

Was muß der Arbeiter
von der
Kranken-Versicherung
wissen?

Ein Ratgeber

von

Johannes Heiden

Arbeiter-Sekretär
in Frankfurt a. M.

Preis 10 Pfennig

Frankfurt am Main

Buchhandlung Volksstimme, Maier & Co.

80

40958



38/80/40952 (6)
Flr
Masterfiche vorhanden

Am 1. Januar 1914 tritt der letzte Teil der Reichsversicherungsordnung in Kraft, der die Krankenversicherung regelt. Einzelne Vorschriften der Reichsversicherungsordnung zur Krankenversicherung sind schon jetzt in Wirksamkeit.

Mit der Krankenversicherung begann die deutsche Arbeiterversicherung. Schon lange bevor durch die Gesetzgebung der Versicherungszwang für die Arbeiter eingeführt wurde, hatten die Arbeiter sich in den freien Hilfskassen Unterstützungseinrichtungen für den Fall der Krankheit geschaffen. Diese Art der Selbsthilfe der Arbeiter hatte eine hohe Entwicklung erreicht. Die von der Gesetzgebung geschaffene Zwangsversicherung hat den freien Hilfskassen die Existenz sehr erschwert. Viele von ihnen konnten den Anforderungen, die an sie gestellt wurden, wenn die Mitgliedschaft bei ihnen als dem Gesetz genügende Versicherung gelten sollte, nicht nachkommen und mußten sich damit begnügen, Zuschußkassen zu sein. Die Reichsversicherungsordnung wird wieder viele bisherige freie Hilfskassen ausscheiden. Das könnte ohne Widerspruch hingenommen werden, wenn die vollständige Zentralisation der Versicherung und der Zusammenschluß aller Kassen einer Gemeinde oder größeren Bezirks zu einer einzigen erreicht werden sollte. Das ist aber nicht die Absicht des Gesetzgebers gewesen. Er hat darauf verzichtet, die Betriebskrankenstellen und die Krankenkassen der Innungen zu beseitigen und hat sogar die Errichtung einer neuen Kassenart, der Landkrankenstellen, angeordnet.

*

Die Geschichte der Versicherungs-gesetzgebung ist ein Stück innerpolitischer Geschichte des Deutschen Reichs. Die heute fast nur noch zu findende Darstellung, nach der die Versicherungs-gesetze der Fürsorge und dem Wohlwollen der Hohenzollernmonarchie und der besitzenden Klasse ihren Ursprung verdanken, ist unrichtig. Die Versicherungs-gesetzgebung ist eine Folge der politischen Betätigung der Arbeiterklasse in der Sozialdemokratie und sie ist der Versuch, die Arbeiter mit den heute bestehenden wirtschaftlichen und politischen Zuständen zu versöhnen. Die Arbeiter sollten für die sogenannte staats-erhaltende Politik eingefangen werden. In der Kaiserlichen Botschaft vom 17. November 1881, die als die Einleitung der Versicherungs-gesetzgebung anzusehen ist, heißt es:

„Schon im Februar dieses Jahres haben wir unsere Ueberzeugung aussprechen lassen, daß die Heilung der sozialen Schäden nicht ausschließlich im Wege der Repression sozialdemokratischer Ausschreitungen, sondern gleichmäßig auf dem der positiven Förderung des Wohls der Arbeiter zu suchen sein werde. Wir halten es für unsere kaiserliche Pflicht, dem Reichstage diese Aufgabe von neuem ans Herz zu legen und würden wir mit um so größerer Befriedigung auf alle Erfolge, mit denen Gott unsere Regierung sichtlich gesegnet hat, zurückblicken, wenn es uns gelänge, dereinst das Bewußtsein mitzunehmen, dem Vaterlande neue und dauernde Bürgschaften inneren Friedens und den Hilfsbedürftigen größere Sicherheit und Ergiebigkeit des Bestandes, auf den sie Anspruch haben, zu hinterlassen.“ Und in den Motiven, die dem ersten Entwurf eines Versicherungs-gesetzes für die Unfallversicherung mit auf den Weg gegeben wurden, ist zu lesen: „Daß der Staat sich in höherem Maße als bisher seiner hilfsbedürftigen Mitglieber annehme, ist nicht bloß eine Pflicht der Humanität und des Christentums, von welchen die staatlichen Einrichtungen durchdrungen sein sollen, sondern auch eine Aufgabe staats-erhaltender Politik, welche das Ziel

zu verfolgen hat, auch in den besitzlosen Klassen der Bevölkerung, welche zugleich die zahlreichsten und am wenigsten unterrichteten sind, die Anschauung zu pflegen, daß der Staat nicht bloß eine notwendige, sondern auch eine wohlthätige Einrichtung sei. Zu dem Ende müssen sie durch erkennbare direkte Vorteile, welche ihnen durch gesetzgeberische Maßnahmen zuteil werden, dahin geführt werden, den Staat nicht als eine lediglich zum Schutze der besser situierten Klassen der Gesellschaft erfundene, sondern als eine auch ihren Bedürfnissen und Interessen dienende Institution aufzufassen."

Auf die politischen Zwecke, die die Regierung mit der Versicherungsgesetzgebung verfolgte und heute noch verfolgt, kann gar nicht scharf genug hingewiesen werden. Werden doch in den Schulen die heranwachsenden Generationen in der Auffassung erzogen, daß die Versicherungsgesetzgebung ein Werk der Monarchie sei, das sie zum Wohle der Arbeiterklasse gegen die politische Vertretung der Arbeiter, die Sozialdemokratie, geschaffen habe. Und nicht nur in den Schulen wird diese Auffassung großgezogen, sondern auch in den Lehrbüchern und Kommentaren, die zur Ausbildung der Beamten auf den Hochschulen und zur Handhabung der Versicherungsgesetze durch die Beamten bestimmt sind, ist die falsche Darstellung über Ursprung und Zweck der Versicherungsgesetzgebung fast regelmäßig zu finden.

*

Das Krankenversicherungsgesetz wurde vom Reichstage in der Sitzung vom 31. Mai 1883 mit 216 gegen 99 Stimmen angenommen und als Gesetz betr. die Krankenversicherung der Arbeiter vom 15. Juni 1883 publiziert. Es hat durch das Gesetz vom 10. April 1892 den Titel Krankenversicherungsgesetz erhalten und ist durch Gesetz vom 30. Juni 1900 und vom 25. Mai 1903 abgeändert worden.

*

Die Krankenversicherung hat im Wirtschaftsleben der deutschen Arbeiter eine große Bedeutung erlangt.

Nach der Statistik für das Jahr 1911 hatte die Krankenversicherung folgenden Umfang:

Kassenarten	Zahl der Kassen	Mitglieder im Durchschnitt des Jahres
Gemeindekrankenversicherung	8 198	1 700 696
Ortskrankenassen	4 748	7 217 908
Betriebskrankenassen	7 921	3 396 045
Baukrankenassen	41	17 056
Zimmungskrankenassen	845	327 077
Eingeschriebene Hilfskassen	1 227	925 148
Landesrechtliche Hilfskassen	129	35 118
Zusammen	23 109	13 619 048

Die Einnahmen an Beiträgen beliefen sich im Jahre 1911 auf 388 442 459 Mark; die Ausgaben betragen 392 524 744 Mark. (Neben den Einnahmen an Beiträgen haben die Krankenkassen noch Einnahmen aus Zinsen, Ersparleistungen u. a.) Von den Ausgaben waren 357 468 396 Mark Krankheitskosten. Sie verteilen sich auf

	Mk.
Medizinische Behandlung	83 754 224
Arznei und sonstige Heilmittel	53 171 234
Krankengeld	153 582 976
Schwangeren- und Wöchnerinnenunterstützung	6 799 157
Sterbegeld	8 525 480
Anstaltsverpflegung	51 357 861
Fürsorge für Genesende	277 464

Der Kreis der Versicherten.

