Zeitschrift: Gewerkschaftliche Rundschau : Vierteljahresschrift des Schweizerischen Gewerkschaftsbundes

Herausgeber: Schweizerischer Gewerkschaftsbund

Band: 53 (1961)

Heft: 10

Artikel: Die Krankenversicherung in Österreich

Autor: Schranz, Edgar

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-353994

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 17.08.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

werden, daß die vorgesehene Teilrevision des KUVG auch eine Reform, wie wir sie aufzuzeigen versucht haben, *nicht beeinträchtigen* würde. Gewisse *grundsätzliche* Umstellungen scheinen aber auf die Dauer kaum vermeidbar zu sein. Es mag jedoch sein, daß die Fragen noch nicht zur Gesetzgebung ausgereift sind. Wenn diese Ausführungen dazu beitragen würden, das eine oder andere Problem neu zu diskutieren und allenfalls der Lösung einen kleinen Schritt näherzubringen, so hätte es seinen Zweck erreicht.

Dr. Willy Siegrist, Basel.

Die Krankenversicherung in Österreich

Die österreichische Krankenversicherung wurde bereits vor mehr als siebzig Jahren gesetzlich einheitlich geregelt. Heute wird sie auf Grund des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG) durchgeführt, das seit dem Jahre 1956 in Kraft steht. In der Zwischenkriegszeit, aber auch seit dem Ende des Zweiten Weltkrieges, ist es gelungen, die Leistungen der Krankenversicherung zugunsten der österreichischen Bevölkerung weitgehend auszubauen und zu verbessern. Die Durchführung der Versicherung ist in Oesterreich bundeseinheitlich geregelt, und daher ist die Zersplitterung der Krankenversicherung wesentlich geringer als etwa in der Schweiz.

Wir wollen uns hier mit der Krankenversicherung nach dem ASVG beschäftigen. Nach diesem Gesetz sind die Arbeiter und Angestellten, aber auch die Rentner der Sozialversicherung, die Arbeitslosen und die Rentner der Kriegsopferversorgung und der Opferfürsorge versichert. Sonderregelungen und Sonderinstitute bestehen unter anderem für gewisse Gruppen von Selbständigen und für öffentlich Bedienstete.

Neben der obligatorischen Krankenversicherung für die genannten Personen besteht auch die Möglichkeit, nach dem Ende einer Pflichtversicherung eine freiwillige Weiterversicherung einzugehen. Dies gilt sowohl für einen vormals Pflichtversicherten, der beispielsweise aus der Beschäftigung ausgetreten ist, wie auch für die Familienangehörigen, die nach dem Tod eines Versicherten die Versicherung freiwillig fortsetzen wollen.

Die Dienstgeber haben jeden von ihnen Beschäftigten in der Krankenversicherung Pflichtversicherten binnen drei Tagen nach Beginn der Pflichtversicherung bei der zuständigen Krankenkasse anzumelden und binnen drei Tagen nach dem Ende der Versicherung dort abzumelden. Die Dienstgeber haben den Krankenkassen auch alle jene Daten zur Verfügung zu stellen, die für die Leistungsgewährung nicht nur in der Krankenversicherung, sondern in der gesamten Sozialversicherung, also auch in der Unfall- und Pensionsversicherung, maßgeblich sind. Denn die Krankenkassen heben

die gesamten Sozialversicherungsbeiträge und auch andere Sozialabgaben ein und führen sie an die zuständigen Institutionen ab.

Grundlage für die Bemessung der Beiträge ist für Pflichtversicherte der Arbeitsverdienst. Grundsätzlich sind auch die sogenannten Sonderzahlungen, das sind Weihnachts- und Urlaubsgelder, dreizehnte und vierzehnte Gehälter usw., in die Beitragspflicht einbezogen. Die Beiträge werden nur bis zu einer Höchstbeitragsgrundlage entrichtet, die momentan 3000 Schilling monatlich beträgt (1 Schilling ist nach dem offiziellen Umrechnungskurs etwa 16 Rp.). Zum Zweck einer vereinfachten Berechnung der Beiträge und Leistungen kann durch die Satzung der Krankenkasse bestimmt werden, daß die allgemeine Beitragsgrundlage nicht unmittelbar nach dem Arbeitsverdienst, sondern nach Lohnstufen ermittelt wird.

