

VOLKSTÜMLICHE ZEITSCHRIFT

für die gesamte Sozialversicherung

SCHRIFTLÉITUNG: JOSEF AMAN

INHALTSVERZEICHNIS:

Die Begriffe „Invalidität“ und „Unfall“ nach den Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung A. Peikert, Breslau
Fortdauer des Versicherungsverhältnisses bei Arbeitsunterbrechungen F. Schwalowsky, Berlin
Gemeinlast und Sonderkassen Paul Dittrich, Breslau
Verwaltung / Angestellte und Beamte / Rechtsprechung
Literatur

Bezugspreis durch die Post vierteljährlich

50 Pfennig

Der Sozialpolitiker der Gegenwart, insbesondere der Gewerkschafter, braucht zur Erreichung seiner Ziele, zur Erfüllung seiner praktischen Aufgaben zuverlässige Unterlagen über wirtschaftliche und soziale Bewegungen auch des Auslandes. Diese findet er in der inhaltlich und technisch vorzüglich ausgestatteten deutschen Monatschrift

Internationale Rundschau der Arbeit

Herausgegeben vom Internationalen Arbeitsamt, Zweigamt Berlin

Monatlich 100 Seiten stark, bringt diese Zeitschrift Abhandlungen über wichtige Fragen der internationalen Sozialpolitik, amtliche Nachrichten aus der Internationalen Arbeitsorganisation und dem Internationalen Arbeitsamt, reichhaltige Rundschau über Beschäftigung, Wirtschaft, Arbeitsrecht, Wohnungsfragen usw., desgleichen fortlaufende Statistiken über Löhne und Lebenskosten, Arbeitslosigkeit, Wanderungswesen usw. in allen Ländern der Welt. Preis je Heft 1,— Mark, Jahresabonnement 10,— Mark. Zu beziehen vom

Internationalen Arbeitsamt, Zweigamt Berlin / Berlin NW 40

Scharnhorststraße 35

Kommissionsverlag für Deutschland: Buchhandlung Dr. Preiss, Berlin, Dorotheenstr. 4

Die „Volkstümliche Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung“

ist das Blatt der bei den Trägern der Sozialversicherung tätigen Angestellten. Zur Bestellung benutzen Sie bitte den folgenden

BESTELLSCHEIN

An das Postamt zu

Ich bestelle hiermit ab 1926 vom Verlage des Zentralverbandes der Angestellten (D. Urban), Berlin SO 26, Oranienstraße 40-41

..... Stück „Volkstümliche Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung“
zum Preise von vierteljährlich 0,50 Mark

....., den 1926

Name: Wohnung:

Volkstümliche Zeitschrift

für die gesamte Sozialversicherung

FACHZEITSCHRIFT DES ZENTRALVERBANDES DER ANGESTELLTEN

Berlin SO26, Oranienstr. 40/41 / Erscheint halbmonatlich / Bezugspreis vierteljährlich 50 Pfennig

Nummer 12

15. Juni 1926

32. Jahrgang

Die Begriffe „Invalidität“ und „Unfall“ nach den Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung.

Von Geschäftsführer A. Peikert, Breslau.

Die Invaliden- und Witwenrentenbewerber erleben oft herbe Enttäuschungen, wenn ihre Anträge auf Gewährung von Rente ablehnend beschieden werden. Das liegt an den strengen Bestimmungen, die bei Bewilligung von Rente beachtet werden müssen.

Das Gesetz besagt (§ 1255, 2 der RVO.):

Als Invalide gilt, wer nicht mehr imstande ist, durch eine Tätigkeit, die seinen Kräften und Fähigkeiten entspricht und ihm unter billiger Berücksichtigung der Ausbildung und seines Berufes zugemutet werden kann, ein Drittel dessen zu erwerben, was körperlich und geistig gesunde Personen derselben Art mit ähnlicher Ausbildung in derselben Gegend durch Arbeit zu verdienen pflegen.

Hier ist folgendes zu beachten: Berufsinvalidität kommt nach den Bestimmungen der RVO. nicht in Frage. Wenn z. B. ein Tischler in seinem Beruf ein Drittel dessen nicht mehr zu erwerben vermag, was körperlich und geistig gesunde Personen in seinem Beruf zu verdienen pflegen, so ist er trotzdem noch nicht invalide, wenn er auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt durch leichtere Arbeit, z. B. als Haushälter oder Portier, das noch in Betracht kommende Lohndrittel zu verdienen vermag. Ob die Verdienstgrenze ziffernmäßig festgestellt werden muß, ist bisher unentschieden geblieben. Auf jeden Fall sind die Spruchinstanzen berufen, den ablehnenden Standpunkt des Vorstandes der Landesversicherungsanstalt nachzuprüfen. Gewöhnlich wird der zurzeit geltende ortsübliche Tagelohn der Drittelungsberechnung zugrunde gelegt. In den Bezirken des Oberversicherungsamtes Breslau, Liegnitz und Oppeln beträgt zurzeit der ortsübliche Tagelohn für männliche Arbeiter über 21 Jahre 3,40 Mk., für weibliche 2,40 Mk., für Personen von 16 bis 21 Jahren männlich 2,40 Mk., weiblich 1,70 Mk. und für Personen unter 16 Jahren

männlich 1,40 Mk. und weiblich 0,85 Mk. Diese Zahl mit 300 multipliziert, ergibt den Jahresdurchschnittsverdienst. Hat man Versicherte vor sich, die sich aus der untersten Arbeiterschicht herausheben, so wird man zu anderen Hilfsmitteln, z. B. dem Grundlohn der Krankenkassen und den in Tarifverträgen festgesetzten Löhnen, greifen müssen. Im Streitverfahren gibt es auch hierüber soviel zu beachten, daß es Pflicht der Spruchbehörden ist, hier eingehend jeden einzelnen Fall zu beurteilen. Ist die Verdienstgrenze gefunden, dann steht immer noch die Frage offen,

ob der Rentenbewerber auch fähig ist, diese Verdienstgrenze durch eine Tätigkeit zu erreichen.

Dabei möchte ich auf Entscheidungen des Reichsversicherungsamtes hinweisen, wonach Leute, die hochgradig schwerhörig oder völlig taub waren, vom Arbeitsmarkt nicht völlig ausgeschlossen wurden, auch nicht einarmige Personen und Epileptiker. Ebenso wird auch nicht bei allen Blinden ohne weiteres Arbeitsunfähigkeit anerkannt. Bei diesen ist zu berücksichtigen, ob sie von Jugend auf erblindet sind und eine ihren natürlichen Anlagen entsprechende Ausbildung empfangen haben, die ihnen eine ausreichende Erwerbsmöglichkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt eröffnet.

Die Invalidität der Witwen ist nach § 1258 der RVO. festzustellen. Danach gilt eine Witwe als invalide,

wenn sie nicht imstande ist, durch eine Tätigkeit, die ihren Kräften und Fähigkeiten entspricht und ihr unter billiger Berücksichtigung ihrer Ausbildung und bisherigen Leistung zugemutet werden kann, ein Drittel dessen zu erwerben, was körperlich und geistig gesunde Frauen derselben Art mit ähnlicher Ausbildung in derselben Gegend durch Arbeit verdienen.