Die Reichsversicherungsordnung dehnt die Krankenversicherung erheblich aus. Sie hat aber keine gleichmäßige Abgrenzung des Kreises der Versicherten für die drei Zweige der Arbeiterversicherung gebracht.

Die Krankenversicherung unterscheidet zwischen Versicherungspflicht und Versicherungsberechtigung. Die Versicherungspflicht ist — abgesehen von geringen Ausnahmen — durch ein Arbeits- oder Beschäftigungsverhältnis bedingt. Ohne ein solches Verhältnis keine Versicherungspflicht; mit seinem Erlöschen erlischt auch die Versicherungspflicht.

A. Versicherungspflicht.

Die Versicherungspflicht tritt nur ein, wenn für die Beschäftigung Entgelt gegeben wird. Nur Lehrlinge sind auch versicherungspflichtig, wenn sie ohne Entgelt beschäftigt werden. Für Hausgewerbetreibende ist der Empfang von Entgelt im Sinne der Reichsversicherungsordnung ebenfalls nicht Bedingung für die Versicherungspflicht. Entgelt ist gleich Lohn. Der Hausgewerbetreibende als Inhaber einer Mittelstellung zwischen Lohnarbeiter und Selbständigen erhält keinen Lohn, sondern den Preis. Er ist auch noch versichert, wenn er vorübergehend für eigene Rechnung arbeitet.

Die Versicherungspflicht ist im Gegensatz zur Invalidenversicherung, bei der sie erst mit der Vollendung des 16. Lebensjahres beginnt an kein Alter geknüpft. Sie ergreift die Angehörigen beider Geschlechter und Inländer wie Ausländer. Sie tritt auch für Beschäftigungen von kürzerer Dauer ein, während sie bekanntlich nach dem alten Rechte dann ausgeschlossen war, wenn das Arbeitsverhältnis von vornherein auf weniger als eine Woche bestimmt war.

Dies alles berücksichtigt, sind versicherungspflichtig:

1. Arbeiter, Gehilfen, Gesellen, Lehrlinge, Dienstboten;
2. Betriebsbeamte, Werkmeister und andere Angestellte in ähnlich gehobener Stellung, wenn diese Beschäftigung ihren Hauptberuf bildet;
3. Handlungsgehilfen und Lehrlinge, Gehilfen und Lehrlinge in Apotheken;
4. Bühnen- und Orchestermitglieder, ohne Rücksicht auf den Kunstwert ihrer Leistungen;
5. Lehrer und Erzieher;
6. Hausgewerbetreibende;
7. die Schiffsbesatzung deutscher Seefahrzeuge, sowie die Besatzung von Fahrzeugen der Binnenschifffahrt.

Für die unter Nr. 2 bis 5 Bezeichneten und für Schiffer (Kapitäne) tritt die Versicherungspflicht nicht ein, wenn ihr regelmäßiger Jahresarbeitsverdienst 2500 Mark (bisher 2000 Mark) übersteigt.

Ausnahmen von der Versicherungspflicht. Von der Versicherungspflicht sieht das Gesetz verschiedene Ausnahmen vor. Gewisse Beschäftigungsverhältnisse begründen überhaupt keine Versicherungspflicht, andere sind versicherungsfrei und bei anderen kann auf Antrag Befreiung von der Versicherungspflicht eintreten.

Die Beschäftigung eines Ehegatten durch den anderen begründet keine Versicherungspflicht. Versicherungsfrei sind die in Betrieben oder im Dienste des Reiches, eines Bundesstaates, eines Gemeindeverbandes, einer Gemeinde oder eines Versicherungsträgers Beschäftigten, wenn ihnen gegen ihren Arbeitgeber ein Anspruch mindestens entweder auf Krankenhilfe in Höhe

und Dauer der Regelleistungen der Krankenkassen oder für die gleiche Dauer auf Gehalt, Ruhegeld, Wartegeld oder ähnliche Bezüge in anderthalbfachen Betrage des Krankengeldes gewährleistet ist. Das gleiche gilt für Lehrer und Erzieher an öffentlichen Schulen und Anstalten.

Die Versicherungsfreiheit beschränkt sich nicht auf Beamte, sondern auf alle Beschäftigten dieser Art, wenn sie nur den bezeichneten Anspruch für den Krankheitsfall haben. Versicherungsfrei sind ferner:

1. Beamte des Reiches, der Bundesstaaten, der Gemeindeverbände, der Gemeinden und der Versicherungsträger, Lehrer und Erzieher an öffentlichen Schulen oder Anstalten, solange sie lediglich zur Ausbildung für ihren künftigen Beruf beschäftigt werden,
2. Personen des Soldatenstandes, die eine an sich versicherungspflichtige Tätigkeit in Dienste ausüben oder während der Vorbereitung zu einer bürgerlichen Beschäftigung (Beamtenlaufbahn) ausüben,
3. Personen, die während der wissenschaftlichen Ausbildung für ihren zukünftigen Beruf gegen Entgelt unterrichten,
4. Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen, Schulschwestern und ähnliche Personen, wenn sie sich aus religiösen oder sittlichen Beweggründen mit Krankenpflege, Unterricht oder anderen gemeinnützigen Tätigkeiten beschäftigen und als Entgelt nicht mehr als den freien Unterhalt beziehen.

Auf Antrag des Arbeitgebers werden die in Betrieben oder im Dienste anderer öffentlicher Verbände oder öffentlicher Körperschaften Beschäftigten von der Versicherungspflicht befreit, wenn ihnen gegen ihren Arbeitgeber für den Krankheitsfall Ansprüche auf Bezüge wie den beim Reich usw. Beschäftigten gewährleistet sind. Die Entscheidung über den Antrag hat die oberste Verwaltungsbehörde zu treffen. Sie kann auch auf Antrag des Arbeitgebers bestimmen, wieweit auch die in Betrieben oder im Dienste nicht öffentlicher Körperschaften Beschäftigten beim Vorhandensein der für die anderen Versicherungsfreien geforderten Voraussetzungen von der Versicherungspflicht zu befreien sind.

Lehrlinge, die in den Betrieben ihrer Eltern beschäftigt sind, werden auf Antrag des Arbeitgebers und Versicherungspflichtige, die auf die Dauer nur zu einem geringen Teile arbeitsfähig sind, auf ihren Antrag, solange der unterstützungspflichtige Armenverband einverstanden ist, von der Versicherungspflicht befreit. Ueber Anträge dieser Art entscheidet der Kassenvorstand. Lehnt er die Befreiung ab, so kann binnen einem Monat Beschwerde zum Versicherungsamt erhoben werden, das endgültig entscheidet. Die bewilligte Befreiung gilt von dem Tage an, an dem Antrag gestellt worden ist.

Endlich hat der Bundesrat zu bestimmen, wie weit vorübergehende Dienstleistungen versicherungsfrei sind.

B. Versicherungsberechtigung.

Bei der Versicherungsberechtigung ist die Fortsetzung der früheren Pflichtmitgliedschaft und der freiwillige Eintritt in die Versicherung zu unterscheiden.

Die Fortsetzung der früheren Pflichtmitgliedschaft muß allen Versicherungspflichtigen gestattet werden, die entweder unmittelbar vor Erlöschen der Versicherungspflicht ununterbrochen mindestens 6 Wochen lang oder die in den letzten zwölf Monaten zusammen mindestens 26 Wochen lang versichert waren (wenn auch bei anderen Kassen). Für die Fortsetzung der Mitgliedschaft kann keine Altersgrenze festgesetzt werden, noch kann in

diesem Falle die Vorlage eines Gesundheitsattestes verlangt und eine Karenzzeit für den Empfang der Unterstützungen festgesetzt werden. Für Fortsetzung der Mitgliedschaft ist Anzeige an den Kassenvorstand erforderlich, die innerhalb drei Wochen gemacht werden kann. Es empfiehlt sich aber, die Anzeige innerhalb der ersten Woche zu erstatten. Geschieht dies nicht, so steht dem Mitglied für Krankheiten, die innerhalb der zweiten und dritten Woche eintreten, Anspruch auf die Mehrleistungen keinesfalls, zuweilen nicht einmal auf die Regelleistung zu. Freiwillig können der Krankenversicherung beitreten:

1. Alle in einem Dienst- oder Arbeitsverhältnis Beschäftigten, die nicht der Versicherungspflicht unterliegen;
2. Familienangehörige des Arbeitgebers, die ohne eigentliches Arbeitsverhältnis und ohne Entgelt in seinem Betriebe beschäftigt werden;
3. Gewerbetreibende und andere Betriebsunternehmer, die in ihren Betrieben keine oder höchstens zwei Versicherungspflichtige beschäftigen.