Hierzu ist festzustellen, daß das ASVG den Krankenkassen gewisse gesetzliche Minderleistungen vorschreibt. Die Krankenkassen werden in Selbstverwaltung geführt. Eine der wichtigsten Aufgaben der Selbstverwaltung besteht nun darin, im Rahmen des Gesetzes Satzungen zu beschließen. Diese Satzungen enthalten unter anderem auch jene Leistungen, die eine Krankenkasse über die gesetzliche Mindestleistung hinaus erbringt. Ist aber einmal in einer Satzung eine solche Leistung enthalten, so besteht auch darauf ein Rechtsanspruch. Die Satzung bestimmt auch, wie hoch der Krankenversicherungsbeitrag ist. Im ASVG sind lediglich die Höchstsätze vorgeschrieben. Demnach beträgt der Höchstbeitrag zur Krankenversicherung – meist wird dieser Satz auch tatsächlich von den Krankenkassen eingehoben – für Arbeiter 7,3 Prozent der Beitragsgrundlage und für Angestellte 4,8 Prozent der Beitragsgrundlage. Dieser Beitrag wird je zur Hälfte vom Arbeitgeber und vom Arbeitnehmer bezahlt.

Und nun zu den Leistungen. Die österreichische Krankenversicherung trifft Vorsorge für die Versicherungsfälle der Krankheit, der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit, der Mutterschaft und des Todes sowie für die Verhütung von Krankheiten. Mittel der Krankenversicherung können auch zur Förderung und Unterstützung von gemeinnützigen Einrichtungen, die der Betreuung von Kranken oder der Verhütung von Krankheiten dienen, verwendet werden. Als Leistungen der Krankenversicherung werden gewährt:

aus dem Versicherungsfall der Krankheit: Krankenbehandlung;

aus dem Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit: Krankengeld;

aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft: Hebammenbeistand, ärztlicher Beistand, Heilmittel und Heilbehelfe, Pflege in einer Krankenanstalt oder in einem Entbindungsheim, Wochengeld, Stillgeld und Entbindungsbeitrag;

aus dem Versicherungsfall des Todes: Sterbegeld.

Die Leistungen der Krankenversicherung werden gewährt als Pflichtleistungen, und zwar als gesetzliche Mindestleistungen oder als satzungsmäßige Mehrleistungen (auf beide besteht demnach Rechtsanspruch) sowie als freiwillige Leistungen (deren Gewährung nicht erzwungen werden kann).

Ohne eigene Beitragsleistung sind unter gewissen Voraussetzungen auch die Familienangehörigen in der Krankenversicherung Oesterreichs mitversichert und auf die meisten Leistungen anspruchsberechtigt. Solcherart stehen 80 Prozent der österreichischen Bevölkerung im Schutz der sozialen Krankenversicherung. Anspruch auf die Leistungen der Krankenversicherung besteht für Angehörige, wenn sie nicht schon selbst direkt einer gesetzlichen Krankenversicherung unterliegen. Als solche mitversicherte Angehörige gelten die Ehegattin, der erwerbsunfähige und unterhaltsberechtigte Ehegatte, die Kinder, die Enkel, die vom Versicherten überwiegend erhalten werden und unter gewissen Voraussetzungen auch weitere Angehörige und sogar Lebensgefährtinnen.

Bemessungsgrundlage für die Barleistungen aus dem Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit und aus dem Versicherungsfall des Todes ist der Tageswert der Lohnstufe, in die der Versicherte auf Grund seines Arbeitsverdienstes eingereiht ist. Praktisch ist also Bemessungsgrundlage durchschnittlich das versicherte Einkommen des Arbeitnehmers.

