

11. Krankenversicherung.

Die Krankenversicherung ist in Österreich durch das Gesetz vom 30. März 1888, RGB. Nr. 33, (Text vom November 1922) geregelt. Jeder berufsmäßig als Angestellter, Arbeiter, Lehrling oder Hausgehilfe Beschäftigte muß für den Krankheitsfall bei einer Krankenkasse versichert sein. Der Versicherung unterliegt grundsätzlich auch, wer berufsmäßig bei wechselnden oder mehreren Arbeitgebern (zum Beispiel als Hauslehrer, Krankenpflegerin, Hausnäherin, Bedienerin), ferner als Heimarbeiter, Zwischenmeister oder Mittelsperson beschäftigt ist. Ausgenommen von dieser Versicherungspflicht sind die Bundesangestellten, die bei einer eigenen Krankenkasse versichert sind, sowie die Angestellten der Länder, Bezirke und Gemeinden, die im Erkrankungsfall Anspruch auf die Fortbezahlung ihrer Bezüge durch mindestens zwölf Monate haben. Alle Krankenkassen unterliegen der Aufsicht des Bundes.

Den Gegenstand der Versicherung bilden Krankenunterstützungen, Wöchnerinnenunterstützungen und Begräbnisgelder.

An Versicherungsleistungen ist mindestens zu gewähren:

1. Vom Beginn der Krankheit an freie Krankenpflege, das ist: ärztliche Hilfe mit Inbegriff des geburtsärztlichen und des Hebammenbeistandes sowie die notwendigen Heilmittel und sonstigen therapeutischen Behelfe.

2. Wenn der Kranke durch mehr als drei Tage arbeitsunfähig ist, vom Beginn der Arbeitsunfähigkeit (ersten Krankheitstag) an für jeden Tag ein Krankengeld. Die Höhe des Krankengeldes richtet sich nach dem durchschnittlichen Arbeitsverdienst (Lohnklasse).

Die Krankenunterstützung ist, solange die Krankheit dauert, und wenn sie nicht früher endet, durch 26 Wochen, und zwar das Krankengeld wöchentlich im nachhinein, zu gewähren. War der Anspruchsberechtigte ununterbrochen durch 30 Wochen versichert, so gebührt die Krankenunterstützung durch längstens 52 Wochen.

3. An Schwangere und Wöchnerinnen, die sich der Lohnarbeit enthalten, sofern sie nicht Anspruch auf Krankengeld haben, durch sechs

Wochen vor und sechs Wochen nach ihrer Niederkunft eine Geldunterstützung in der Höhe des Krankengeldes (Mutterhilfe).

4. An Wöchnerinnen, die ihre Kinder selbst stillen — ohne Rücksicht auf die ihnen etwa zukommende Kranken- oder Wöchnerinnenunterstützung — eine Unterstützung in der Höhe des halben Krankengeldes bis zum Ablauf der zwölften Woche nach der Niederkunft (Stillprämie).

5. Im Todesfall des Versicherten, sofern dessen Krankengeldanspruch nicht seit mehr als einem halben Jahr erschöpft ist, den Hinterbliebenen der dreißigfache Betrag des durchschnittlichen täglichen Arbeitsverdienstes.

Sind Hinterbliebene nicht vorhanden, so ist das Begräbnisgeld bis zur Höhe der aufgelaufenen Begräbniskosten zur Deckung dieser Kosten zu verwenden.

Als erster Krankheitstag gilt im allgemeinen der Tag der Krankmeldung.

Eine neuerliche Arbeitsunfähigkeit infolge einer Krankheit, für die bereits Krankengeld gewährt wurde, ist nur dann, wenn sie nicht später als acht Wochen nach der Einstellung des Krankengeldbezuges eintritt, für die Berechnung der Krankenunterstützungsdauer als Fortsetzung desselben Krankheitsfalles anzusehen.

Für die Gewährung der gesetzlich vorgeschriebenen Leistungen haben die Krankenkassen ausreichende Vorsorge zu treffen.

Hinsichtlich der ärztlichen Behandlung der erkrankten Mitglieder kann angeordnet werden, daß diese sich an bestimmte Ärzte zu wenden haben und daß die Bestreitung der durch Inanspruchnahme anderer Ärzte erwachsenden Kosten, von dringenden Fällen abgesehen, von der Kasse abgelehnt wird.