Voraussetzung für die freiwillige Versicherung ist, daß der Jahresarbeitsverdienst 2500 Mark nicht übersteigt. Wer mehr verdient, kann nicht freiwillig der Krankenversicherung beitreten. Mit Genehmigung des Oberversicherungsamtes kann für den freiwilligen Beitritt durch die Satzung der Kasse eine Altersgrenze festgesetzt, auch kann die Aufnahme von der Vorlage eines ärztlichen Gesundheitszeugnisses abhängig gemacht werden. Beides ist bei Fortsetzung der Mitgliedschaft unzulässig.

Die freiwillige Versicherung erlischt, sobald der Jahresarbeitsverdienst 4000 Mark übersteigt. Dies gilt auch für die, die früher versicherungspflichtig waren und später nach Ueberschreiten der Gehaltsgrenze von 2500 Mark sich freiwillig weiter versichert haben; auch sie müssen bei Erreichung von 4000 Mark Jahresverdienst aus der freiwilligen Versicherung ausscheiden.

Mit dem Eintritt in eine versicherungspflichtige Beschäftigung erlischt jede freiwillige Versicherung.

Krankenkassen.

Träger der Krankenversicherung sind: Orts-, Land-, Betriebs- und Innungskrankenkassen. Die Hauptarten von Kassen sollen die Orts- und Landkrankenkassen sein. Den Landesgesetzgebungen ist freigestellt, die Errichtung von Landkrankenkassen neben den allgemeinen Ortskrankenkassen auszuschließen. In der Regel soll für jeden Bezirk einer unteren Verwaltungsbehörde eine Orts- und eine Landkrankenkasse bestehen. Mit Genehmigung des Oberversicherungsamtes kann von der Errichtung einer Landkrankenkasse abgesehen werden; ihre Gründung neben der allgemeinen Ortskrankenkasse muß unterbleiben, wenn sie nicht mindestens 250 Pflichtmitglieder haben würde. Neben der Landkrankenkasse braucht keine allgemeine Ortskrankenkasse geschaffen zu werden, wenn sie nicht mindestens 250 Pflichtmitglieder haben würde. Soll von dieser Befugnis Gebrauch gemacht werden, so ist die Genehmigung des Oberversicherungsamtes erforderlich.

Allgemeine Orts- und Landkrankenkassen werden durch Beschluß des Gemeindeverbandes errichtet. Die Landkrankenkassen müssen neu errichtet werden, weil noch keine bestehen. Von den Ortskrankenkassen können die, die alle nach dem alten Recht Versicherungspflichtigen oder einen großen Teil davon umfassen, zu allgemeinen Ortskrankenkassen ausgestaltet werden.

Versicherungspflichtige, die weder einer Betriebs- oder Innungs- oder einer knappschaftlichen Krankenkasse angehören, sind Mitglieder der allge-

meinen Orts- oder der Landkrankenkasse. Zu den Landkrankenkassen sollen gehören: die in der Landwirtschaft Beschäftigten, die Dienstboten (auch die städtischen), die im Wandergewerbe Beschäftigten und die Hausgewerbetreibenden und ihre hausgewerblich Beschäftigten. In Bezirken, wo die Errichtung der einen Kassenart unterbleibt, gehören die für sie bestimmten Versicherungspflichtigen natürlich der andern Kasse an.

Neben den allgemeinen Ortskrankenkassen können besondere Ortskrankenkassen für einzelne oder mehrere Gewerbszweige, oder allein für Versicherte eines Geschlechts die schon bestehen, erhalten bleiben. Voraussetzung für ihren Weiterbestand ist u. a., daß sie mindestens 250 Mitglieder haben, ihre Leistungen denen der allgemeinen Ortskrankenkasse gleichwertig sind und daß sie den Bestand und die Leistungsfähigkeit der allgemeinen Ortskrankenkasse und der Landkrankenkasse nicht gefährden. Diese Kassen gelten als gefährdet, wenn ihnen bei Zulassung der besonderen Ortskrankenkassen nicht mindestens 250 Mitglieder verbleiben.

Betriebskrankenkassen können bestehen bleiben und neu errichtet werden. Ihre Neuerrichtung ist für gewerbliche Betriebe zulässig, wenn ihr mindestens 150 Versicherungspflichtige angehören werden. Für Betriebe der Binnenschifffahrt und der Landwirtschaft beträgt die Mindestzahl der Versicherungspflichtigen gar nur 50. Gehört der Betrieb eines Arbeitgebers einer Innung an, die eine Krankenkasse hat, so darf keine Betriebskrankenkasse errichtet werden. Voraussetzung für die Errichtung einer neuen Betriebskrankenkasse ist weiter, daß sie den Bestand oder die Leistungsfähigkeit einer allgemeinen Orts- oder Landkrankenkasse nicht gefährdet, und daß ihre Leistungen denen dieser Kassen gleichwertig sind. Allgemeine Orts- und Landkrankenkassen gelten hierbei als nicht gefährdet, wenn ihnen nach Errichtung der Betriebskrankenkasse wenigstens 1000 Mitglieder verbleiben. Noch geringer als an neu zu errichtende Betriebskrankenkassen sind die Anforderungen an schon bestehende. Sie werden weiter zugelassen, wenn sie wenigstens 100 oder für landwirtschaftliche Betriebe und solche der Binnenschifffahrt 50 Mitglieder haben und ihre Leistungen denen der allgemeinen Orts- oder Landkrankenkasse gleichwertig sind. Ob durch ihre Weiterexistenz die allgemeinen Kassen gefährdet werden, wird nicht berücksichtigt. Für die Errichtung und den Weiterbestand von Innungskrankenkassen gelten die gleichen leichten Bedingungen, nur wird auch noch von einer Mindestzahl von Mitgliedern für diese Kassen abgesehen. Sie dürfen also noch weniger als 50 Mitglieder haben.

Betriebskrankenkassen werden von dem Arbeitgeber, Innungskrankenkassen von der Innung errichtet. Der Arbeitgeber hat vor der Errichtung die Versicherungspflichtigen zu hören; er kann aber die Kasse gegen ihren Willen gründen.

Satzung.

Jede Krankenkasse muß eine Satzung haben. Sie wird vor Errichtung der Kasse aufgestellt und zwar

- für Orts- und Landkrankenkassen von dem Gemeindeverband nach Anhören beteiligter Arbeitgeber und Versicherter,
- für Betriebskrankenkassen vom Arbeitgeber nach Anhören von Beschäftigten,
- für Innungskrankenkassen von der Innungsversammlung unter Beteiligung des Gesellenausschusses.

Wie groß die Zahl der zu hörenden Arbeitgeber, Versicherten und Beschäftigten sein muß, sagt das Gesetz nicht. Ein entscheidender Einfluß auf den Inhalt ist diesen Beteiligten nicht eingeräumt. Die zur Errichtung der

Satzung berufenen Stellen sind an die ihnen vorgetragenen Wünsche nicht gebunden.