Leider hat der Gesetzgeber noch nicht zu-

gelassen, daß eine Witwe ohne weiteres Rente erhält, wenn ihr verstorbener Ernährer bis zu seinem Tode die Wartezeit für die Rente erfüllt hatte. Gerade die Witwenrentenstreitfälle beweisen, wie schwierig und mühevoll es ist, den widerstreitenden Interessen der Versicherten und der Versicherungsanstalt gerecht zu werden. Ich möchte hier die Worte des Magistratsrats Julius Boecker aus Königsberg wiederholen, der darüber folgendes schrieb:

„Es bedarf dazu eines sicheren, zuverlässigen, die Tragweite erfassenden medizinischen Urteils, eines die rechtliche Materie umfassenden Ueberblicks, eines klaren Ueberschauens des Arbeitsmarktes und der geschwächten, minderleistungsfähigen Personen offenstehenden Arbeitsgelegenheiten, weiter einer verständnisvoll ineinandergreifenden Zusammenarbeit des Arztes mit dem Juristen und dieser beiden mit den Laienbeisitzern und den Sachverständigen aus dem gewerblichen Leben, endlich auch einer taktvollen, vertrauenerweckenden, aufmunternden Behandlung des meist sehr aufgeregten, vielfach verbitterten, seelisch herabgestimmten, mit starken seinen Ansprüchen entgegengebrachten Mißtrauen rechnenden Rentenbewerbers durch den Arzt und den Vorsitzenden.“

Das sind Worte, die beiden in Betracht kommenden Behörden volle Berücksichtigung finden sollten.

Bis zum Jahre 1899 war die Zahl der bewilligten Invalidenrenten sehr niedrig. Der Begriff „Invalidität“ ist dann so geändert worden, wie er heute im Gesetz festgelegt ist. Diese neue Bestimmung hatte zur Folge, daß die Zahl der Invalidenrenten schnell stieg. Das führte damals zur Einsetzung einer Kommission, die sämtliche Landesversicherungsanstalten zu bereisen hatte mit dem Auftrage, zu prüfen, wem die Rente zu entziehen sei. Diese Maßnahmen führten zu der auffälligen und erschreckenden Tatsache, daß im Jahre 1910 z. B. die Landesversicherungsanstalt Schlesien nur noch 8438 Invalidenrenten bewilligte gegen 19 603 im Jahre 1904. Heute haben sich die Dinge wesentlich geändert. Am 1. Januar 1925 liefen bereits wieder bei der Landesversicherungsanstalt Schlesien insgesamt 172 517 Renten, davon waren 109 364 Alters- und Invalidenrenten und 60 310 Hinterbliebenenrenten. In diesem Zusammenhange ist es interessant zu wissen, daß nach der Denkschrift zum sozialen Etat 1924/25 im Jahre 1924 im Deutschen Reiche an 1 600 000 Invaliden, 200 000 Witwen und 1 300 000 Waisen Renten bewilligt wurden. Die durchschnittliche Rente betrug 25 Mk. monatlich.

Oft wird die Frage gestellt, ob der Rentenantragsteller den Nachweis der Invalidität selbst zu erbringen verpflichtet ist. Das ist zu verneinen. In einer Revisionsentscheidung des Reichsversicherungsamtes vom 4. November 1913 wird gesagt:

„Im Rentenfeststellungsverfahren ist die vom Rentenbewerber behauptete Invalidität nicht von diesem zu beweisen, sondern von Amts wegen darzustellen. (Siehe Arbeiterversorgung 1914, S. 191.)

Deshalb hat der Rentenantragsteller folgendes zu beachten: Will er den Antrag auf Rente stellen, so kann er dies schriftlich bei dem zuständigen Amts- oder Gemeindevorsteher oder auch bei dem zuständigen Versicherungsamt bewerkstelligen. Er kann auch unter Vorlegung der Invalidenkarte und der Aufrechnungsbescheinigungen seinen Antrag schriftlich zu Protokoll bei den genannten Behörden geben. Die Behörde darf den Antragsteller nicht zurückweisen. Handelt es sich um Alters- oder Waisenversorgung, dann muß außerdem noch die Heiratsurkunde, die Sterbeurkunde und die Geburtsurkunde der Kinder mit beigebracht werden. Die Urkunden werden von den zuständigen Standesämtern zu diesem Zweck unentgeltlich den Gesuchstellern ausgehändigt. Dann ist abzuwarten, bis der Vorstand der Landesversicherungsanstalt dem Antragsteller einen schriftlichen Bescheid erteilt, der zustimmend oder ablehnend lautet. Ist letzteres der Fall, dann muß gegen den ablehnenden Bescheid innerhalb vier Wochen, vom Tage der Zustellung des Bescheides an gerechnet, Berufung bei dem zuständigen Obergesundheitsamt schriftlich eingelegt werden.

Eine große Rolle im Streitverfahren spielt das ärztliche Gutachten über die Erwerbsfähigkeit des Antragstellers. Es ist Aufgabe der Beisitzer in den Spruchbehörden, nicht immer allein in der Rechtsprechung diese ärztlichen Gutachten als Unterlagen dienen zu lassen. Zu beachten ist hierbei folgendes Rundschreiben, das vom Reichsversicherungsamt am 31. Dezember 1901 an die Spruchbehörden erlassen wurde:

„Es ist wiederholt, namentlich auch im Reichstage, zur Sprache gebracht worden, daß den über den Grad der Erwerbsunfähigkeit eines Rentenbewerbers abgegebenen Äußerungen der ärztlichen Sachverständigen bei der Entscheidung der Feststellungsorgane in Unfall- und Invalidenangelegenheiten mitunter ein zu weitgehender Einfluß eingeräumt wurde. Das Reichsversicherungsamt nimmt deshalb auf Anregung des Herrn Staatssekretärs des Innern Veranlassung, darauf hinzuweisen, daß die Aufgabe der ärztlichen Begutachtung im allgemeinen in der Feststellung der physiologischen Folgen des Unfalles oder der eine Invalidität begründenden Gebrechen ihre Begrenzung findet, dagegen die sonstigen ärztlichen Äußerungen, insbesondere darüber, welchen Einfluß der Befund auf die Erwerbsfähigkeit des Rentenbewerbers ausübt, den in ihrer Entscheidung selbständigen Feststellungs-

instanzen zwar wertvolle und bei inneren Krankheiten sogar oft unentbehrliche, aber keineswegs bindende Unterlagen für die Urteilsfindung bieten (zu vgl. Handbuch der Unfallversicherung, Anm. 34 zu § 5 des Unfallversicherungsgesetzes). Hiernach würde es unzulässig sein, wenn — was vorgekommen sein soll — die Feststellungsinstanzen einfach den von dem Arzt angegebenen Prozentsatz der Erwerbsunfähigkeit ihrer Entscheidung zugrunde legten, ohne die Frage nach dem Grade der Erwerbsunfähigkeit selbst geprüft zu haben. Ein derartiges Verfahren, durch das eine der wichtigsten Aufgaben der Feststellungsorgane zu einer mechanischen Wiederholung des Ergebnisses der ärztlichen Gutachten herabgedrückt würde, entspricht nicht der Absicht des Gesetzgebers. Hat in dem einzelnen Falle der in der Sache gehörte ärztliche Sachverständige auf Ersuchen oder aus freien Stücken auch eine Äußerung über den Grad der Erwerbsunfähigkeit eines Rentenbewerbers abgegeben, dann ist nicht außer acht gelassen, daß die Frage nach dem Grade der Erwerbsunfähigkeit an sich keine rein medizinische und daß ihre Beantwortung nicht ausschließlich und in erster Linie Sache des Arztes ist, sondern in der Hauptsache eine der vornehmsten Aufgaben der mit der Rentensetzung betrauten Instanzen bildet.“

Der Inhalt dieses Rundschreibens verpflichtet förmlich die Beisitzer der Spruchinstanzen, nicht mechanisch den Angaben der Aerzte zu folgen, sondern auch wirtschaftliche Gesichtspunkte bei Prüfung der Arbeitsunfähigkeit zu berücksichtigen. Deshalb ist auch die Entscheidung des Reichsversicherungsamtes vom 8. April 1905 beachtlich, in der betont wird, daß die ärztlichen Gutachten den Zweck haben, festzustellen, woran der Rentenbewerber leidet und inwiefern er durch die Leiden an dem freien Gebrauche seiner körperlichen und geistigen Kräfte gehindert wird. Diese Gutachten bilden also für die rechtsprechenden Stellen keine bindende Richtschnur, sondern sind der freien Beweiswürdigung zugänglich. Die Frage, ob die festgestellten Leiden und deren Wirkungen auf den Kräftegebrauch die Fähigkeit zu einem hinreichenden Arbeitsverdienst zulassen, liegt nicht auf ärztlichem Gebiete. Wenn gleichwohl die ärztlichen Sachverständigen auch über die Fähigkeiten des Rentenbewerbers, den Mindestlohn zu verdienen, gehört werden, so sind die rechtsprechenden Stellen an derartige Schätzungen keineswegs gebunden.