Die Krankenbehandlung umfaßt ärztliche Hilfe, Heilmittel und Heilbehelfe. Sie muß ausreichend und zweckmäßig sein, 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. Die Leistungen der Krankenbehandlung werden im allgemeinen als Sachleistungen erbracht. Kosmetische Behandlungen gelten als Krankenbehandlung, wenn sie zur Beseitigung anatomischer oder funktioneller Krankheitszustände dienen. Andere kosmetische Behandlungen können als freiwillige Leistungen gewährt werden. Die Krankenbehandlung wird während des Bestandes der Versicherung für die Dauer der Krankheit ohne zeitliche Begrenzung gewährt. Besteht die Notwendigkeit der Krankenbehandlung für eine Erkrankung, die vor dem Ende der Versicherung eingetreten ist, über diesen Zeitpunkt hinaus, so wird diese Leistung längstens durch 26 Wochen nach dem Ende der Versicherung, wenn aber Krankengeld über diese Zeit hinaus noch gebührt, für die Zeit gewährt, für die Krankengeld gebührt.

Die ärztliche Hilfe wird durch Vertragsärzte, durch Wahlärzte und durch Aerzte in eigenen hierfür ausgestatteten Einrichtungen der Krankenkassen (also in kasseneigenen Ambulatorien und Krankenhäusern) gewährt. In der Regel soll die Auswahl zwischen min-

destens zwei zur Behandlung berufenen, für den Erkrankten in angemessener Zeit erreichbaren Aerzten freigestellt sein.

Die Heilmittel umfassen die notwendigen Arzneien und die sonstigen Mittel, die zur Beseitigung oder Linderung der Krankheit oder zur Sicherung des Heilerfolges dienen. Die Kosten der Heilmittel werden vom Träger der Krankenversicherung durch Abrechnung mit den Apotheken übernommen. Für den Bezug eines jeden Heilmittels auf Rechnung der Krankenkasse ist, von gewissen Ausnahmen abgesehen, eine Rezeptgebühr im Betrag von 2 Schilling zu entrichten. Diese häufig kritisierte Maßnahme soll dazu dienen, eine Uebermedikamentierung hintanzuhalten. Dieses Ziel ist jedoch in keiner Weise erreicht worden.

Brillen, orthopädische Schuheinlagen, Bruchbänder und sonstige notwendige Heilbehelfe werden dem Versicherten in einfacher und zweckentsprechender Ausführung gewährt. Ob und welche Heilbehelfe oder Zuschüsse zu deren Kosten für die Angehörigen des Versicherten gewährt werden, bestimmt die Satzung. Die Krankenkassen setzen auch eine Gebrauchsdauer für Heilbehelfe fest.

Pflichtversicherten steht ab dem vierten Tag einer Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit Anspruch auf Krankengeld zu. Sie müssen den Beginn der Arbeitsunfähigkeit ihrer Krankenkasse innerhalb einer Woche melden.

Krankengeldanspruch besteht für denselben Versicherungsfall bis zur Dauer von 26 Wochen. Durch die Satzung kann die Höchstdauer des Krankengeldanspruches auf 52 Wochen erhöht werden, und die österreichischen Krankenkassen gewähren auch in der Regel das Krankengeld für ein ganzes Jahr. Fällt während des Bezuges von Krankengeld ein Rentenanspruch aus eigener Pensionsversicherung des Versicherten an, so ruht der Rentenanspruch für die weitere Dauer des Krankengeldbezuges mit dem Betrag des Krankengeldes.

Als gesetzliche Mindestleistung wird das Krankengeld im Ausmaß von 50 Prozent der Bemessungsgrundlage für den Kalendertag gewährt. Ab dem 43. Tag einer mit Arbeitsunfähigkeit verbundenen Erkrankung erhöht sich das Krankengeld auf 60 Prozent der Bemessungsgrundlage für den Kalendertag. Als satzungsmäßige Mehrleistung kann das Krankengeld von einem durch die Satzung zu bestimmenden Zeitpunkt an um höchstens 10 Prozent der Bemessungsgrundlage für den Ehegatten und um höchstens 5 Prozent der Bemessungsgrundlage für jeden sonstigen Angehörigen erhöht werden. Maximal kann das Krankengeld 75 Prozent der Bemessungsgrundlage erreichen. Das Krankengeld gebührt – aus erzieherischen Gründen – nicht für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit infolge einer Krankheit, die sich der Versicherte durch schuldhafte Beteiligung an einem Raufhandel zugezogen hat oder die sich als unmittelbare Folge der Trunkenheit oder des Mißbrauches von Sucht-

giften erweist. In solchen Fällen gebührt den im Inland wohnenden bedürftigen Angehörigen das halbe Krankengeld, wenn der Unterhalt der Angehörigen mangels anderweiter Versorgung vorwiegend vom Versicherten bestritten wurde und die Angehörigen nicht an der Ursache der Versagung schuldhaft beteiligt waren.