Die Satzung muß u. a. Bestimmungen über Art und Umfang der Leistungen, Höhe der Beiträge und Zahlungszeit, Zusammenfassung, Rechte und Pflichten des Vorstandes, und Zusammenfassung und Berufung des Ausschusses enthalten. Der Inhalt der Satzung darf mit dem Gesetze nicht in Widerspruch stehen. Nur soweit das Gesetz den Kassen einen Spielraum läßt, können sie durch die Satzung nach ihren Bedürfnissen Anordnungen treffen. Sie dürfen z. B. über die gesetzlich festgelegte Grenze des Höchstmaßes der Unterstützungen nicht hinausgehen.

Die Satzung bedarf zu ihrer Gültigkeit der Genehmigung des Oberversicherungsamts. Änderungen der Satzungen hat der Ausschuß der Kasse zu beschließen; sie bedürfen ebenfalls der Genehmigung durch das Oberversicherungsamt. Zur Verjagung der Genehmigung ist nur die Beschlusssammer des Oberversicherungsamts zuständig. Gegen die Verjagung kann binnen einem Monat Beschwerde zum Reichsversicherungsamt erhoben werden.

Jedes Mitglied erhält unentgeltlich ein Exemplar der Satzung.

Organe der Kassen.

Verwaltungsorgane der Kasse sind Ausschuß und Vorstand. Der Ausschuß besteht zu zwei Dritteln aus Vertretern der Versicherten und zu einem Drittel aus Vertretern der Arbeitgeber. Er darf höchstens 90 Mitglieder haben. (60 Versicherte und 30 Arbeitgeber.) Bei den Ortskrankenkassen wählen die volljährigen Arbeiter und Arbeitgeber die Vertreter aus ihrer Mitte. Um den Unternehmern großer Betriebe die Teilnahme an den Ortskrankenkassen schwächer zu machen ist bestimmt, daß das Stimmrecht der Arbeitgeber bei der Wahl zum Ausschuß nach der Zahl der von ihnen beschäftigten Versicherten bemessen wird. Es kann abgestuft werden, auch kann eine Höchstzahl der Stimmen festgesetzt werden. Beides bedarf der Zustimmung des Oberversicherungsamts. Der Ausschuß der Ortskrankenkasse wählt den Vorstand und zwar die Gruppe der Versicherten zwei Drittel, die der Arbeitgeber ein Drittel der Vorstandsmitglieder. Die Vorstandsmitglieder müssen zu den Versicherten oder beteiligten Arbeitgebern gehören, brauchen aber nicht aus der Reihe der Ausschußmitglieder genommen zu werden. Geschieht dies aber, so scheidet das in den Vorstand gewählte Mitglied aus dem Ausschuß aus.

Die Vorstandsmitglieder wählen aus ihrer Mitte den Vorsitzenden. Hierbei stimmen die beiden Gruppen im Gegensatz zu früher getrennt ab. Gewählt ist nur der, der die Mehrheit der Stimmen sowohl aus der Gruppe der Versicherten, wie der Arbeitgeber erhält. Kommt diese Mehrheit nicht zustande, so muß die Wahl an einem anderen Tage wiederholt werden. Ergibt auch diese kein Resultat, so ernennt das Versicherungsamt den Vorsitzenden, der die Rechte und Pflichten des Vorsitzenden auf Kosten der Kasse solange ausübt, bis eine Wahl zustande kommt.

Bei Landkrankenkassen wählt die Vertretung des Gemeindeverbandes sowohl den Vorsitzenden wie die anderen Mitglieder des Vorstandes und die des Ausschusses. Sie müssen zu zwei Dritteln aus den Reihen der Versicherten und zu einem Drittel aus den Reihen der Arbeitgeber genommen werden. Durch Landesgesetzgebung kann angeordnet werden, daß Ausschuß und Vorstand wie bei den Ortskrankenkassen gewählt werden, d. h. durch die Versicherten und die Arbeitgeber.

In den Betriebskrankenkassen ist die Wahl der Vertreter der Versicherten für den Ausschuß und den Vorstand die gleiche wie bei

Ortskrankenkassen. Der Ausschuß darf jedoch höchstens 50 Vertreter der Versicherten enthalten. Der Arbeitgeber oder ein von ihm bestellter Vertreter führt aber stets in beiden Organen den Vorsitz. Eine Wahl der Vorsitzenden erfolgt also nicht. Dem Arbeitgeber steht in beiden Organen die Hälfte der Stimmen zu, die die Versicherten besitzen. Um unabhängige Vertreter fernzuhalten ist bestimmt, daß Mitglieder, die die Mitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse freiwillig fortsetzen, weder wahlberechtigt noch wählbar sind.

Auch für *Funngskrankenkassen* werden die Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber gewählt wie bei der Ortskrankenkasse. Den Vorsitzenden des Vorstandes bestellt aber die *Funng* aus den Reihen ihrer Vorstandsmitglieder. Wenn, was zulässig ist, die Arbeitgeber die Hälfte der Beiträge bezahlen, so haben sie auch die Hälfte der Vertreter im Ausschuß zu wählen und diese Vertreter der Arbeitgeber wählen auch die Hälfte der Vertreter zum Vorstand.

Bei allen Kassen erfolgen die Wahlen zum Ausschuß und Vorstand nach den Grundsätzen der Verhältniswahl. Es ist zulässig, die Wahl auf Vorschlagslisten zu beschränken. Die Wahl zum Ausschuß muß mindestens einen Monat vorher ausgeschrieben werden. Für die Wahlen empfiehlt sich das System der gebundenen Listen, bei dem der Wähler nur für eine unabgeänderte Liste stimmen kann, an der er keine Streichung oder Abänderung vornehmen darf. Die Wahl ist schriftlich und geheim.

Wählbar und wahlberechtigt sind nur volljährige Deutsche. Frauen sind sowohl wahlberechtigt wie wählbar. Nicht wählbar ist, wer infolge gerichtlicher Verurteilung die Fähigkeit zur Bekleidung öffentlicher Ämter verloren hat und wer infolge gerichtlicher Anordnung in der Verfügung über sein Vermögen beschränkt ist.

Die Amtsdauer beträgt in Zukunft für alle Vertreter einheitlich vier Jahre. Die Vertreter verwalten ihr Amt als Ehrenamt unentgeltlich. Ihre Auslagen sind ihnen zu erstatten. Den Vertretern der Versicherten ist der entgangene Arbeitsverdienst zu ersetzen oder statt dessen ein Pauschalbetrag für Zeitverlust zu zahlen.

Die Vertreter der Versicherten sollen von ihren Arbeitgebern in der Ausübung ihrer Rechte nicht behindert werden. Wenn sie dem Arbeitgeber die Teilnahme an Sitzungen usw. rechtzeitig anzeigen, so bildet das Fernbleiben von der Arbeit keinen Grund zur sofortigen Entlassung.

Angestellte der Kassen.

Das Anstellungsrecht der Beamten der Kasse ist wesentlich geändert worden, ebenso sind für die Regelung des Dienstverhältnisses der Beamten neue Vorschriften erlassen worden. Sie gelten für die Angestellten der Betriebskrankenkassen nicht. Auf die Einzelheiten kann hier nicht eingegangen werden.

Beiträge.

Beiträge (und Leistungen) werden nach dem Verdienst der Versicherten bemessen. Als Grundlage, das Gesetz nennt es Grundlage, kann der wirkliche Verdienst der Versicherten bis zu 6 Mark für den Tag genommen werden; es kann aber auch die Errichtung von Lohnklassen erfolgen. Für jede Klasse muß dann die untere und obere Grenze und der Grundlohn festgesetzt werden, nach dem Beiträge und Leistungen zu bemessen sind. Hierbei kann als Höchstgrenze der Betrag von 6 Mark genommen werden. Diese Be-

stimmungen gelten für Orts-, Betriebs- und Innungsfrankenkassen. Für Landfrankenkassen kann als Grundlohn für die Berechnung der Beiträge und Leistungen der Ortslohn bestimmt werden. (Der Ortslohn wird vom Oberversicherungsamt festgesetzt.) Für die Betriebsbeamte und Sacharbeiter (das sind Handwerker) ist auch bei den Landfrankenkassen der Grundlohn wie bei der Ortsfrankenkasse festzusetzen. Wenn in einem Bezirk keine Ortsfrankenkasse errichtet ist, so ist für die Ortsfrankenkassenpflichtigen, die dann der Landfrankenkasse angehören, der Grundlohn wie bei der Ortsfrankenkasse zu bestimmen. Umgekehrt kann beim Fehlen der Landfrankenkasse für Landfrankenkassenpflichtige, die dann der Ortsfrankenkasse angehören müssen, der Ortslohn als Grundlohn dienen.