Den erkrankten Versicherten kann auch die Wahl zwischen den Ärzten des Krankensprengels freigestellt werden, die sich verpflichten, die ärztliche Behandlung unter den mit der Krankenkasse vereinbarten Bedingungen zu gewähren. (Organisierte freie Arztwahl.)

Bei der Verordnung von Arzneien haben die Krankenkassenärzte für Rechnung der Krankenkasse die einfachste Verschreibeweise einzuhalten. Spezialitäten dürfen für Rechnung der Krankenkassen nur dann verschrieben werden, wenn deren Verordnung unbedingt notwendig ist. Die Abgabe der Medikamente seitens der Apotheker hat in einfacher Form zu erfolgen. Die Berechnung der Medikamente hat nach der Arzneitaxe für begünstigte Parteien (Krankenkassentaxe) zu geschehen. Heilbehelfe erhalten Krankenkassenmitglieder über ärztliche Verschreibung auf Kosten der Kasse gewöhnlich im Wege von Kontrahenten der Krankenkassen.

An Stelle der freien ärztlichen Behandlung, der notwendigen Heilmittel und des Krankengeldes kann freie Kur und Verpflegung in einem

Krankenhaus nach der letzten Klasse auf Kosten der Krankenkasse gewährt werden, und zwar:

1. Für diejenigen, die mit ihrem Ehegatten oder mit anderen Mitgliedern der Familie im gemeinsamen Haushalt leben, beziehungsweise anderweitige häusliche Pflege genießen, mit Zustimmung des Erkrankten oder unabhängig von derselben in dem Falle, wenn die Art der Krankheit es erfordert;

2. sonstige Erkrankte unbedingt.

Nebst freier Verpflegung in einer Krankenanstalt ist auch die kostenfreie Beförderung in dieselbe zu gewähren.

Wird ein versicherter Erkrankter in einer öffentlichen Krankenanstalt verpflegt, so ist die Krankenkasse verpflichtet, die für die Verpflegung nach der letzten Klasse entfallenden Kosten bis zur Dauer von vier Wochen der Krankenanstalt zu ersetzen. Hat der im Krankenhaus Untergebrachte Angehörige, deren Unterhalt er bisher aus seinem Arbeitsverdienst bestritten hat, so ist für jene Zeit, während welcher die Verpflegung im Krankenhaus auf Kosten der Krankenkasse erfolgt, von dieser letzteren mindestens die Hälfte des Krankengeldes zu leisten.

Gebäranstalten gelten nicht als Krankenanstalten; Trinkerheilstätten sind den öffentlichen Krankenanstalten gleichgestellt.

Eine Erhöhung oder eine Erweiterung der Krankenkassenleistungen über das gesetzliche Mindestmaß durch Statut ist in folgenden Beziehungen zulässig:

1. Das tägliche Krankengeld kann — insbesondere bei längerer Krankheitsdauer — erhöht werden.

2. Für vom Versicherten erhaltene Kinder bis zum vollendeten 18. Lebensjahr kann ein Zuschuß zum Krankengeld gewährt werden.

3. Das Krankengeld kann auch für Krankheiten von drei oder weniger Tagen gewährt werden.

4. Das Begräbnisgeld kann bis auf das Fünfundvierzigfache des durchschnittlichen täglichen Arbeitsverdienstes erhöht werden.

5. Die Dauer der Krankenunterstützung kann bis zu einundeinhalb Jahren ausgedehnt werden.

6. Stillprämien können bis zur Dauer von 26 Wochen gewährt werden.

7. In häuslicher Pflege verbliebenen Erkrankten oder Wöchnerinnen kann mit ihrer Zustimmung geschultes Pflegepersonal beigelegt, Wöchnerinnen mit ihrer Zustimmung Pflege in einem Wöchnerinnenheim oder in einer ähnlichen Anstalt gewährt werden. In diesen Fällen ist die Anrechnung der entfallenden Kosten auf das Krankengeld bis zur Hälfte desselben zulässig.

Durch das Statut kann den versicherungspflichtigen Kassenmitgliedern und jenen, die eine Pflichtversicherung freiwillig fortsetzen, der Anspruch auf Gewährung von Kassenleistungen an ihre Familienangehörigen eingeräumt werden (Familienversicherung). Die Familienversicherung kann sich auf jede Kassenleistung mit Ausnahme des Krankengeldes erstrecken.