Der Anspruch auf Krankengeld ruht, solange die Arbeitsunfähigkeit dem Versicherungsträger nicht gemeldet ist, solange der Versicherte auf Rechnung eines Versicherungsträgers Anstaltspflege erhält oder sich in einem Erholungsheim oder in einer Kuranstalt befindet und solange der Versicherte auf Grund gesetzlicher oder vertraglicher Bestimmungen Anspruch auf Fortbezug seines Lohnes oder Gehaltes hat. An Stelle der Krankenbehandlung und gegebenfalls des Krankengeldes gewährt die Krankenkasse Pflege in der allgemeinen Gebührenklasse einer öffentlichen Krankenanstalt. Sofern der körperliche Zustand des Erkrankten oder die Entfernung seines Wohnsitzes seine Beförderung in die oder aus der Anstalt erfordert, zahlt die Krankenkasse auch die notwendigen Beförderungskosten. Die Pflege in einer öffentlichen Krankenanstalt ist an Versicherte für denselben Versicherungsfall bis zur Dauer von 26 Wochen zu gewähren. Auch diese Anspruchsdauer kann durch die Satzung – und das ist in der Regel der Fall – auf 52 Wochen erhöht werden.

Die in den öffentlichen Krankenanstalten gebührenden Verpflegskostenansätze sind, wenn es sich um den Versicherten selbst handelt, zur Gänze von der Krankenkasse, wenn es sich aber um einen Angehörigen des Versicherten handelt zu 80 Prozent von der Krankenkasse und zu 20 Prozent vom Versicherten zu zahlen. Die Krankenkasse kann jedoch in der Satzung bestimmen, daß der von ihr zu tragende Anteil an den Verpflegskostenansätzen bis auf 90 Prozent erhöht wird. In diesem Fall ermäßigt sich der vom Versicherten für seinen Angehörigen zu entrichtenden Kostenbeitrag entsprechend bis auf 10 Prozent des der Krankenanstalt gebührenden Verpflegskostenansatzes.

Mit den solcherart gezahlten Verpflegungskosten sind abgegolten: Unterkunft, ärztliche Untersuchung und Behandlung, Beistellung aller erforderlichen Heilmittel, Pflege und Verköstigung. Den Krankenkassen steht hinsichtlich der Erkrankten, für deren Anstaltspflege sie aufzukommen haben, das Recht zu, in alle den Krankheitsfall betreffenden Unterlagen des Krankenhauses Einsicht zu nehmen sowie durch einen beauftragten Facharzt den Erkrankten im Krankenhaus im Einvernehmen mit diesem untersuchen zu lassen.

Im übrigen werden die Beziehungen der Krankenkassen zu den Krankenanstalten, vor allem hinsichtlich der Höhe der zu zahlenden Verpflegskosten, durch privatrechtliche Verträge geregelt. Diese Verträge werden für die Krankenkassen meist vom Hauptverband der Sozialversicherungsträger abgeschlossen. Die Frage der

Verpflegskosten, die von den Krankenkassen an die Krankenhausverwaltungen zu zahlen sind, ist ein ständiges Diskussionsobjekt zwischen den Vertragspartnern. Ein Erkrankter kann auch in eine eigene Krankenanstalt der Krankenkasse oder in eine sonstige nicht öffentliche Krankenanstalt eingewiesen werden, mit der die Krankenkasse in einem Vertragsverhältnis steht.