In Professor Thiems Handbuch, Band I S. 270, wird den Beisitzern sowohl wie den Aerzten überzeugend nahegelegt, daß sie sich auch nicht von dem äußerlichen Aussehen des Kranken beeinflussen lassen sollen. Es heißt dort:

„Es gibt eine Reihe von Krankheitszuständen, welche eine Invalidität bedingen, während der Kranke äußerlich noch den Eindruck eines rüstigen Menschen macht. Nicht selten hält in solchen Fällen der Laie den Versicherten im Gegensatz zum Arzt für erwerbsfähig, oder das Urteil ist auch gelegentlich ein umgekehrtes. Im ersteren ist es eine Unterlassungssünde des Arztes gegen den Versicherten, wenn er den Untersuchungsbefund ungenügend schildert oder bei geringem objektiven Befund nicht mit Sorgfalt und Nachdruck auf die Schwere des Leidens, den Gegensatz zwischen dem wirklichen und scheinbaren Gesundheitszustand hinweist und dadurch unter Umständen die Ablehnung des Rentenanspruches, zumindestens eine Verzögerung der Rentengewähr veranlaßt. Dadurch, daß der Laie eine eigene Ansicht von der Erwerbsfähigkeit sich nur aus dem äußeren Eindruck des Rentensuchers bilden kann, falls er ihn nicht genauer kennt, ist es erklärlich, daß von dem Laien trotz der gegenteiligen ärztlichen Äußerung nicht selten Erwerbsunfähigkeit angenommen wird; denn zuweilen sehen die Rentensucher gebrechlicher aus, als sie wirklich sind.“

Zur Ergänzung dazu sagt die Entscheidung des RVA., Amtl. Nachr. 1905, Nr. 413: „Der Arzt hat anzugeben, woran der Versicherte leidet und inwiefern er durch sein Leiden an dem freien Gebrauch seiner körperlichen und geistigen Kräfte behindert wird, die weitere Frage, ob daraus die Fähigkeit zu einem bestimmten Arbeitsverdienst folgt, ist nicht rein medizinisch.“

Eine weitere Entscheidung des RVA., Amtl. Nachr. 1908, S. 502, Nr. 1345 erklärt, „daß ein Arztgutachten die persönlichen Beschwerden und den gegenständlichen Befund und die ärztliche Beurteilung scharf auseinanderzuhalten hat und besonders der gegenständliche, rein sachliche Befund eingehend dargelegt werden muß. Die Darlegung des rein sachlichen Befundes muß so eingehend bestimmt und anschaulich sein, daß eine Nachprüfung möglich ist“.

Einige Worte über das Rentenstreitverfahren in Invalidensachen. Wenn ein Rentenbewerber von der Spruchkammer durch Urteil abgewiesen worden ist, so wird ihm das Urteil schriftlich zugestellt. Dagegen kann der Antragsteller Revision beim Reichsversicherungsamt in Berlin einlegen. Wird man vor diese Frage gestellt, dann ist erst noch reiflich zu überlegen, ob die Anwendung dieses Rechtsmittels einen Vorteil oder einen Nachteil bedeutet. Es ist übrigens sehr schwer, gegen das Urteil des Oberversicherungsamtes mit Erfolg anzukämpfen. Im Invalidenrentenstreitverfahren kann die Revision nur darauf gestützt werden, daß das Urteil an einem wesentlichen

Mangel des Verfahrens leidet, oder auf der Nicht- oder der unrichtigen Anwendung des bestehenden Rechts oder auf einen Verstoß gegen den klaren Inhalt der Akten beruht.

Wurde der Antragsteller mit seiner Revision zurückgewiesen, dann kann der Versicherte erst wieder nach einem Jahre, vom Tage der Zustellung des Revisionsurteils an gerechnet, erneut Anträge stellen. Darin liegt die Gefahr der Schädigung des Rentenbewerbers durch die Revision. Er könnte, wenn er von diesem Rechtsmittel keinen Gebrauch gemacht hätte, erneute Anträge schon innerhalb eines halben Jahres nach Zustellung des Urteils des OVA. stellen, wenn er nachweist, daß nunmehr in seinem Zustand eine Verschlimmerung eingetreten ist, die zur Invalidität führte. Es ist auch nicht immer ein Fehler, wenn während des ersten Verfahrens der Rentenanspruch, vielleicht wegen offensichtlicher Aussichtslosigkeit, wieder zurückgezogen wird. Dann besteht die Möglichkeit, im Zeitraume von einem halben Jahre erneut Rentenansprüche stellen zu können.

Nun noch etwas über den Begriff „Unfall“. Nicht immer ist ein Unfall nach den Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung entschädigungspflichtig. Man unterscheidet gewerbliche Unfälle und Unfälle des täglichen Lebens. Wenn jemand auf der Straße zu Fall gekommen ist oder von einem Auto überfahren wurde, so ist das ein Unfall des täglichen Lebens, dessen Urheber durch ein Zivilprozeßverfahren schadenersatzpflichtig gemacht werden kann. Haben wir aber mit einem Betriebsunfall im Sinne der RVO. zu tun, dann ist zu beachten, daß das Ereignis zeitlich bestimmbar und nachweisbar sein muß. Deshalb ist es dringend ratsam, die geringste körperliche Schädigung während der Arbeit im Betriebe sofort durch Zeugen feststellen zu lassen. Man vermerke Ort und Zeitpunkt des entstandenen Unfalls sofort. Ist ärztliche Hilfe erforderlich, dann muß dem Arzt die Unfallursache mitgeteilt werden. Verbotswidriges Handeln schließt die Annahme eines Betriebsunfalles nicht aus.

Neu ist, daß der Arbeiter, der in einem versicherungspflichtigen Betriebe beschäftigt ist, gegen Unfallgefahren, die auf dem Wege nach und von der Arbeitsstätte zum Betriebe entstehen, versichert ist. Ebenso ist der Arbeiter versichert, wenn er z. B. zu Hause sein Arbeitsgerät im Interesse des Arbeitgebers instand hält oder erneuert, wenn er sein Arbeitsgerät verwahrt oder befördert. Erleidet er bei dieser Tätigkeit einen Unfall, der ihn erwerbsbeschränkt machte, so hat er Ansprüche auf Rente.