Die Beiträge sollen in der Regel $4\frac{1}{2}$ Prozent des Grundlohns nicht übersteigen. Sind hiermit die Regelleistungen nicht zu decken, so kann Erhöhung der Beiträge erfolgen, was durch Satzungsänderung zu geschehen hat. Bis zu 6 Prozent Grundlohn kann die zur Deckung der Regelleistungen erforderliche Erhöhung der Beiträge durch in gemeinsamer Abstimmung beider Gruppen im Ausschuß gefaßten Beschluß angeordnet werden. Reichen auch 6 Prozent nicht zur Bestreitung der Regelleistungen, so kann weitere Erhöhung nur vorgenommen werden, wenn bei getrennter Abstimmung sich die Mehrheit beider Gruppen für die Erhöhung entscheidet, kommt ein solcher Beschluß nicht zustande, so hat bei Ortsfrankenkassen entweder die Vereinigung mit einer andern Ortsfrankenkasse zu geschehen oder der Gemeindeverband muß den Fehlbetrag aus seinen Mitteln leisten. Er kann, so lange er Beihilfe leistet, einem Vertreter das Amt des Kassenvorstehenden übertragen. Bei Betriebs- und Innungsfrankenkassen haben im gleichen Falle Arbeitgeber und Innung das Fehlende zu leisten.

Will eine Kasse zur Gewährung von Mehrleistungen die Beiträge erhöhen, so ist schon beim Ueberschreiten von $4\frac{1}{2}$ Prozent Uebereinstimmung beider Gruppen im Ausschuß notwendig.

Die Beiträge werden zu zwei Dritteln von den Versicherten, zu einem Drittel vom Arbeitgeber getragen. Versicherungsberedtigte haben den vollen Beitrag allein zu zahlen. Für die Versicherungspflichtigen hat der Arbeitgeber die Beiträge an die Kasse zu zahlen. Den auf die Versicherten fallenden Anteil kann er vom Lohne kürzen. Unterbleibt der Abzug bei einer Lohnzahlung, so kann er nur noch bei der nächsten nachgeholt werden. Niemals kann also mehr als der Beitrag für zwei Lohnzeiten abgezogen werden. Für die Fälle, in denen der Arbeitgeber keinen Barlohn zahlt (Kellner z. B.) kann die oberste Verwaltungsbehörde bestimmen, in welcher Weise die Versicherten ihren Beitragsteil dem Arbeitgeber zu erstatten haben. Streitigkeiten zwischen Versicherten und Arbeitgebern über Berechnung und Anrechnung von Beiträgen entscheidet das Versicherungsamt.

Leistungen.

Das Gesetz bestimmt das geringste Maß von Unterstützung, das Regelleistung genannt wird und begrenzt die Unterstützung auch nach oben. Was über die Regelleistung hinausgeht, wird Mehrleistung genannt. Regelleistungen sind: Krankenhilfe, Wochengeld und Sterbegeld. Die Krankenhilfe besteht in Krankenpflege und Krankengeld. Zur Krankenpflege gehören ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei, Brillen, Bruchbänder und andere kleine Heilmittel. Sie ist dem Erkrankten vom Beginn der Erkrankung ab zu gewähren.

Ist die Krankheit mit Erwerbsunfähigkeit verbunden, so ist dem Erkrankten vom 4. Krankheitsstage ab für jeden Arbeitstag Krankengeld in Höhe

der Hälfte des Grundlohns zu zahlen. Tritt bei einer Krankheit, die anfangs dem Erkrankten Weiterarbeit gestattet, die Arbeitsunfähigkeit erst nach dem 4. Krankheitstage ein, so ist das Krankengeld vom Beginn der Arbeitsunfähigkeit an zu zahlen. Die Unterstützungen sind nötigenfalls bis zur Dauer von 26 Wochen zu zahlen. Wird bei einem Unterstützungsfall anfangs nur Krankenpflege, Krankengeld aber erst von einem späteren Zeitpunkt an gegeben, so rechnen die 26 Wochen erst vom Tage des Bezugs von Krankengeld an. Wird die Zeit des Bezugs von Krankengeld durch Zeiten unterbrochen, in denen der Erkrankte von der Kasse zwar ärztliche Hilfe und Arznei u. ä. erhält, so wird die Zeit der Unterbrechung auf die Dauer des Krankengeldbezuges bis zu 13 Wochen nicht angerechnet. Ein Beispiel möge die Wirkung dieser Bestimmung erläutern: Ein Versicherter erkrankt und ist 4 Wochen lang arbeitsunfähig. Darauf kann er wieder 15 Wochen lang arbeiten, während welcher Zeit er also ärztliche Hilfe und Arznei weiter bezieht. Führt die Krankheit dann wieder Erwerbsunfähigkeit herbei, so hat er noch für 20 Wochen Krankengeld zu beanspruchen. Von den früheren Unterstützungszeiten werden nur die 4 Wochen mit Krankengeldbezug und von den 15 Wochen 2 (der Ueberschuß über die 13 nicht anrechnungsfähigen), zusammen 6 Wochen angerechnet. Die Krankenpflege ist immer bis zum Ablauf der Bezugszeit für Krankengeld, also auch für länger als 26 Wochen zu gewähren.

An Stelle der Krankenpflege und des Krankengeldes kann die Kasse Krankenhauspflege gewähren; verpflichtet ist sie hierzu nicht. Wenn der Kranke einen eigenen Haushalt hat oder im Haushalt seiner Familie ist, bedarf es zur Einweisung seiner Zustimmung. Die Zustimmung ist nicht erforderlich bei allen Kranken, die nicht im eigenen Haushalt oder in dem ihrer Familie sind; bei anderen Kranken dann nicht, wenn

1. die Art der Krankheit eine Behandlung oder Pflege verlangt, die in der Familie des Erkrankten nicht möglich ist,
2. die Krankheit ansteckend ist,
3. der Erkrankte wiederholt der Krankenordnung oder den Anordnungen des behandelnden Arztes zuwider gehandelt hat,
4. sein Zustand oder Verhalten seine fortgesetzte Beobachtung erfordert.

Mit Zustimmung des Erkrankten kann die Kasse Hilfe und Wartung durch Krankenpfleger u. ä. gewähren. Hierfür kann die Satzung Kürzung des Krankengeldes um ein Viertel anordnen.

Bei Krankenhauspflege ist den Erkrankten, die Angehörige ganz oder überwiegend aus ihrem Arbeitsverdienst unterhalten haben, ein Hausgeld in Höhe der Hälfte des Krankengeldes zu zahlen.

Die Kasse kann Versicherten, die in einem Zeitraum von 12 Monaten für 26 Wochen Krankengeld oder die Ersatzeleistungen dafür bezogen haben, für die nächsten 12 Monate die Unterstützungen auf die Mindestleistungen und auf die Dauer von 13 Wochen beschränken. Dies gilt nur, wenn der zweite Unterstützungsfall auf die gleiche nicht gehobene Krankheitsursache zurückzuführen ist. Zu dieser Beschränkung ist die Kasse in Zukunft auch berechtigt, wenn die frühere Unterstützung von einer oder mehreren anderen Kassen gewährt worden ist.