Ist die Aufnahme eines Erkrankten in eine Krankenanstalt geboten, aber unabhängig von seinem Willen nicht durchführbar und ist die Möglichkeit der Uebernahme der Pflege durch einen Haushaltsangehörigen nicht gegeben, so kann die Krankenkasse mit Zustimmung des Erkrankten oder seines gesetzlichen Vertreters an Stelle von Anstaltspflege Hauspflege durch von ihr beizustellende Pflegeperson gewähren. Diese Hauspflege kann auch dann gewährt werden, wenn ein sonstiger wichtiger Grund vorliegt, den Kranken in seinem Haushalt oder in seiner Familie zu belassen.

Versicherte, denen die Anspruchsberechtigung für Familienangehörige zusteht, erhalten ein Familiengeld in der Höhe des halben Krankengeldes, solange sie auf Rechnung der Krankenkasse in Anstaltspflege stehen und ihr Anspruch auf Krankengeld ausschließlich aus diesem Grunde ruht. Als satzungsmäßige Mehrleistung kann das Familiengeld allgemein auf zwei Drittel des Krankengeldes und für Versicherte mit mehr als einem Angehörigen bis zu 5 Prozent der Bemessungsgrundlage für jeden weiteren Angehörigen erhöht werden. Das Familiengeld darf insgesamt nicht höher sein als das ansonsten gebührende Krankengeld. Durch die Satzung der Krankenkasse kann bestimmt werden, daß Versicherte, die keinen Anspruch auf Familiengeld haben, weil keine anspruchsberechtigten Angehörigen vorhanden sind, an Stelle des Familiengeldes ein Taggeld selbst erhalten. Die Höhe des Taggeldes wird durch die Satzung der Krankenkasse bestimmt, es darf jedoch die Höhe des halben Krankengeldes nicht übersteigen.

Zahnbehandlung gewähren die Krankenkassen nach Maßgabe der Bestimmungen der Satzung. Als Leistungen der Zahnbehandlung kommen chirurgische Zahnbehandlung, konservierende Zahnbehandlung und Kieferregulierungen in Betracht. Die Leistungen der Zahnbehandlung können in der Satzung einer Krankenkasse von der Erfüllung einer Wartezeit abhängig gemacht werden. Der unentbehrliche Zahnersatz kann unter Kostenbeteiligung des Versicherten gewährt werden. An Stelle der Sachleistungen können auch Zuschüsse zu den Kosten eines Zahnersatzes geleistet werden. Alle Einzelheiten enthalten die Satzungen der Krankenkassen, die im Hinblick auf die modernen medizinischen Erkenntnisse durchwegs der Zahnbehandlung und dem Zahnersatz großes Augenmerk widmen und dafür auch erhebliche Kosten aufwenden. Zahnbehandlung und Zahnersatz werden als Sachleistungen durch Vertragsärzte, Wahlärzte, Vertragsdentisten, Wahldentisten und in den vorbildlich

eingerichteten eigenen Zahnambulatorien der Krankenkassen gewährt. Bei Verstümmelungen, Verunstaltungen und körperlichen Gebrechen, die die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit oder die Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, wesentlich beeinträchtigen, kann die Satzung der Krankenkasse auch Zuschüsse für die Anschaffung der notwendigen Hilfsmittel vorsehen.

Im Zuge der Erkenntnis, daß vorbeugende und wiederherstellende Maßnahmen in der modernen Gesellschaft immer größere Bedeutung erlangen, baut man in Oesterreich auch die erweiterte Heilfürsorge stark aus. Um die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit oder die Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, nachhaltig zu festigen oder zu bessern, können im Rahmen der zur Verfügung stehenden Mittel von den Krankenkassen als freiwillige Leistungen insbesondere gewährt werden: Fürsorge für Genesende (zum Beispiel durch Unterbringung in einem Genesungsheim), Unterbringung in einem Erholungsheim, Landaufenthalt, Aufenthalt in Bädern, Kur- und Heilstätten. Uebernahme der Reisekosten für die genannten Zwecke. Die Leistungen der erweiterten Heilfürsorge können auch durch Gewährung von Zuschüssen für Landaufenthalt und Aufenthalt in Kurorten erbracht werden. Wie bei Krankenhausaufenthalt wird auch im Rahmen der erweiterten Heilfürsorge Familien- und Taggeld gewährt.