Der Arbeitgeber ist verpflichtet, den Unfall, den ein Arbeiter in seinem Betriebe erleidet, innerhalb drei Tagen der Ortspolizeibehörde zu melden. Das entbindet aber den Ver-

letzten nicht, auch seinerseits seine Rentenansprüche persönlich bei der zuständigen Berufsgenossenschaft zu stellen. Der Verletzte hat innerhalb zwei Jahren, vom Tage des Unfalls an gerechnet, bei der zuständigen Berufsgenossenschaft seine Rentenansprüche geltend zu machen. Er soll dies auch tun in dem Falle, wo der Unfall nicht erwerbsbeschränkende Folgen sogleich hinterließ. Diese Sicherheitsvorschrift soll und muß erfüllt werden, damit die Verjährung auf jeden Fall unterbrochen wird. Es kann z. B. jemand eine Kniegelenkverletzung oder eine leichte Gehirnerschütterung durch Unfall erlitten haben, deren Folgen sich aber erst nach mehreren Jahren bemerkbar machen. Ist nun der Unfall nicht innerhalb zwei Jahren, vom Tage des Unfalls an gerechnet, gemeldet worden, so sind die Rentenansprüche verjährt. Man kann den Verletzten, die nicht rechtzeitig Anträge bei der Berufsgenossenschaft gestellt hatten, später nur in den seltensten Fällen helfen. Nach Ablauf der Verjährungsfrist von zwei Jahren können sich allerdings neue Folgen des Unfalls geltend machen. Wird dieses bemerkt, so muß der Anspruch auf Rente aus diesem Grunde binnen drei Monaten nach Eintritt der neuen Unfallfolge angemeldet werden (§ 1547 II RVO.). Minderjährige, die das 16. Lebensjahr vollendet haben, können selbständig einen Rentenanspruch für sich stellen und ihn auch selbständig verfolgen.

Hat die Berufsgenossenschaft einen Rentenanspruch abgelehnt, so muß sie dem Verletzten dies schriftlich mitteilen. Der Bescheid ist mit Gründen zu versehen. Gegen diesen Bescheid hat der Verletzte das Recht, Berufung innerhalb eines Monats beim zuständigen Obergewerkschaftsamt einzulegen. Das trifft auch zu bei Hinterbliebenenrentenbescheiden. Ist das Obergewerkschaftsamt in seinem Urteil zur Ablehnung der Rentenansprüche gekommen, so muß auch dieses Urteil dem Antragsteller schriftlich zugestellt werden. Dagegen kann wieder innerhalb eines Monats, vom Tage der Zustellung an gerechnet, Rekurs beim Reichsgewerkschaftsamt in Berlin eingelegt werden. Vor dieser Instanz kann man das Verfahren von Anfang an bis zum Ende noch einmal aufrollen.

Wurde dem Verletzten Rente zugesprochen, und ist diesem die Rente bereits über ein Jahr gezahlt worden, so kann später die Berufsgenossenschaft durch Rentenminderungsbescheid die Rente wieder kürzen. Der Verletzte hat auf Grund dieses Bescheides das Recht der Berufung. Das Streitverfahren dieser Rentenkürzung endet aber in letzter Instanz bei dem Obergewerkschaftsamt.

Ist dem Verletzten die Rente gänzlich entzogen worden oder tritt eine Verschlimmerung des bereits von der Berufsgenossenschaft durch Rentengewährung anerkannten Leidens ein, so

kann der Verletzte Wiedergewährung oder Erhöhung seiner Rentenbezüge fordern. In einem solchen Falle aber muß der Verletzte die Verschlimmerung seines Leidens durch ein Arztgutachten nachweisen. Erst wenn diese Bedingung erfüllt ist, hat die Berufsgenossenschaft

die Pflicht, zu dem Rentenerhöhungsantrag Stellung zu nehmen. Ist die Unfalluntersuchung abgeschlossen, so können die Beteiligten Abschriften und Einsicht in die Akten verlangen. Für Abschriften können Schreibgebühren erhoben, bei Bedürftigkeit aber erlassen werden.

Fortdauer des Versicherungsverhältnisses bei Arbeitsunterbrechungen.

Von F. Schwalowsky, Berlin.

Beginn und Ende eines Versicherungsverhältnisses sind geknüpft an das Beschäftigungsverhältnis, das also Voraussetzung für jenes ist. Die Frage, was ein Beschäftigungsverhältnis im Sinne der Reichsversicherungsordnung ist und wann es vorliegt, ist schon hinreichend oft entschieden und auch in der Fachliteratur behandelt worden. Es erübrigt sich daher ein nochmaliges Eingehen auf diese Frage. Zweck der nachfolgenden Zeilen soll der Versuch sein, im Interesse der in Betracht kommenden Versicherten die Frage zu klären, ob bei unberechtigten Entlassungen das Versicherungsverhältnis fortbesteht.

Es ist dabei von den neuen arbeitsrechtlichen Bestimmungen und Vorschriften auszugehen. In den §§ 84 und 96 des Betriebsrätegesetzes (BRG.) ist der Entlassungsschutz verankert. Sie bieten daher auch die Grundlage. Wenn danach durch das Urteil eines ordentlichen Gerichtes oder Schiedsspruch eines Schlichtungsausschusses die Kündigung oder fristlose Entlassung für ungerechtfertigt erklärt wird, so gilt sie als vom Arbeitgeber zurückgenommen (§§ 87 und 96 BRG.). Im arbeitsrechtlichen Sinne bedeutet das dann, daß das Arbeitsverhältnis fortgesetzt wurde und der Arbeitgeber sich im Annahmeverzug befand (vgl. auch Kaskel, Arbeitsrecht, S. 136). Für die Zeit zwischen der unberechtigten Entlassung und der Urteilsfällung muß der Arbeitgeber auf Grund der Tatsache des Annahmeverzuges Lohn oder Gehalt zahlen, vorbehaltlich freilich (§ 615 BGB.) des in der Zwischenzeit erworbenen oder zu erwerben unterlassenen Verdienstes (Flatow, Kommentar zum BRG., Anm. 1 zu § 96).

Arbeitsrechtlich besteht also das Beschäftigungsverhältnis fort, wenngleich das auch erst durch den Urteilsspruch nachträglich festgestellt wird. Um die weiteren Folgerungen, die in Anbetracht dieser Tatsache auf versicherungsrechtlichem Gebiet gezogen werden können, aufzuzeigen, muß etwas zurückgegriffen werden.

Zunächst ist festzustellen, daß die Einlegung des Einspruchs gegen die Entlassung keine aufschiebende Wirkung hat (§ 86 Abs. 3 BRG. und Kaskel S. 136). Die Entlassung bleibt also bis zur endgültigen Entscheidung formell wirksam. Im Zusammenhang damit endigt auch die Ver-

sicherungspflicht zur Kranken-, Invaliden- und Angestelltenversicherung. Neben dem Fortfall des Lohnes oder Gehaltes ist dies eine der empfindlichsten Folgen, namentlich soweit die Beendigung der Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse in Frage kommt. Sofern die Voraussetzungen des § 214 RVO. vorliegen, kann innerhalb der Dreiwochenfrist zwar noch ein Anspruch geltend gemacht werden, doch wird das in vielen Fällen nur eine beschränkte Möglichkeit sein.

Der Verlust der Mitgliedsrechte würde nur durch freiwillige Weiterversicherung verhindert werden. Bei Mittellosigkeit des Versicherten, und heute wird es bei vielen der Fall sein, ist diese Möglichkeit nur allzu selten. Nun bleibt nur noch die Erhaltung oder Wiedererlangung der Krankenversicherung durch den Bezug von Erwerbslosenunterstützung übrig. Bekanntlich besteht aber darauf trotz Beitragsleistung kein Rechtsanspruch, weil eine der Voraussetzungen die Bedürftigkeit ist. Liegt diese und auch die anderen zum Bezuge der Erwerbslosenunterstützung erforderlichen Voraussetzungen vor, so wird der Entlassene zweifellos von der Erwerbslosenfürsorge unterstützt werden. Versichert die Gemeinde die von ihr unterstützten Erwerbslosen gemäß § 20 der Verordnung über Erwerbslosenfürsorge gegen Krankheit, so würde auch damit zunächst eine Folge der Entlassung beseitigt. Beiträge zur Angestellten- oder Invalidenversicherung werden dagegen aus Mitteln der Erwerbslosenfürsorge nicht gezahlt. Durch die im § 21 der Erwerbslosenfürsorge-Verordnung vorgesehene Berechnung des Grundlohns tritt aber auch in der Regel eine Herabminderung der Ansprüche ein, wenigstens soweit die heute äußerst wichtigen Barleistungen der Krankenkassen in Betracht kommen.

