach den vorläufigen Erfolgsrechnungen hatten die acht
Gewerblichen Selbständigenkrankenkassen im Jahre 1970 nachstehende
Gebbarungsergebnisse:

Gebbarung im Jahre 1970

	Einnahmen	Ausgaben	Gebbarungs- erfolg
	Millionen Schilling		
GSKK Wien	105,6	110,3	- 4,7
SKK Fremdenverkehr	40,7	41,6	- 0,9
SKK Handel	50,3	58,2	- 7,9
GSKK N.Ö. und Bgld.	130,3	129,8	+ 0,5
GSKK O.Ö.	77,7	81,5	- 3,8
GSKK Steiermark	54,0	58,7	- 4,7
GSKK Kärnten	40,9	43,3	- 2,4
GSKK Salzburg	40,2	41,9	- 1,7
zusammen	539,7	565,3	- 25,6

Unter analoger Anwendung der Bestimmungen des § 447 b Abs.6
ASVG. wurden für jede Kasse die am 31. Dezember 1970 vorhandenen
liquiden Mittel errechnet. Die folgende Übersicht gibt hierüber
Auskunft.

- 2 -

Liquide Mittel am 31. Dezember 1970

	absolut	Vielfache eines Monatsaufwandes 1970
GSKK Wien	22,2 Mio.S	2,4
SKK Fremdenverkehr	5,8 " "	1,7
SKK Handel	- 2,1 " "	- 0,4
GSKK N.Ö. und Bgld.	45,9 " "	4,2
GSKK O.Ö.	9,6 " "	1,4
GSKK Steiermark	6,8 " "	1,4
GSKK Kärnten	5,0 " "	1,4
GSKK Salzburg	6,1 " "	1,8
zusammen	99,3 Mio.S	2,1

Ende 1970 war die SKK Handel illiquid, die GSKK für N.Ö. u. Bgld. hatte eine zufriedenstellende Liquiditätsreserve, die übrigen Kassen eine mehr oder minder ausreichende.

Bei ungeänderter Rechtslage erwarten die Kassen für das Jahr 1971 auf Grund ihrer Voranschläge nachstehende Gebarung:

Gebarung im Jahre 1971

	Einnahmen	Ausgaben	Gebarungserfolg
	Millionen Schilling		
GSKK Wien	104,8	120,3	- 15,5
SKK Fremdenverkehr	42,8	45,7	- 2,9
SKK Handel	53,5	59,7	- 6,2
GSKK N.Ö. und Bgld.	137,0	149,5	- 12,5
GSKK O.Ö.	80,5	88,4	- 7,9
GSKK Steiermark	54,9	64,2	- 9,3
GSKK Kärnten	41,4	46,9	- 5,5
GSKK Salzburg	41,2	46,5	- 5,3
zusammen	556,1	621,2	- 65,1

- 3 -

Aus den beiden vorstehenden Übersichten muss der Schluss gezogen werden, dass lediglich die GSKK für N.Ö. u. Bgld. den für 1971 erwarteten Gebärungsabgang decken könnte. Die SKK Handel käme in eine schwere Finanzkrise, während bei den übrigen Kassen sicher finanzielle Engpässe auftreten werden.

Auf Grund der geltenden Rechtslage weitergeführte Vorausberechnungen haben ergeben, dass die Gebärung aller acht Kassen zusammen im Jahre 1972 mit etwa 100 Mio.S und im Jahre 1973 mit etwa 150 Mio.S passiv sein wird. Diese finanzielle Situation macht es notwendig, so schnell als möglich Sanierungsmassnahmen vorzusehen.

Die auf Grund des vorliegenden Gesetzantrages für die Zeit 1971 bis 1973 zu erwartende Gebärung aller acht Kassen zusammen ist in Tabelle 1 dargestellt. Eine Weiterrechnung der Gebärung über diesen Zeitpunkt hinaus erscheint wenig sinnvoll, da nicht abzusehen ist, wie die im Antrag vorgesehenen Abstimmungen ausgehen werden.

./. Tabelle 1

Für die Ausgaben wurde die Entwicklung der sechziger Jahre unter Bedachtnahme auf die künftige Zahl der Versicherten und Anspruchsberechtigten weiter extrapoliert. Sie enthalten trotzdem einen gewissen Unsicherheitsfaktor, weil die künftige Entwicklung der Kosten der Anstaltspflege derzeit nicht absehbar ist. Die derzeitige Zahl der pflichtversicherten Erwerbstätigen wurde bis zum Jahre 1973 weiterentwickelt. Die Zahl der pflichtversicherten Pensionisten musste im Hinblick auf § 2 Abs.1 Z.3 des Entwurfes schon ab dem Jahre 1972 erhöht werden. Eine entgegengesetzte Entwicklung musste bei der Zahl der Familienversicherten ab 1. Juli 1971 in Rechnung

- 4 -

gestellt werden. Eine Übersicht über die personellen Annahmen
 ./.. Tabelle 2 enthält Tabelle 2. Über die erwartete Zusammensetzung der Beiträge
 ./.. Tabelle 3 für Versicherte gibt Tabelle 3 Aufschluss.

Für den Zeitraum 1971 bis 1973 werden nachstehende Gebarungserfolge erwartet:

	<u>Gebarungserfolg</u>	
	absolut	in % der Gesamteinnahmen
1971	+ 9 Mio.S	+ 1,4 %
1972	+ 23 " "	+ 3,0 "
1973	- 11 " "	- 1,4 "

Die für alle acht Kassen zusammen für die Jahre 1971 und 1972 erwarteten Gebarungsüberschüsse (32 Mio.S) müssten hinreichen, um den Gebarungsabgang 1973 decken zu können. Ausserdem müsste es möglich sein, unterschiedliche Entwicklungen in der Gebarung bei einzelnen Kassen im Rahmen der Riskengemeinschaft aller Kassen auszugleichen.