In die Familienversicherung können nur solche Familienangehörige einbezogen werden, die mit dem Versicherten ständig im gemeinsamen Haushalt leben, von ihm wesentlich versorgt werden und nicht selbst versicherungspflichtig oder freiwillig versichert sind.

Für Zwecke, die mit der Krankenversicherung im Zusammenhang stehen, können besondere Fonds errichtet werden.

Die Mittel solcher Fonds können insbesondere zur Gewährung fakultativer Unterstützungen, zu besonderen über die Versicherungsleistungen hinausgehenden Einrichtungen für Kranken- und Rekonvaleszentenpflege, ferner zur vorbeugenden Bekämpfung von Volksseuchen (Tuberkulose, Alkoholismus, Geschlechtskrankheiten) schließlich zur Unterstützung von Bestrebungen, die diesen Zwecken dienen, verwendet werden.

Zur Ansammlung solcher Fonds können, soweit andere Mittel nicht zur Verfügung stehen, Beiträge von den Versicherten eingehoben werden.

Kassenmitglieder, die erwerbslos geworden sind, behalten, wenn sie sich im Gebiet der Republik aufhalten, das Recht auf die Kassenleistungen auch ohne Beitragsleistung durch mindestens sechs Wochen. Nach Ablauf dieser Frist haben Arbeitslose im Sinne der gesetzlichen Bestimmungen über die Arbeitslosenversicherung das Recht auf die Kassenleistungen, wenn sie im Zeitpunkt des Versicherungsfalles im Bezug der gesetzlichen Arbeitslosenunterstützung standen.

Das Recht der Unterstützung beginnt mit dem Zeitpunkt, in welchem die Versicherten Mitglieder der Kasse geworden sind.

Die erforderlichen Mittel zur Bestreitung der von den Krankenkassen zu gewährenden Versicherungsleistungen und der Verwaltungskosten werden durch Beiträge aufgebracht. Die gesamten Beiträge für einen Versicherten sollen für die Woche in der Regel fünf Zehntel des durchschnittlichen täglichen Arbeitsverdienstes der Lohnklasse betragen (Normalbeitrag). Zu diesen Versicherungsbeiträgen wird in Rücksicht auf die bestehenden außergewöhnlichen Wirtschaftsverhältnisse ein Zuschlag von 10 bis 20 Prozenten eingehoben.

Die Krankenversicherung erfolgt durch nachstehende Kategorien von Krankenkassen:

1. durch Bezirkskrankenkassen,
2. durch Betriebskrankenkassen,
3. durch Baukrankenkassen,

4. durch Genossenschaftsrankenkassen,
5. durch Bruderladen (Knappschaftskassen),
6. durch Vereinsrankenkassen.

Die bis in letzter Zeit bestandenen Landwirtschaftsrankenkassen haben auf Grund einer Entscheidung des Verwaltungsgerichtshofes ihre Tätigkeit eingestellt, dürften aber binnen kurzem auf Grund landesgesetzlicher Bestimmungen dieselbe wieder aufnehmen.

Die Bezirksrankenkassen beruhen auf dem Grundsatz der Gegenseitigkeit.

1. Mitglieder einer Bezirksrankenkasse sind zunächst die im Sprengel derselben beschäftigten, versicherungspflichtigen Personen, welche nicht bei einer der übrigen nach dem Gesetz eingerichteten Kassen gegen Krankheit versichert sind.

Die Mitgliedschaft dieser Personen beginnt mit dem Tage, an welchem sie in die betreffende Beschäftigung eintreten.

Ihr Austritt aus der Bezirksrankenkasse kann, solange ihre die Versicherungspflicht begründende Beschäftigung im Sprengel der Kasse andauert, nur erfolgen, wenn sie nachweisen, daß sie bei einer andern der oben erwähnten Kassen nach Maßgabe der Bestimmungen des Gesetzes gegen Krankheit versichert sind.

Versicherungspflichtige Kassenmitglieder, welche aus der die Mitgliedschaft begründenden Beschäftigung ausscheiden und nicht zu einer Beschäftigung übergehen, vermöge der sie Mitglieder einer anderen Bezirksrankenkasse oder einer der sonstigen Rankenkassen werden, bleiben so lange Mitglieder, als sie sich im Gebiete der Republik Oesterreich aufhalten und die vollen statutenmäßigen Beiträge bezahlen. Die Mitgliedschaft dieser Personen und mit derselben das Recht auf die Rankenkassenleistungen erlischt, wenn die Beiträge durch vier aufeinanderfolgende Wochen nicht geleistet werden.