Die arbeitsrechtliche Folge des Urteils im Einspruchsverfahren ist bereits oben dargelegt. Die versicherungsrechtliche Auswirkung dieser Rechtslage ergibt sich nun keineswegs ohne weiteres, da die Voraussetzung der Versicherungspflicht nach den Vorschriften der RVO. das Vorliegen eines Beschäftigungsverhältnisses ist. Die Frage danach wird um so bedeutsamer, wenn man folgendes bedenkt:

Wird dem Arbeitnehmer durch das Urteil das Recht auf Wiedereinstellung sowie Lohn- oder Gehaltszahlung zugesprochen, so hatte er

in der Zwischenzeit keinen Anspruch auf die Erwerbslosenunterstützung, da ja Bedürftigkeit nicht vorlag. Es können daher von ihm die gezahlten Unterstützungsbeträge zurückgefordert werden. Daß das zulässig ist, hat das Oberlandesgericht Hamburg am 19. Oktober 1920 entschieden (Reichsarbeitsblatt 1 S. 179). Die weitere Folge ist dann die Forderung des Arbeitsnachweises auf Zurückzahlung der Krankenkassenbeiträge, weil auch für die Krankenversicherung die Voraussetzung fehlte. Zwangsläufig entsteht dann ein versicherungsfreier Zeitraum, der die bedenklichsten Folgen haben kann. Die Weiterversicherung nach § 313 RVO. ist nach Ablauf der Dreiwochenfrist ebenfalls nicht mehr möglich. Um so mehr gewinnt jetzt die Frage nach der versicherungsrechtlichen Auswirkung an Bedeutung. Das Reichsversicherungsamt hat am 29. September 1922 („Ortskrankenkasse“ 1923, 367) über die Fortdauer des Versicherungsverhältnisses bei Arbeitsunterbrechungen folgende Entscheidung gefällt:

„Das Beschäftigungsverhältnis besteht solange fort, als Dienstbereitschaft des Arbeitnehmers und die tatsächliche Verfügungsmacht des Arbeitgebers über den Betreffenden besteht, falls es Unterbrechungen sind, deren Ende absehbar ist (Erkrankung, Urlaub, zeitweise Betriebsstilllegung). Da jedoch bei Streiks diese Voraussetzungen nicht vorliegen, beenden diese die Versicherungspflicht. Eine besondere Willenserklärung der Beteiligten ist lediglich zur Verfolgung von Rechtsansprüchen aus dem privatrechtlichen Arbeitsvertrag erforderlich. Beiträge sind auch dann nur bis zum Abmeldetag weiterzuzahlen, wenn für die Streiktage nachträglich Bezahlung erfolgt, da Entgelt im Sinne des § 160 nicht vorliegt.“

Für den vorliegenden Fall kommt zunächst nur der erste Teil der Entscheidung in Frage. Die Dienstbereitschaft des Arbeitnehmers bestand zweifellos während der ganzen Dauer der unfreiwilligen Arbeitsunterbrechung fort. Hinsichtlich der tatsächlichen Verfügungsmacht des Arbeitgebers ist die Sache anders. Er hat bewußt auf sie verzichtet, ist aber durch das Urteil gezwungen worden, diesen Standpunkt aufzugeben. Gleichzeitig damit ist festgestellt worden, daß das Beschäftigungsverhältnis rechtlich fortgesetzt wurde. Das wird auch dadurch illustriert, daß der Arbeitgeber zur Zahlung von Lohn oder Gehalt verpflichtet ist. Der öffentlich-rechtliche Zwang hat also in diesem Falle die Initiative des Arbeitgebers aufgehoben. Daß hier tatsächlich keine Unterbrechung des Beschäftigungsverhältnisses vorliegt, bestätigt auch der Erlaß des Reichsarbeitsministers (IV 1846, 25) vom 9. März 1925 (RABl. 1925, 129). Auch in der „Erwerbslosenfürsorge“ von Lehfeldt wird in Anm. 4 zum § 4 der Verordnung der gleiche Stand-

punkt vertreten. Es müßte also folgendermaßen deduziert werden: Der freiwillige Verzicht des Arbeitgebers auf die Verfügungsmacht über die Dienstbereitschaft des Arbeitnehmers steht den öffentlich-rechtlichen Vorschriften des BRG. entgegen und ist aus diesem Grunde nichtig. Durch das Urteil wird dieser Zustand an sich in keiner Weise beeinflusst, es stellt nur das staatliche Machtmittel zur Durchführung bestehender Gesetze dar und mußte dementsprechend den ursprünglichen Rechtszustand zwangsmäßig wiederherstellen.

Die logische Folge dieser Auslegung ist dann die Feststellung, daß die Fortsetzung des Beschäftigungsverhältnisses im arbeitsrechtlichen Sinne auch seine Fortdauer im versicherungsrechtlichen bedeutet.

Um die Beweisführung zu schließen, bedarf es nunmehr noch des Nachweises, daß der nachgezahlte Lohn als Entgelt im Sinne des § 160 anzusehen ist. Der im zweiten Teile der angezogenen Entscheidung aufgestellte Rechtsgrundsatz trifft ohne Zweifel auf die ihm zugrunde liegenden Fälle zu, da dort, wenigstens für die Dauer der Arbeitsunterbrechung, auf beiden Seiten die Voraussetzung zur Begründung des Beschäftigungsverhältnisses, wie sie im ersten Teile geschildert wird, keinesfalls vorhanden ist. Daraus dürfte aber auch schon ersichtlich sein, daß dieser Grundsatz auf die Fälle der unberechtigten Entlassung nicht anwendbar ist. Es handelt sich hier um keine Entschädigung, sondern vielmehr um einen Rechtsanspruch des Arbeitnehmers, der sich auf zwingende Gesetzesbestimmungen stützt. Der Annahmeverzug, in dem sich der Arbeitgeber befand, ist weiter ein Beweis dafür, daß hier öffentliches Recht grundlegend ist, also privatrechtliche Ansprüche gar nicht in Betracht kommen. Der Arbeitsentgelt ist das materielle Ergebnis der geleisteten Arbeit. Wenn der Arbeitgeber widerrechtlich auf die Arbeitsleistung verzichtet, zwingt ihn das öffentliche Recht dazu, die rechtswidrige Handlung aufzuheben, ihre Folgen ungeschehen zu machen. Durch die rechtswidrige Handlung konnte das Beschäftigungsverhältnis nur formell aufgehoben werden, während es materiell-rechtlich weiterbestand. Dementsprechend ist auch der Arbeitgeber verpflichtet, dem Arbeitnehmer den Lohn nachzuzahlen, der ihm während der ganzen Dauer der unberechtigten Unterbrechung des Beschäftigungsverhältnisses zustand. Es handelt sich demnach sinngemäß um die Zahlung des inzwischen fällig gewordenen Arbeitsverdienstes. Damit dürfte dann die Kette geschlossen sein.