Zur Verhütung des Eintrittes und der Verbreitung von Krankheiten können als freiwillige Leistungen weiter gewährt werden: Gesundheitsfürsorge (Gesunden-, Betriebs-, Schwangeren-, Säuglings-, Kinderfürsorge sowie Fürsorge für gesundheitsgefährdete Jugendliche), Maßnahmen zur Bekämpfung der Volkskrankheiten und der Zahnfäule, gesundheitliche Erziehung der Versicherten und ihrer Angehörigen.

Der Versicherungsfall der Mutterschaft umfaßt die Schwangerschaft, die Entbindung und die sich daraus ergebenden Folgen. Aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft sind ebenfalls auch die Angehörigen anspruchsberechtigt. Es werden Hebammenbeistand, ärztlicher Beistand, Heilmittel und Heilbehelfe und daneben als freiwillige Leistungen auch Behelfe zur Mutter- und Säuglingspflege gewährt. Die Pflege in einer Krankenanstalt oder in einem Entbindungsheim wird für längstens zehn Tage gewährt. Weiblichen Versicherten gebührt für die letzten sechs Wochen vor der voraussichtlichen Entbindung und für die ersten sechs Wochen nach der Entbindung ein tägliches Wochengeld in der Höhe des auf den Kalendertag entfallenden durchschnittlichen Arbeitsverdienstes der letzten dreizehn Wochen, vermindert um die gesetzlichen Abzüge. Stillende Mütter erhalten das Wochengeld nach der Entbindung durch acht Wochen, nach Frühgeburten durch zwölf Wochen. Es erhalten also während dieser Schutzfristen die auf Grund eines

eigenen Beschäftigungsverhältnisses selbst krankenversicherten Frauen praktisch ihren gesamten Nettolohn weiter. Für die dadurch entstehenden Kosten erhalten die Krankenkassen vom Bund einen teilweisen Ersatz. Außer diesen Mutterschaftsleistungen aus der Krankenversicherung gibt es noch eine Reihe bedeutsamer staatlicher Familienleistungen, die gelegentlich separat zu besprechen wären.

Solange die Versicherte oder die Angehörige ihr Kind selbst stillt, gebührt ein Stillgeld bis zur Dauer von 12 Wochen nach der Entbindung. Die Satzung kann diese Frist bis auf 26 Wochen verlängern. Das tägliche Stillgeld beträgt für jedes Kind 2 Schilling. Es kann durch die Satzung der Krankenkasse bis auf 5 Schilling erhöht werden.

Ein einmaliger Entbindungsbeitrag gebührt weiblichen Pflichtversicherten, die Anspruch auf Wochengeld haben, im Ausmaß von 40 Schilling. Er kann dadurch die Satzung der Krankenkasse bis auf 100 Schilling erhöht werden. Die übrigen weiblichen Versicherten und die Familienangehörigen, die also keinen Anspruch auf Wochengeld haben, erhalten einen wesentlich höheren einmaligen Entbindungsbeitrag. Er beläuft sich auf 300 Schilling, kann aber durch die Satzung der Krankenkasse bis auf 1200 Schilling erhöht werden. Solange die Versicherte auf Rechnung einer Krankenkasse Anstaltspflege oder Pflege in einem Entbindungsheim in Anspruch nimmt, ruht das Wochengeld.

Beim Tode eines Versicherten wird Sterbegeld gewährt. Durch die Satzung kann bestimmt werden, daß das Sterbegeld auch beim Tode eines Angehörigen gewährt wird. Das Sterbegeld beträgt beim Tod des Versicherten das Zwanzigfache der Bemessungsgrundlage. Es kann durch die Satzung des Versicherungsträgers bis zum Vierzigfachen der Bemessungsgrundlage erhöht werden. Beim Tod des als Angehörigen geltenden Ehegatten kann das Sterbegeld durch die Satzung bis zu zwei Dritteln, beim Tod eines sonstigen Angehörigen bis zur Hälfte des beim Tode des Versicherten gebührenden Sterbegeldes festgesetzt werden.