Kürzung des Krankengeldes bei Doppelversicherung. Bezieht der Erkrankte noch aus einer anderen Versicherung Krankengeld, so hat die Zwangskasse ihr Krankengeld soweit zu kürzen, daß die Gesamtunterstützung den Durchschnittsbetrag seines wirklichen Arbeitsverdienstes nicht übersteigt. Angerechnet kann aber nur die Unterstützung aus einer Versicherung mit Rechtsanspruch werden. (Diese Ansicht ist nicht unbestritten.) Die ge-

werkschaftlichen Unterstützungseinrichtungen können m. E. nicht als Versicherungen gelten. Die Satzung kann die Mitglieder verpflichten, die Höhe der aus anderen Versicherungen geleisteten Unterstützungen anzugeben. Die Frage, aus welcher Krankenversicherung die Bezüge stammen, darf nicht gestellt werden.

Die Kürzung bei Doppelversicherung kann durch die Satzung ausgeschlossen werden (s. Mehrleistungen).

Anderere Kürzungen des Krankengeldes. Die Satzung kann Mitgliedern das Krankengeld (nicht die anderen Leistungen) ganz oder teilweise versagen, wenn sie

1. die Kasse durch eine strafbare Handlung geschädigt haben, die mit Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte bedroht ist, für die Dauer eines Jahres nach der Straftat,
2. sich eine Krankheit vorzüglich oder durch schuldhafte Beteiligung bei Schlägereien oder Raufhändeln zugezogen haben, für die Dauer dieser Krankheit.

Wochenhilfe. Wöchnerinnen, die im letzten Jahre vor der Niederkunft zusammen mindestens 6 Monate (wenn auch nicht zusammenhängend und wenn auch bei mehreren Kassen) versichert gewesen sind, ist für 8 Wochen Wochengeld in Höhe des Krankengeldes zu zahlen. Hiervon müssen 6 Wochen nach der Niederkunft liegen.

Für Mitglieder von Landkrankenkassen, die nicht der Gewerbeordnung unterstehen, kann durch die Satzung die Wochenhilfe bis auf 4 Wochen herabgesetzt werden; sie darf für sie auf höchstens 8 Wochen gewährt werden.

Sterbegeld. Als Sterbegeld wird beim Tode des Versicherten das Zwanzigfache des Grundlohns gezahlt. Es muß auch gezahlt werden, wenn ein Mitglied nach Ablauf der Krankenhilfe binnen einem Jahre an derselben Krankheit stirbt und inzwischen nicht wieder arbeitsfähig gewesen ist. Das Sterbegeld soll zunächst zur Deckung der Kosten für die Beerdigung dienen und wird in Höhe dieser an den gezahlt, der das Begräbnis besorgt hat. Es kann also an Dritte (Armenamt usw.) gezahlt werden. Verbleibt ein Ueberschuß, so sind nach einander der Ehegatte, die Kinder, der Vater, die Mutter, die Geschwister bezugsberechtigt, wenn sie mit dem Verstorbenen zur Zeit seines Todes in häuslicher Gemeinschaft gelebt haben. Fehlen solche Berechtigte, so behält die Kasse den Ueberschuß.

Mehrleistungen. Die Satzung kann die Regelleistungen erhöhen. Erhöhungen sind zulässig für alle drei Unterstützungen. Die Krankenhilfe kann bis zur Dauer eines Jahres gewährt und das Krankengeld kann auf mehr als 50 bis zu 75 Prozent des Grundlohns bemessen werden. Ebenso kann das Hausgeld für Angehörige bis zum vollen Betrag des Krankengeldes erhöht werden. Endlich kann für Sonn- und Feiertage und auch für die ersten 3 Krankheitstage Krankengeld zugebilligt werden. Das letztere jedoch nur dann, wenn entweder die Krankheit länger als eine Woche dauert oder zum Tode führt oder Folge eines Betriebsunfalls ist. Eine Bestimmung zur Zahlung des Krankengeldes vor dem 4. Krankheitstage in anderen Fällen bedarf der besonderen Genehmigung des Oberversicherungsamts. Daß die Satzung die Kürzung des Krankengeldes bei Doppelversicherung ganz oder teilweise ausschließen kann, wurde schon gesagt. Die Satzung kann für kleinere Heilmittel einen Höchstbetrag festsetzen und anordnen, daß dieser Betrag auch als Zuschuß für größere Heilmittel zu gewähren ist; sie kann Krankenkost zubilligen. Erkrankte, die im Krankenhause gepflegt werden und keine Angehörigen zu unterhalten haben, können ein Taschengeld bis zur Höhe der Hälfte des Krankengeldes beziehen.

Endlich kann Fürsorge für Genesende und Familienhilfe, bestehend in Krankenpflege an Familienmitglieder, Wochenhilfe an versicherungsfreie Ehefrauen und Sterbegeld beim Tode des Ehegatten oder eines Kindes gewährt werden.

Für Schwangere, die der Kasse mindestens 6 Monate angehört haben, kann Schwangerengeld in Höhe des Krankengeldes bis zur Dauer von 6 Wochen und für Wöchnerinnen, die ihr Kind stillen, kann, sofern sie Anspruch auf Wöchnerinnenunterstützung haben, ein Stillgeld in Höhe der Hälfte des Krankengeldes bis zur Dauer von 12 Wochen nach der Niederkunft gewährt werden.

Das Sterbegeld kann durch die Satzung auf den vierzigfachen Betrag des Grundlohns erhöht werden.

Ob diese Mehrleistungen in großem Umfange durchzusetzen sein werden, muß abgewartet werden. Unter ihnen sind zweifellos sehr bedeutungsvolle Unterstützungen, von denen nur zu wünschen wäre, daß sie dem Verlangen der Sozialdemokraten entsprechend, unter die Regelleistungen der Kassen aufgenommen worden wären.

Beginn der Unterstützung.

Versicherungspflichtige haben auf die Regelleistungen vom Beginn der versicherungspflichtigen Beschäftigung an Anspruch (auch wenn sie noch nicht zur Kasse angemeldet sind). Für Versicherungsberechtigte (nicht für Pflichtmitglieder, die die Mitgliedschaft freiwillig fortsetzen) kann durch Satzung eine Wartezeit bis zu 6 Wochen festgesetzt werden. Sowohl für Versicherungspflichtige wie für Versicherungsberechtigte kann für die Mehrleistungen eine Wartezeit bis zu 6 Monaten festgesetzt werden. Für den, der während der letzten 12 Monate schon für mindestens 6 Monate Anspruch auf Mehrleistungen bei einer anderen Kasse hat, kann keine Wartezeit bestimmt werden.

Hat die Kasse für jemand, der nicht vorjählich unrichtig angemeldet worden ist, drei Monate lang Beiträge angenommen, so kann die Unterstützung nicht verweigert werden, auch wenn weder Versicherungspflicht noch Versicherungsberechtigung vorliegt.

Wer wegen Erwerbslosigkeit ausscheidet, behält den Anspruch auf die Regelleistungen, wenn er

in den vorangegangenen 12 Monaten mindestens 26 Wochen oder unmittelbar vorher mindestens 6 Wochen versichert war und wenn der Unterstützungsfall während der Arbeitslosigkeit und innerhalb 3 Wochen nach dem Ausscheiden aus der Kasse eintritt. Beim Verlassen des Reichs fällt der Anspruch weg, wenn nicht die Satzung anders bestimmt.

Versicherten, die nach Ausscheiden aus der Kasse freiwillig Mitglied bleiben, kann als Gesamtunterstützung das anderthalbfache Krankengeld gezahlt werden (unter Fortfall von ärztlicher Hilfe, Heilmittel usw.), wenn sie sich nicht im Bezirk der Kasse oder des Versicherungsamts aufhalten.

Besondere Berufszweige.

Die bisher dargestellten Vorschriften erfahren für einige Berufsgruppen zum Teil wesentliche Abänderungen.