Soweit sich überschauen läßt, hat sich die Rechtsprechung mit dieser Frage überhaupt noch nicht beschäftigt. Die Gründe dafür liegen auf der Hand. Die Arbeitnehmer sind über die sich aus dem Urteil ergebenden Folgerungen nicht orientiert. Es wird daher ange-

bracht sein, sobald die Möglichkeit besteht, einen derartigen Fall bis zur grundsätzlichen Entscheidung zu bringen. Da ja nicht nur hinsichtlich der Krankenversicherung, sondern auch der Invaliden- und der Angestelltenversicherung die berechtigten Interessen der Versicherten zu wahren sind.

Anmerkung der Schriftleitung: Wir geben die vorstehenden Ausführungen wieder, weil sie die aus einer unberechtigten Entlassung entstehenden versicherungsrechtlichen Nachteile für den Entlassenen beleuchten und auf den mangelnden Schutz der Arbeitnehmer gegen solche Rechtsfolgen hinweisen. Auf Grund der ständigen Rechtsprechung und der geltenden Vorschriften der RVO. halten wir jedoch die Schlußfolgerungen des Verfassers nur bei einer Anerkennung der unrechtmäßigen Entlassung durch den Arbeitgeber und Weiterbeschäftigung des Entlassenen für begründet. Und auch dann nur, wenn der zwischen Entlassung und Weiterbeschäftigung liegende Zeitraum die durch die Rechtsprechung für das Fortbestehen der Krankenversicherung bei Ar-

beitsunterbrechung gezogene äußerste Grenze nicht überschreitet. Eine allgemeine Anwendung dieser Rechtsauffassung ist jedoch — wie uns auch der Verfasser bestätigt — nicht angängig. Nehmen wir einmal folgenden Fall an: Durch Vertragsbruch wird ein Arbeitnehmer entlassen und der Arbeitgeber zur Weiterbeschäftigung gezwungen. Er lehnt diese ab, zahlt dem Entlassenen aber für sechs Monate den Lohn und stellt ihn auch nach Ablauf dieser Zeit nicht mehr ein. Wann endigt in diesem Falle das versicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnis? Nach bisheriger Rechtsprechung endet die Versicherungspflicht mit dem Ende der Beschäftigung gegen Entgelt; sie besteht auch dann nicht, wenn der kontraktbrüchige Arbeitgeber dem Arbeitnehmer den Lohn fortzahlen muß (vgl. Hoffmann, Anm. 23 zu § 165 RVO. sowie die dort angegebenen Entscheidungen). Hier kann u. E. nur eine zweckentsprechende Aenderung der gesetzlichen Vorschriften den versicherungsrechtlichen Schutz der Arbeitnehmer gegen die Folgen unberechtigter Entlassungen herbeiführen.

Gemeinlast und Sonderkassen.

Von Paul Dittrich, Breslau.

Der preußische Wohlfahrtsminister hat unterm 26. August 1925 verfügt, daß die Erhebung der Beiträge aus der Gemeinlast vorläufig zu unterbleiben hat, da die Durchführung der Gemeinlast in ihrer jetzigen Gestalt nach den Berichten der Oberversicherungsämter und den Beschwerden der Krankenkassen als unmöglich erscheint.

Am 16. Mai 1923 ist in der „Volkstümlichen Zeitschrift“ ein Aufsatz „Sonderrechte in der Krankenversicherung“ erschienen; in diesem heißt es in bezug auf die damals beschlossene Gemeinlast:

„Das Oberversicherungsamt als Abrechnungsstelle wird viel Arbeit haben, um aller Schwierigkeiten Herr zu werden, wenn das überhaupt möglich ist. Es ist sehr zweifelhaft, ob daran auch die noch zu erfolgenden Ausführungsbestimmungen etwas ändern können.

Die ganze neue Gesetzesbestimmung wird sich als äußerst umständlich, teuer und zeitraubend erweisen, so daß in ganz kurzer Zeit wieder Aenderungen eintreten werden müssen.

Das Hemd der Sozialversicherung hat wieder einen neuen Fleck erhalten, der aber nicht gerade von besonderer Schönheit ist, höchstens noch etwas bunter als die übrigen. Das Bestreben, die Sonderkassen auf jeden Fall zu erhalten, führt zu den absonderlichsten Experimenten, die immer wieder neue Experimente erfordern.“ usw.

Auch ohne die Gabe der Weissagung kann man doch in manchen Sachen zuversichtlich prophezeien. Bezüglich der Gemeinlast ist das Vorhergesagte genau eingetroffen; es wird auch weiter eintreffen, wenn wieder neue Bestimmungen die Durchführung möglich machen

sollen. Warum ist das Experiment mißglückt und wird ferner mißglücken? Es ist erstens eine Halbheit und dann ein Ersatzmittel, dazu noch ein wenig geeignetes. Es zeigt sich hier, wie so oft nach dem Kriege auch bei anderen Dingen, daß Sonderbestrebungen zum Nachteil des Ganzen immer wieder Erfolge erzielen.

Wenn dem deutschen Volke nach dem furchtbarsten Kriege, den die Welt gesehen hat, etwas notwendig war, um das Elend zu lindern, so war es die Sozialversicherung. Und zwar eine Sozialversicherung, die auf breitester Grundlage ausgebaut werden mußte, im besonderen dadurch, daß der Bessergestellte für den Schlechtergestellten die Lasten mitzutragen hatte. Wie war es aber in Wirklichkeit? Es gelang, Schritt für Schritt, die Rechte der Zwangskassen zugunsten der Privatkassen, der Ersatzkassen, abzubauen. Dadurch zog man in unsozialer Weise aus den Zwangskassen die guten Risiken heraus. Hat man je gehört, daß diese Kreise sich bemühen, leistungsfähige Berufskassen für Heimarbeiter, Hausmeister oder Bedienungsfrauen zu schaffen? Für diese Personen werden oft Beiträge in die Zwangskassen gezahlt, die kaum die Jahrespauschalsumme decken, die von den meisten Kassen an die Aerzte gezahlt wird. Für jedes dieser Mitglieder müssen die Zwangskassen das Mehrfache dessen ausgeben, was an Beiträgen für diese Personen einkommt. Dazu kommt noch, daß die Pflichtkrankenkassen in ihrer überwiegenden Mehrzahl noch eine ausgebaute Familienfürsorge eingeführt haben, für die keine besonderen Beiträge gezahlt werden, auch daran sind diese gering entlohnten Mitglieder stark beteiligt. Und dann die unzähligen freiwilligen

Mitglieder aus diesen Kreisen, die nur den Mindestbeitrag zahlen. Diese Beiträge sind meist unter den Beträgen, die die Ersatzkassen als Mindestbeiträge erheben! Allein von diesem Standpunkte aus betrachtet leisten die Zwangskassen Außerordentliches, dem die Ersatzkassen nichts Ähnliches gegenüberstellen können.

Man bedenke, daß die Zwangskassen, besonders die Allgemeinen Orts- und Landkrankenkassen, sich niemals der Pflicht entziehen können, die schlechtbezahltesten Arbeitnehmer aufzunehmen, während sich die Ersatzkassen die Mitglieder mehr oder weniger aussuchen können. Dieser großen Pflicht gegenüber stehen nicht einmal gleiche Rechte, sondern die Zwangskassen haben geringere Rechte als die Ersatzkassen. Die Mitglieder einer Ersatzkasse dürfen aus dieser erst nach einer längeren Kündigungsfrist ausscheiden, während ein Uebertritt von der Pflichtkasse zur Ersatzkasse sofort zulässig ist. Außerdem kann das Ersatzkassenmitglied jederzeit, wenn es merkt, daß es bei der Pflichtkrankenkasse besser wegkommt oder wenn es Doppelleistungen beziehen will, sich bei dieser anmelden lassen. Der Arbeitgeber muß es tun und die Pflichtkasse den Eintritt dulden. Meist wird diese auch gar nicht wissen, daß der Gemeldete ein früheres Ersatzkassenmitglied ist. Auch bei der Ersatzkasse schon längst Ausgesteuerte können sich durch den Kassenwechsel weitere Leistungen bei der Zwangskasse leicht verschaffen. Die Ersatzkassen sind bei einigermaßen umsichtiger Leitung dagegen vollkommen geschützt.