Für Personen, welche in einem Betrieb beschäftigt sind, dessen Einrichtung den in hygienischer Hinsicht bestehenden Vorschriften nicht entspricht, kann auf die Dauer dieses Zustandes eine Erhöhung des Krankenversicherungsbeitrages durch Vorschreibung von Zuschlägen bis zu 50 Prozent dieses Beitrages erfolgen, welche von dem betreffenden Arbeitgeber allein zu tragen sind.

Die Arbeitgeber sind verpflichtet, jede in die Beschäftigung tretende versicherungspflichtige Person spätestens am dritten Tage nach Beginn der Beschäftigung anzumelden und jede aus der Beschäftigung tretende Person spätestens am dritten Tag nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses wieder abzumelden.

Arbeitgeber, welche ihrer Anmeldepflicht nicht genügen, sind verpflichtet, der Kasse den gesamten Aufwand zu erstatten, welchen diese auf Grund gesetzlicher oder statutarischer Vorschriften zur Unterstützung einer gar nicht oder erst nach der Erkrankung angemeldeten Person gemacht hat.

Die Arbeitgeber sind verpflichtet, die vollen Beiträge, welche nach gesetzlicher oder statutarischer Vorschrift für die von ihnen beschäftigten Personen an die Kasse zu entrichten sind, zu dem durch das Statut festgesetzten Zahlungstermin einzuzahlen.

Von den Beiträgen sind zwei Drittel von dem Mitglied der Bezirkskrankenkasse und ein Drittel von dem Arbeitgeber, bei welchem das versicherungspflichtige Mitglied beschäftigt ist, aus eigenen Mitteln zu leisten.

Ein Unternehmer, welcher in einem oder in mehreren benachbarten Betrieben 100 oder mehr versicherungspflichtige Personen beschäftigt, ist berechtigt, eine Betriebskrankenkasse zu errichten. Die Errichtung einer solchen Betriebskrankenkasse kann einem solchen Unternehmer von der politischen Landesbehörde nur in dem Falle untersagt werden, wenn hierdurch die dauernde Leistungsfähigkeit der Bezirkskrankenkasse gefährdet würde.

Derzeit ist jedoch jede Neuerrichtung oder Neuzulassung von Krankenkassen jeder Art eingestellt.

Mitglieder einer Betriebskrankenkasse sind die in dem Betriebe, für welche dieselbe errichtet ist, beschäftigten versicherungspflichtigen Personen, welche nicht bei einer anderen, nach dem Krankenversicherungsgesetz eingerichteten Kasse versichert sind.

Baukrankenkassen sind solche Kassen, die über Anordnung der politischen Landesbehörde für die bei Weg-, Eisenbahn-, Kanal-, Strom- und Dammbauten sowie in anderen vorübergehenden Baubetrieben beschäftigten Personen vom Bauherrn, wenn derselbe durch längere Zeit eine größere Zahl von Arbeitern beschäftigt, errichtet werden.

Unter denjenigen, welche gleiche oder verwandte Gewerbe in einer oder in nachbarlichen Gemeinden selbständig oder als Pächter betreiben, mit Inbegriff der Hilfsarbeiter, ist ein genossenschaftlicher Verband von der Gewerbebehörde herzustellen. Zweck dieser Genossenschaften ist unter anderen die Gründung von Kranken- und Unterstützungskassen. Wenn diese Genossenschaftskrankenkassen bezüglich ihrer obligatorischen Leistungen dem Krankenversicherungsgesetz entsprechen und ihre Statuten im allgemeinen den Richtlinien der Bezirkskrankenkassen angepaßt sind, sind ihre Mitglieder von der Versicherungspflicht bei einer anderen nach dem Krankenversicherungsgesetz eingerichteten Kasse befreit. Die Genossenschaftsversammlung kann auch die Errichtung von Meisterunterstützungs- und Meisterkrankenkassen beschließen.

Bruderladen (Knappschaftskassen) haben nach dem Gesetz vom 28. Juli 1889, RGBl. Nr. 127, Krankenunterstützungen mindestens in dem Umfange, als solche nach Dauer, Art und Höhe durch das Krankenversicherungsgesetz bestimmt sind, zu gewähren. Ueberdies gewähren sie Provisionen für Invalide, Witwen und Waisen.