Lehrlinge, die ohne Entgelt beschäftigt werden, erhalten kein Krankengeld; die Beiträge für sie sind entsprechend zu ermäßigen.

Landwirtschaftliche Arbeiter. Für sie wird auf Antrag des Arbeitgebers vollständige Befreiung von der Versicherungspflicht gewährt, wenn dem Arbeiter im Krankheitsfalle Rechtsanspruch auf Unterstützung durch den Arbeitgeber zusteht, die der Leistung der zuständigen Krankenkasse gleichwertig ist. Die Befreiung wird nur bewilligt, wenn sie für sämtliche Versicherte nachgesucht wird. Weiter wird auf Antrag des Arbeitgebers zugelassen, daß die Versicherten nur ärztliche Hilfe und Arznei erhalten, wenn sie einen Arbeitsvertrag für ein Jahr haben und wenn sie einen Rechtsanspruch auf Naturalleistungen oder Entgelt im dreihundertfachen Werte des Krankengeldes haben. In diesem Falle sind die Beiträge entsprechend zu ermäßigen. Leistet der Arbeitgeber trotz vertraglicher Pflicht an den erkrankten Arbeiter nicht, so muß die Kasse diesen nach der Satzung unterstützen. Sie kann Ersatz vom Arbeitgeber verlangen.

Durch die Satzung kann bestimmt werden, daß Versicherte kein Krankengeld beziehen, die auf Grund der Reichsversicherung eine dauernde Rente im mindestens 300fachen Betrage des Krankengeldes beziehen. Mit Zustimmung des Oberversicherungsamts kann für die Zeit vom 1. Oktober bis 31. März das Krankengeld auf 25 Prozent des Ortslohns herabgesetzt werden.

Statt der Unterstützung durch Krankengeld usw. kann Verpflegung im Krankenhause durch die Satzung als Regelleistung eingeführt werden. Es sind noch einige weitere Beschränkungen der Leistungen möglich. Das Gesetz hat erfolgreich dafür gesorgt, daß die landwirtschaftlichen Arbeiter nur sehr dürftig unterstützt werden, und daß die Arbeitgeber die Krankenversicherung ganz nach ihren Wünschen gestalten können.

Dienstboten. Auch die in der Stadt beschäftigten Dienstboten müssen der Landkrankenkasse angehören. Für sie gilt die Bestimmung über Befreiung von der Versicherungspflicht wie für die landwirtschaftlichen Arbeiter. Hervorgehoben sei noch, daß die Kasse auf Antrag des Dienstgebers oder des Versicherten Krankenhauspflege gewähren muß, wenn die Krankheit ansteckend ist oder wenn der Erkrankte im Hause des Dienstgebers nicht oder nur unter erheblicher Belästigung desselben verpflegt werden kann. Dienstboten, die auch im Geschäfte des Dienstgebers arbeiten, sind wie gewerbliche Arbeiter zu versichern.

Unständig Beschäftigte. Unständige Beschäftigung nennt das Gesetz die, die von vornherein auf weniger als eine Woche bestimmt ist. Unständig Beschäftigte sind bei der Ortskrankenkasse, oder wenn sie vorwiegend in landwirtschaftlichen Betrieben arbeiten, bei der Landkrankenkasse zu versichern. Sie haben sich selbst bei der Kasse zu melden, die ein Mitgliederverzeichnis über sie zu führen hat. Wenn die Kasse von einem Beschäftigten dieser Art erfährt, der keiner Kasse angehört, trägt sie ihn in das Verzeichnis ein. Die Versicherung bleibt auch bei vorübergehender Arbeitslosigkeit bestehen. Beiträge und Leistungen sind in der Regel nach dem Ortslohn zu bemessen. Die Versicherten haben ihren Beitragsanteil selbst an die Kasse zu zahlen; das Beitragsdrittel des Arbeitgebers muß der Gemeindeverband leisten. Zahlt der Versicherte seinen Beitragsteil nicht, so kann die Unterstützung beschränkt werden. Allgemein kann für die Unterstützung eine Wartezeit bis zu 6 Wochen festgesetzt werden.

Wandergewerbe. Der Arbeitgeber, der eines Wandergewerbezeichens bedarf, hat die im Betriebe des Wandergewerbes Beschäftigten der Landkrankenkasse anzumelden. Zuständig ist die Landkrankenkasse des Orts, bei dessen Polizei der Wandergewerbechein nachgesucht worden ist. Die Beiträge sind im voraus für die ganze Zeit der Gültigkeit des Scheins zu entrichten. Der Arbeitgeber kann dem Arbeiter bei der Lohnzahlung zwei

Drittel der Beiträge für die verfloßene Zeit, jedoch höchstens für einen Monat vom Lohn abziehen.

Als Unterstützung beziehen die Versicherten die Regelleistungen.

Hausgewerbetreibende. Sie und die bei ihnen Beschäftigten werden bei der Landfrankenkasse versichert, in deren Bezirk sie ihre eigene Betriebsstätte haben. Die Anmeldung hat der Hausgewerbetreibende für sich und seine Arbeiter zu besorgen. Zu den Mitteln müssen die Auftraggeber Zuschüsse leisten und zwar vorläufig 2 Prozent des Lohns. Diesen Zuschuß bezahlt der Auftraggeber an die Landfrankenkasse seines Betriebsortes, auch wenn die Hausgewerbetreibenden in den Bezirken anderer Kassen wohnen. Wo keine Landfrankenkassen bestehen, gehören die Hausgewerbetreibenden natürlich zur Ortsfrankenkasse. Zwischen den Kassen muß eine Verrechnung der Zuschüsse erfolgen, deren Einzelheiten der Bundesrat zu regeln hat. Die Hausgewerbetreibenden sollen für sich und ihre Beschäftigten ebenfalls Beiträge zahlen. Sie sind durch die Satzung so hoch festzusetzen, daß sie zusammen mit den Zuschüssen der Arbeitgeber die Lasten der Versicherung für die Hausgewerbetreibenden decken. Der Gemeindeverband kann durch Statut die hausgewerblichen Versicherungspflichtigen von der Beitragspflicht befreien und für Bezirke, in denen die Hausgewerbetreibenden außer Stande sind, Beiträge zu leisten, kann die Landesregierung dies tun. In beiden Fällen muß der Gemeindeverband die Kosten der Versicherung soweit tragen, wie sie nicht durch die Zuschüsse der Auftraggeber gedeckt werden.

Als Leistung für Erkrankte ist Krankenpflege und Krankengeld zu gewähren. Die Höhe des Krankengeldes richtet sich nach der Höhe der dem Versicherten gutgeschriebenen Zuschüsse des Arbeitgebers. In den Fällen, in denen die Hausgewerbetreibenden von Beiträgen befreit sind, braucht nur Krankenpflege, aber kein Krankengeld gewährt zu werden.

Wie sich die Durchführung der Krankenversicherung im Hausgewerbe gestalten wird, läßt sich heute noch nicht voraussagen.

Verfahren.

Streitigkeiten zwischen Versicherten und Arbeitgebern über Anrechnung von Beiträgen entscheidet in Zukunft das Versicherungsamt.

Ansprüche auf Unterstützung aus der Krankenkasse sind beim Kassenvorstand zu erheben.

Mitgliedern auswärtiger Ortsfrankenkassen oder früheren Mitgliedern solcher, die noch Anspruch auf Unterstützung haben, hat auf Ersuchen der zur Unterstützung verpflichteten Ortsfrankenkasse die Ortsfrankenkasse des Wohnorts Unterstützung zu gewähren. Es wird sich empfehlen, in Fällen dieser Art die verpflichtete Ortsfrankenkasse zu ersuchen, der Ortsfrankenkasse des Aufenthaltsorts die Unterstützungspflicht zu übertragen.