Neben den versicherten Aktiven wird durch die vorgesehene Neuregelung der Aufbringung der Mittel in der Krankenversicherung der Pensionisten ab dem Jahre 1972 die Pensionsversicherung der gewerblichen Wirtschaft und damit auch der Bund belastet, wie nachstehende Übersichten zeigen.

- 5 -

Aufwand der Pensionsversicherung

Beitrag zur Krankenversicherung d. Pensionisten					Mehr- aufwand
brutto	nach dem Entwurf Einbehalt	netto	nach der derzeitigen Rechtslage		
Millionen Schilling					
1972	141	88	53	21	32
1973	160	79	81	24	57

Mehraufwand des Bundes
für die Neuregelung des
Beitrages zur Krankenversicherung der Pensionisten

	Bundes- beitrag	Überweisung/ Gewerbesteuer	zusammen
Millionen Schilling			
1972	8,3	24,2	32,5
1973	16,5	41,4	57,9

Abschliessend wird noch eine kurze Übersicht gegeben, wie sich die Änderungen im Beitragsrecht individuell für jeden Versicherten auswirken. Der Grundbeitrag für die pflichtversicherten Erwerbstätigen erhöht sich in den Beitragsgruppen 3 bis 17 (monatliche Bemessungsgrundlage von 1.375 S bis 4.875 S) um ein Viertel. Im selben Ausmass erhöht sich der Beitrag für die Ehegattin, wenn für sie eine Familienversicherung abgeschlossen ist. Nach dem vorliegenden Entwurf ent-

fallen ab 1.7.1971 die Beiträge für Kinder. Dies führt dazu, dass sich bei einer derzeit bestehenden Familienversicherung für die Ehegattin und 2 Kinder nach der Neuregelung der gesamte Beitrag um mehr als 6 % ermässigt. Sind derzeit die Ehegattin und 3 oder mehr Kinder versichert, dann ermässigt sich ab 1.7.1971 der Gesamtbeitrag noch stärker.

Im Hinblick auf die ständig steigenden Kosten erscheint es notwendig, sowohl die Mindest- und die Höchstbeitragsgrundlage als auch die Beitragsgrundlage für "Anfänger" (§§ 18 Abs.5 bzw. 119 Abs.6) anzuheben. Damit erhöht sich der zum Teil schon ab Jänner 1965 geltende kleinste Grundbeitrag von 60 S auf 94 S monatlich. Der Grundbeitrag für "Anfänger" erhöht sich von derzeit 83 S ab 1.7.1971 auf 122 S und ab 1.1.1973 auf 131 S monatlich. Der höchste Grundbeitrag steigt von 300 S auf 450 S monatlich.

Die Beiträge der Pensionisten werden im 2.Halbjahr 1971 nicht geändert, sodass beispielsweise der Mindestbeitrag beträgt

für einen Alleinstehenden	60 S mtl.,
für ein Ehepaar	90 " " ,
für ein Ehepaar mit 1 Kind	105 " " .

Für die Zeit ab 1972 können diese Mindestbeiträge am ehesten mit den nach den §§ 20 Abs.6 bzw. 136 Abs.2 einzubehaltenden Beträgen im Falle des Bezuges einer Ausgleichszulage verglichen werden. Unter Zugrundelegung der im Gutachten 1972 des Beirates für die Renten- und Pensionsanpassung angenommenen Anpassungsfaktoren

- 7 -

(1,074 für 1972 und 1,080 für 1973) ergäben sich für Ausgleichs-
zulagenempfänger folgende Einbehalte für die Krankenversicherung:

Monatlicher KV-Einbehalt für AZ-Empfänger

	1972	1973
Alleinstehender	85,00 S	70,90 S
Ehepaar	113,90 "	98,30 "
Ehepaar mit 1 Kind	122,80 "	105,90 "

Tabelle 1

Gebärung der Krankenversicherung nach dem GSKVG. 1971

	1971	1972	1973
Millionen Schilling			
<u>A u s g a b e n:</u>			
Leistungsaufwand	566	682	751
Übrige Ausgaben	54	57	60
Gesamtausgaben	620	739	811
<u>E i n n a h m e n:</u>			
Beiträge für Versicherte	584	711	744
Rezeptgebühren und Kostenanteile	35	41	45
Übrige Einnahmen	10	10	11
Gesamteinnahmen	629	762	800
Gebärungserfolg	+ 9	+ 23	- 11

Versicherte im Jahresdurchschnitt
in der Krankenversicherung nach dem GSKVG. 1971

Jahr	Versicherte insgesamt	Pflichtvers. Erwerbstätige	Pflichtvers. Pensionisten	Weiter- (Selbst)- versicherte	Familien- versicherte bis 31.6.1971	Familien- versicherte ab 1.7.1971
1971	288.500	133.000	46.000	13.000	126.000	67.000
1972	265.000	132.000	70.000	8.000	-	55.000
1973	265.500	131.000	71.500	8.000	-	55.000

Tabelle 3

Krankenversicherung nach dem GSKVG. 1971

Beiträge für Versicherte

Jahr	Summe der Beiträge	Pflichtvers. Erwerbstätige	Familien- versicherte bis 31.6.1971	Familien- versicherte ab 1.7.1971	Weiter- (Selbst)- versicherte	Pflichtvers. Pensionisten	Beitrag der PVA.d.gewerbl. Wirtschaft	übrige Beiträge
Millionen Schilling								
1971	584	373	53	43	24	57	18	16
1972	711	446	-	89	18	-	141	17
1973	744	455	-	92	19	-	160	18