Die Krankenkassen können auch einen Unterstützungsfonds anlegen. Die Mittel des Unterstützungsfonds werden in besonders berücksichtigungswürdigen Fällen für einmalige freiwillige Leistungen an Versicherte und Angehörige verwendet.

Für die Krankenversicherung der Rentner, der nicht ständig beschäftigten Arbeiter in der Land- und Forstwirtschaft, der Arbeitslosen, der Kriegshinterbliebenen und anderer Gruppen bestehen Sondervorschriften.

Die Krankenversicherung wird in Oesterreich von verschiedenen Versicherungsträgern durchgeführt: den Gebietskrankenkassen (in jedem Bundesland eine, zusammen also neun), den Landwirtschaftskrankenkassen (ebenfalls in jedem Bundesland eine), den zehn Betriebskrankenkassen, der Versicherungsanstalt der österreichischen

Eisenbahnen und der Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues. Es mehren sich allerdings auch in Oesterreich die Stimmen, die Organisation der Krankenversicherung zu vereinheitlichen und die Zersplitterung zu beseitigen.

Die Krankenversicherungsträger sind berechtigt, Heil- und Kuranstalten, Ambulatorien, Erholungs- und Genesungsheime und sonstige Einrichtungen der Krankenbehandlung zu errichten, zu erwerben und zu betreiben. Die Krankenkassen sind wie alle übrigen Sozialversicherungsträger Körperschaften des öffentlichen Rechtes und haben Rechtspersönlichkeit.

Ein sehr wichtiges Prinzip in der ganzen österreichischen Sozialversicherung ist die Selbstverwaltung. Die Verwaltungskörper der Krankenkassen sind die Hauptversammlung, der Vorstand und der Ueberwachungsausschuß. Diese Verwaltungskörper bestehen aus Vertretern der Dienstnehmer und der Dienstgeber. Sie werden von den Kammern der Unselbständigen und der Selbständigen nominiert. Die Mitglieder der Verwaltungskörper versehen ihr Amt als Ehrenamt. Bei den Gebiets-, Landwirtschafts- und Betriebskrankenkassen setzen sich die Hauptversammlung und der Vorstand zu vier Fünfteln aus Vertretern der Dienstnehmer und zu einem Fünftel aus Vertretern der Dienstgeber zusammen, bei der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen und bei der Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues, die auch andere Zweige der Sozialversicherung durchführen, zu zwei Dritteln aus Vertretern der Dienstnehmer und zu einem Drittel aus Vertretern der Dienstgeber. Die Ueberwachungsausschüsse der Krankenversicherungsträger setzen sich im umgekehrten Verhältnis wie die Hauptversammlung und der Vorstand zusammen. Es ergibt sich also, daß die Arbeitnehmervertreter die Verwaltungsorgane der österreichischen Krankenkassen beherrschen, während den Arbeiterdelegierten vor allem Kontrollfunktionen zukommen. Diese Aufgabenteilung bewährt sich bestens.

Alle Sozialversicherungsträger samt ihren Anstalten und Einrichtungen unterliegen der Aufsicht des Bundes. Die Aufsicht wird vom Bundesministerium für soziale Verwaltung ausgeübt. Sie erstreckt sich auf die Gebarung der Versicherungsträger und auf die Einhaltung von Gesetz und Satzung.

Die österreichische Krankenversicherung, deren großzügiges Leistungssystem vor allem auf die erfolgreiche sozialpolitische Tätigkeit der Gewerkschaften zurückzuführen ist, die auch in der Verwaltung der Krankenkassen das entscheidende Wort zu sagen haben, hat eine große Tradition. Auch heute ist sie eine der wesentlichsten Institutionen der Arbeiterschaft. Allerdings wird es im Laufe der Zeit notwendig sein, moderne Organisationsformen zu finden und einzuführen. Auch in Oesterreich wird vielfach das englische Beispiel des allgemeinen Gesundheitsdienstes als vorbildhaft betrachtet.

Dr. Edgar Schranz, Wien.