Bereinskrankenkassen sind solche, die von Vereinen errichtet und betrieben werden. Auch die Mitglieder dieser Kassen sind vom Beitritt zu einer anderen gesetzlichen Krankenkasse befreit, sofern die Vereinskrankenkasse den gesetzlichen Mindestleistungen nachkommt.

Alle erwähnten Krankenkassen, die ihren Sitz innerhalb desselben Bundeslandes haben, können sich auf Grund übereinstimmender Beschlüsse ihrer Generalversammlungen behufs Verfolgung gemeinsamer Zwecke im Bereich der ihnen obliegenden Krankenfürsorge zu Verbänden vereinigen oder solchen Verbänden beitreten. Solche Zwecke sind insbesondere der Abschluß gemeinsamer Verträge mit Ärzten, Apothekern und Krankenhäusern; die Beschaffung von Heilbehelfen und Hilfsmitteln für Erkrankte, Veranstaltungen zum Zweck der Krankheitsverhütung sowie die Anlage und der Betrieb gemeinsamer Heil- und Rekonvaleszentenanstalten.

Die Krankenversicherung der Bundesangestellten ist durch das Gesetz vom 13. Juli 1920, StGBL. Nr. 311, geregelt.

Auf Grund der Bestimmungen dieses Gesetzes ist jeder, der vom Bunde oder einem staatlich verwalteten Fonds einen Dienstbezug, der im Falle der Krankheit durch mindestens sechs Monate weitergeführt, oder einen normalmäßigen Ruhe- oder Versorgungsgehalt erhält, durch die Krankenversicherungsanstalt der Bundesangestellten versichert. Auch die Ehegattin, die minderjährigen ehelichen und legitimierten Kinder sowie die Verwandten des Versicherten, die mit ihm im gleichen Haushalt leben, und auf Grund gesetzlicher Verpflichtung von ihm erhalten werden, sind in die Versicherung einbegriffen. Die Versicherung umfaßt Krankenhilfe, Wöchnerinnenunterstützung und Sterbegeld. Die Krankenhilfe wird auf die Dauer der Krankheit gewährt. Die Wahl des Arztes ist freigestellt. Wird ein von der Versicherungsanstalt zur ärztlichen Behandlung der Anspruchsberechtigten vertragsmäßig bestellter Arzt (Vertragsarzt) in Anspruch genommen, so geht die Behandlung auf Rechnung der Anstalt. Wenn die Anspruchsberechtigten die von der Versicherungsanstalt gebotenen Einrichtungen nicht in Anspruch nehmen, so gebührt ihnen der Ersatz der Kosten einer anderweitigen Krankenhilfe bis zu dem Betrage, der bei Benutzung der Anstaltseinrichtungen aus Anstaltsmitteln aufzuwenden gewesen wäre. (Krankenkasse mit freier Arztwahl.)

Auf Wunsch des Erkrankten kann die Versicherungsanstalt an Stelle der freien ärztlichen Behandlung und der Versorgung mit den notwendigen

Heilmitteln die freie Verpflegung in einer Krankenanstalt gewähren. In allen Fällen einer Anstaltspflege sind auch die notwendigen Kosten der Beförderung in die Krankenanstalt und der Rückbeförderung von der Versicherungsanstalt zu tragen.

Nach Maßgabe der zur Verfügung stehenden Mittel gewährt die Anstalt, über die Krankenhilfe hinausgehend, als sogenannte erweiterte Heilbehandlung die Beistellung von Hauspflege, die Ermöglichung der Pflege in Genesungs- und Wöchnerinnenheimen, die Ermöglichung von Landaufenthalt sowie Aufenthalt in Kurbädern und Heilstätten.

Die Kosten der Durchführung der Versicherung werden durch Beiträge der Versicherten und der Dienstgeber aufgebracht. Der Dienstgeber leistet gleich hohe Beiträge wie der Versicherte.

Die Versicherungsanstalt steht unter der Aufsicht des Bundes durch den Bundesminister für soziale Verwaltung.

Die Angestellten der Gemeinde Wien sind bei der Krankenfürsorgeanstalt der Bediensteten der Gemeinde Wien gegen Krankheit versichert, deren Leistungen annähernd die gleichen sind wie die der Krankenversicherungsanstalt der Bundesangestellten.