Es gibt noch mehr anzuführen, wodurch der Beweis erbracht werden könnte, daß auf der Seite der Pflichtkrankenkassen die schweren Pflichten und Benachteiligungen, auf der andern Seite die weitestgehenden Rechte und Vorteile liegen. Und dies geschieht bei einem Volke, das zuerst die allgemeine Versicherungspflicht eingeführt hat und dessen Wirtschaft es ganz von selbst verbietet, daß für selbstsüchtige Triebe ein Spielraum geschaffen wird. Wenn auch unter diesen erschwerenden Verhältnissen sich die Leistungsfähigkeit der Zwangskassen noch erhalten hat, so würde doch bei einer anderen Regelung noch viel mehr geleistet werden können.

In neuerer Zeit ist auch eine Ersatzkasse allerorten zum Vorschein gekommen, die an keinen Beruf und keinen Ort gebunden ist. Diese läßt Agenten auf die Arbeitgeber los, die

ihre Beschäftigten dann beeinflussen, aus der Pflichtkrankenkasse auszuschneiden und der Ersatzkasse beizutreten. Manchmal werden diese gar nicht erst gefragt, der Arbeitgeber verlangt von ihnen nur die Unterschrift zum Eintritt in die Ersatzkasse.

Vor dem Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung hatte sich bei den Arbeitgebern des Baugewerbes die Uebung herausgebildet, daß diese keinen Arbeiter einstellten, der nicht den Nachweis erbrachte, Mitglied einer freien Hilfskasse zu sein. Sie wollten sich dadurch allen Meldungen und aller Verantwortlichkeit entziehen. Diesen Mißstand hat man damals beendet, um ihn jetzt, wie es den Anschein hat, in veränderter Form wieder aufleben zu lassen.

Welcher Weg ist einzuschlagen, um wieder zu normalen Verhältnissen und zu einer befriedigenden Krankenversicherung zu kommen? Niemals das weitere Experiment der Gemeinlast, die den Eindruck erwecken soll, als wenn ein Ausgleich geschaffen werde zwischen den bevorzugten Ersatzkassen und den benachteiligten Zwangskassen. Die Aufwendungen, die bisher durch die Gemeinlast verrechnet wurden, sind nicht das Ausschlaggebende, und außerdem viel zu umständlich zu errechnen, wie schon dargelegt worden ist.

Es kann nur ein Ziel geben:

Aufhebung aller Sonderkassen, soweit sie in die Pflichtmitgliedschaft hineingreifen.

Man schaffe eine Uebergangszeit. In dieser muß die Bestimmung des § 517 Absatz 2 Reichsversicherungsordnung — wie sie früher bestand — wieder voll zur Geltung kommen, ohne Ausnahme. Also die Abführung des Arbeitgeberdrittels an die Zwangskassen auch für die der Ersatzkasse angehörenden Mitglieder. Dadurch würde wenigstens zum Teil ein sozialer Ausgleich geschaffen werden.

Alle, die es wirklich gut mit dem deutschen Volke meinen, denen die Volksgesundheit über Sonderinteressen geht, die auch besonders das Wohl der wirtschaftlich schlechtergestellten Volksgenossen im Auge haben, müssen unbedingt dafür eintreten, daß es nur eine Art von Krankenversicherung gibt.

Es wird eine Zeit kommen, wo diese Forderung doch verwirklicht werden muß, und dann wird man unserer Zeit den Vorwurf machen, daß sie zum Nachteil des Volksganzen zu lange bei schädigenden Halbheiten stehen geblieben ist.

Verwaltung.

Erstes Gesetz über Abänderung des zweiten Buches der RVO. vom 22. Mai 1926 (RGBl. 1926 S. 243).

Der Reichstag hat das folgende Gesetz beschlossen, das mit Zustimmung des Reichsrats hiermit verkündet wird:

Die Reichsversicherungsordnung vom 19. Juli 1911 (Reichsgesetzblatt S. 509) in der Fassung

der Bekanntmachung vom 15. Dezember 1924 (Reichsgesetzblatt I S. 779) wird wie folgt geändert.

Artikel 1.

§ 397a erhält folgende Fassung:

Der Vorstand der Krankenkasse kann von Arbeitgebern, die mit der Zahlung der Beiträge für die angemeldeten Beschäftigten und Haus-

gewerbetreibenden länger als eine Woche von der Zahlungsaufforderung ab in Verzug sind, einen Zuschlag zu den Beiträgen in Höhe des am Sitze der Kasse üblichen durchschnittlichen Bankzinssatzes für Leihgelder erheben.

Artikel 2.

Die §§ 1, 2 und 3 der Verordnung über Krankenhilfe bei den Krankenkassen vom 30. Oktober 1923 (Reichsgesetzblatt I Seite 1054) in der Fassung der Verordnung über Krankenhilfe bei den Krankenkassen vom 29. November 1923 (Reichsgesetzblatt I Seite 1157) werden aufgehoben.

Artikel 3.

§ 368k Abs. 2 Satz 2 erhält folgende Fassung:
Der Vertragsausschuß stellt Inhalt und Wortlaut des Vertrags fest; er hat dafür zu sorgen, daß in den Verträgen ein Schiedsgericht zur Entscheidung von Streitigkeiten aus abgeschlossenen Verträgen vorgesehen wird.

Artikel 4.

§ 368l

a) Abs. 1 erhält folgenden Satz 2:

Die oberste Verwaltungsbehörde kann nach Anhörung Beteiligter den Bezirk des Schiedsamts anders festlegen.

b) im Abs. 2 wird als Satz 2 folgende Vorschrift eingefügt:

Von den Kassenvertretern soll mindestens einer Arbeitgeber sein.

Der bisherige Satz 2 wird Satz 3.

Artikel 5.

§ 368m erhält folgende Fassung:

§ 368m.

Das Schiedsamt ist zur Entscheidung bei Streit über die Bedingungen eines Arztvertrags berufen, ebenso zur Entscheidung von Streitigkeiten aus abgeschlossenen Arztverträgen, soweit die Parteien sich nicht über ein besonderes Schiedsgericht geeinigt haben. Für vermögensrechtliche Ansprüche bleibt der ordentliche Rechtsweg vorbehalten.

Das Schiedsamt ist ferner zuständig zur Entscheidung über Berufungen gegen Beschlüsse der Zulassungsausschüsse in Zulassungsangelegenheiten. Das Rechtsmittel ist binnen einer Woche einzulegen.

Wird von der Kasse oder dem Kassenverband oder von den im Arztregister eingetragenen Aerzten ein wichtiger Grund zur Aenderung des Arztsystems geltend gemacht, so entscheidet das Schiedsamt über diesen Streitpunkt vorab.

Das Schiedsamt hat seinen Entscheidungen die Richtlinien des Reichsausschusses und des für seinen Bezirk zuständigen Landesausschusses zugrunde zu legen, soweit die Parteien nicht wichtige Gründe dagegen geltend machen. Das gleiche gilt bei Streit über die Arztvergütungen hinsichtlich der gemäß §§ 368f, 368i getroffenen zentralen Festsetzungen. Die Entscheidungen des Schiedsamts sind mit Gründen zu versehen.

Artikel 6.