Streitigkeiten zwischen den Versicherten und der Krankenkasse über Leistungen der Krankenkasse (Krankengeld, ärztliche Behandlung, Arznei und Heilmittel, Spitalpflege) und über Beschwerden der Versicherten gegen Ordnungstrafen, die die Kasse auf Grund des Statuts verhängt hat, entscheidet das Versicherungsamt. Wird von der Krankenkasse irgend ein Anspruch des Versicherten abgelehnt, so hat dieser sich zuerst schriftlich oder mündlich an das Versicherungsamt zu wenden. Zuständig ist das Versicherungsamt, in dessen Bezirk der Versicherte wohnt oder beschäftigt ist. Der Vorsitzende des Versicherungsamts bereitet die Entscheidung vor. Er kann auch in allen Fällen eine Vorentscheidung treffen. Gegen sie kann entweder sofort Berufung zum Oberversicherungsamt ergriffen oder eine mündliche Verhandlung vor dem Versicherungsamte beantragt werden. Die

3. 07. 86

IST UNIVERSITÄT BERLIN UNIVERSITÄTSBIBLIOTHEK

Ist für beide Rechtsmittel beträgt einen Monat. Ergeht keine Vorentscheidung oder wird gegen sie rechtzeitig Antrag auf mündliche Verhandlung gestellt, so findet diese statt. An ihr nehmen in einigen Fällen neben dem Vorsitzenden je ein Besitzer von den Versicherten und den Arbeitgebern teil, in anderen der Vorsitzende allein. Er entscheidet ohne Mitwirkung der Besitzer, wenn es sich handelt um

1. lediglich rechnerische Feststellung der Dauer und Höhe der Krankenhilfe,
2. Gewährung der Krankenhauspfllege an Stelle der Krankenhilfe,
3. Sterbegeld,
4. Leistungen im Gesamtwert von weniger als 50 Mark.

Die Entscheidung des Vorsitzenden steht der Entscheidung des Versicherungsamts gleich. Gegen die Entscheidung des Versicherungsamts steht beiden Teilen (Versichertem und Krankenkasse) die Berufung zum Oberversicherungsamt zu; sie ist innerhalb eines Monats beim Versicherungsamt anzumelden.

Das Verfahren vor dem Oberversicherungsamte gleicht fast ganz dem vor dem Versicherungsamte. Der Vorsitzende kann auch ohne mündliche Verhandlung abzuhalten, eine Vorentscheidung fällen. Gegen sie kann aber nicht die höhere Instanz angerufen werden, sondern nur der Antrag auf mündliche Verhandlung vor der Spruchkammer des Oberversicherungsamts gestellt werden. Ist keine Vorentscheidung getroffen oder gegen sie rechtzeitig Antrag auf mündliche Verhandlung gestellt, so wird diese abgehalten; sie findet immer vor der vollen Kammer (Vorsitzender und je zwei Besitzer aus den Reihen der Versicherten und Arbeitgeber) statt.

Gegen die Entscheidung der Oberversicherungsämter ist in wenigen Fällen Revision zum Reichs(Landes)versicherungsamte zulässig, die innerhalb eines Monats erhoben werden muß. Den ordentlichen Gerichten, die früher in Preußen gegen die Entscheidungen der Aufsichtsbehörde angerufen werden mußten, sind die Prozesse zwischen Versicherten und Krankenkassen durch die Reichsversicherungsordnung entzogen.

Alle Rechtsmittel können von beiden Teilen (Versicherten und Krankenkasse) ergriffen werden.

Der Versicherte kann in allen Instanzen an der Verhandlungen teilnehmen und sich einen Vertreter bestellen.

Minderjährige, die das 16. Jahr vollendet haben, können das Verfahren selbst betreiben. Die Zustimmung des gesetzlichen Vertreters ist nicht erforderlich.

Die Verhandlungen sind in der Regel kostenlos; nur vom Oberversicherungsamte wird dem unterliegenden Teil eine Gebühr von 1 bis 20 Mark auferlegt.

Es empfiehlt sich, in allen Streitfragen die Hilfe eines Sachkundigen (Arbeitersekretär usw.) in Anspruch zu nehmen.

Im gleichen Verlage sind noch erschienen:

Was muß der Arbeiter von der Invaliden- und Hinterbliebenen-Versicherung wissen? Ein Ratgeber von Eduard Gräf. Preis 10 Pfg.

Was muß der Arbeiter von der Unfallversicherung wissen? Ein Ratgeber von Johannes Seiden. Preis 10 Pfg.

380/80/40958(6)

x13<8040958600011

UNIVERSITÄT
BERLIN
UNIVERSITÄTSBIBLIOTHEK

— 16 —

3. 07. 86

Stift für beide Rechtsmittel beträgt einen Monat. Ergeht keine Vor-
entscheidung oder wird gegen sie rechtzeitig Antrag auf mündliche Verhand-
lung gestellt, so findet diese statt. In ihr nehmen in einigen Fällen neben
dem Vorsitzenden je ein Beisitzer von den Versicherten und den Arbeitgebern
teil, in anderen der Vorsitzende allein. Er entscheidet ohne Mitwirkung
der Beisitzer, wenn es sich handelt um

1. lediglich rechnerische Feststellung der Dauer und Höhe der Krankenhilfe,
2. Gewährung der Krankenhauspflege an Stelle der Krankenhilfe,
3. Sterbegeld,
4. Leistungen im Gesamtwert von weniger als 50 Mark.

Die Entscheidung des Vorsitzenden steht der Entscheidung des Versicherungs-
amts gleich. Gegen die Entscheidung des Versicherungsamts steht beiden
Teilen (Versicherten und Krankenkasse) die Berufung zum Oberversiche-
rungsamt zu; sie ist innerhalb eines Monats beim Versicherungsamt an-
zumelden.

Das Verfahren vor dem Oberversicherungsamt gleicht fast ganz dem
vor dem Versicherungsamt. Der Vorsitzende kann auch ohne mündliche
Verhandlung abzuhalten, eine Vorentscheidung fällen. Gegen sie kann aber
nicht die höhere Instanz angerufen werden, sondern nur der Antrag auf
mündliche Verhandlung vor der Spruchkammer des Oberversicherungsamts
gestellt werden. Ist keine Vorentscheidung getroffen oder gegen sie recht-
zeitig Antrag auf mündliche Verhandlung gestellt, so wird diese abgehalten;
sie findet immer vor der vollen Kammer (Vorsitzender und je zwei Beisitzer
aus den Reihen der Versicherten und Arbeitgeber) statt.

Gegen die Entscheidung der Oberversicherungsämter ist in wenigen
Fällen Revision zum Reichs(Landes)versicherungsamt zulässig, die inner-
halb eines Monats erhoben werden muß. Den ordentlichen Gerichten, die
früher in Preußen gegen die Entscheidungen der Aufsichtsbehörde angerufen
werden mußten, sind die Prozesse zwischen Versicherten und Krankenkassen
durch die Reichsversicherungsordnung entzogen.

Alle Rechtsmittel können von beiden Teilen (Versicherten und
Krankenkasse) ergriffen werden.

Der Versicherte kann in allen Instanzen an der Verhandlungen teil-
nehmen und sich einen Vertreter bestellen.

Minderjährige, die das 16. Jahr vollendet haben, können das Ver-
fahren selbst betreiben. Die Zustimmung des gesetzlichen Vertreters ist nicht
erforderlich.

Die Verhandlungen sind in der Regel kostenlos; nur vom Ober-
versicherungsamt wird dem unterliegenden Teil eine Gebühr von 1 bis
20 Mark auferlegt.

Es empfiehlt sich, in allen Streitfragen die Hilfe eines Sachkundigen
(Arbeitersekretär usw.) in Anspruch zu nehmen.

Im gleichen Verlage sind noch erschienen:

**Was muß der Arbeiter von der Invaliden- und Hinter-
bliebenen-Versicherung wissen?** Ein Ratgeber von Eduard
Gräf. Preis 10 Pfg.

Was muß der Arbeiter von den ... wissen?

Freie Universität Berlin



xrite

colorchecker CLASSIC