Im § 368o

a) Abs. 4 werden die Worte „§ 368m Abs. 2“ durch die Worte „§ 368m Abs. 4“ ersetzt.

b) wird folgender Abs. 6 eingefügt:

Das Reichsschiedsamt ist ferner zuständig zur Entscheidung über Revisionen gegen Entscheidungen der Schiedsämter in Zulassungsfragen (§ 368m Abs. 2). Die Absätze 2, 4 und 5 sowie § 1697 gelten entsprechend.

Artikel 7.

§ 369b Abs. 2 erhält folgende Fassung:

Geht kein Vorschlag der Aerzte oder des Verbandes ein oder findet keine Einigung statt, so entscheidet das Oberversicherungsamt endgültig über Abgrenzung und Zuteilung der Bezirke.

Der Artikel 1 dieses neuen Gesetzes bringt endlich eine Regelung der Verzugszuschläge für verspätete Beitragszahlungen. Bisher war immer noch der § 397a in der Fassung des Gesetzes vom 27. März 1923 in Kraft, nach welchem Verzugszuschläge in Höhe von zehn Prozent wöchentlich bis zum fünffachen Betrage des Rückstandes erhoben werden konnten. Dieses für die Zeit der Geldentwertung bestimmte Gesetz ist zwar inzwischen durch zwei Bescheide des Reichsarbeitsministers vom 14. April und 16. August 1924 gemildert worden, erhält aber jetzt erst die längst notwendig gewordene Aenderung. Die neue Vorschrift gilt für Kassen- und Erwerbslosenbeiträge. Nach ihrem Wortlaut kann die Kasse für die verspäteten Zahlungen einen Zuschlag in Höhe des täglichen am Kassensitze üblichen durchschnittlichen Bankzinssatzes für Leihgelder erheben. Dieser Zuschlag ist zweifellos zu gering. Er zwingt nicht zur pünktlichen Beitragszahlung. Die Arbeitgeber werden gern diesen Zuschlag entrichten, wenn sie dadurch die Beiträge für eigene Zwecke verwenden können. Denn sie müssen an die Banken den gleichen Betrag als Zinsen für Leihgelder entrichten, müssen aber außerdem noch bestimmte Verpflichtungen (Uebereignungen oder andere Sicherheiten) erfüllen, wenn sie überhaupt ein Darlehen erhalten.

Artikel 2 hebt die §§ 1 bis 3 der Verordnung vom 30. Oktober 1923 auf, die Kündigung und Ausschluß der Kassenärzte regelten und ihre Zulassung von einer Normalzahl abhängig machten. Der Kassenvorstand konnte bisher die Neuzulassung weiterer Aerzte zur Kassenspraxis verweigern, wenn auf je 1350 Versicherte, bei Familienbehandlung auf je 1000 Versicherte, bereits mehr als ein Kassenarzt vorhanden sind. Das ist jetzt nicht mehr möglich. Es gelten jetzt nur noch die Zulassungsbestimmungen und etwaige vertragliche Regelungen über die Zulassung zur kassenärztlichen Tätigkeit.

Der Artikel 3 bringt zur Herbeiführung angemessener Aerzteverträge eine kleine Aenderung, die der Vorschrift des Artikels 2a der Bestimmungen des Reichsausschusses vom 14. November 1925 entspricht.

Artikel 4 enthält eine neue Vorschrift bezüglich der Bildung und Zusammensetzung der Schiedsämter, die aber noch einer gewissen Ergänzung bedarf. Die oberste Verwaltungsbehörde soll nach „Anhörung Beteiligter“ den Schiedsamtsbezirk anders festlegen können. Wer die Beteiligten sind, wird aber nicht gesagt.

Der Artikel 5 gibt dem bisherigen § 368m, der die Aufgaben und Zuständigkeiten des Schieds-

amts regelt, eine neue Fassung, während der Artikel 6 zu § 368o über die Zuständigkeit des Reichsschiedsamtes eine neue Vorschrift gibt.

Artikel 6 bringt gleichfalls eine Neuerung. Während nach der bisherigen Fassung des § 369b Abs. 2 der Ueberwachungsausschuß endgültig über Abgrenzung und Zuteilung von Kassenarztbezirken zu entscheiden hatte, wenn keine Regelung zustande kam, soll jetzt das Oberversicherungsamt diese Entscheidung treffen.

Nachbehandlung der aus der Lungenheilstätte entlassenen Patienten. Zwischen der Landesversicherungsanstalt Berlin und dem Kassenverband Berlin wurde vereinbart:

1. Die Krankenkassen erklären sich bereit, die nach Entlassung aus einer Lungenheilstätte erforderliche Nachbehandlung solcher Patienten in ihren Ambulatorien zu übernehmen, die zwar aus der Kasse ausgesteuert sind, aber wieder eine versicherungspflichtige Beschäftigung ausüben.

Die Heilstättenärzte sollen ersucht werden, auf dem Schlußgutachten zu vermerken, ob und welche Nachbehandlung für den Patienten noch in Frage kommt.

Der Patient soll bei der Entlassung angehalten werden, bei seiner Kasse die Nachbehandlung zu beantragen.

Den Kassen und eventuell der zuständigen Fürsorgestelle wird eine Mitteilung über die Notwendigkeit der Nachbehandlung nach Eingang des Schlußgutachtens zugehen.

In Fällen, in denen der ausgesteuerte Patient keine versicherungspflichtige Tätigkeit wieder ausübt, soll die Nachbehandlung im Ambulatorium der Landesversicherungsanstalt erfolgen.

2. Die Krankenkassen erklären sich bereit, die Pneumothorax-Nachfüllung auch für solche Versicherten, die schon ausgesteuert, aber noch Mitglieder sind, zu übernehmen. Für alle übrigen Personen soll die Nachfüllung im Ambulatorium der Landesversicherungsanstalt vorgenommen werden.

Das Abkommen tritt am 1. Juni 1926 in Kraft.

Zur Anwendung des § 404 RVO. Nach Anhören der Krankenkasse kann bekanntlich das Versicherungsamt die geschäftsleitenden Kassenangestellten als Vollstreckungsbeamte und sonstige Angestellte der Kasse als Vollziehungsbeamte bestellen. Aus den geltenden Vorschriften über das Zwangsbeitreibungsverfahren geht zwar hervor, daß Vollstreckungs- und Vollziehungsbeamte vereidigt werden müssen, es war aber bisher nicht klargelegt, wer die Verteidigung vorzunehmen hat. Daraus entstanden mehrfach Differenzen. In der Regel nehmen die Versicherungsämter die Vereidigung vor. Einige Krankenkassen stellten sich aber auf den Standpunkt, daß sie als Vollstreckungsbehörde die Vereidigung selbst annehmen konnten. Der preußische Minister für Volkswohlfahrt hat nunmehr in einem Runderlaß vom 14. April 1926 (Volkswohlfahrt 1926 Sp. 429) bestimmt, daß die auf Grund des § 404 Abs. 4 RVO. zu Vollziehungsbeamten bestellten Kassenangestellten durch die Ver-

sicherungsämter eidlich zu verpflichten sind und gleichzeitig den Wortlaut des Eides vorgeschrieben. Bei denjenigen Angestellten, welchen die Rechte und Pflichten gemeindlicher Beamten übertragen und die daher bereits vereidigt worden sind, ist nach diesem Erlaß eine neue Vereidigung nicht erforderlich. — In einem anderen Erlaß vom 12. März 1926 (Volkswohlfahrt 1926 Sp. 543) hat der preußische Minister für Volkswohlfahrt noch zu der Frage Stellung genommen, ob, wenn die Krankenkassen die Zwangsvollstreckung selbst durchführen, daneben noch die Gemeinde oder eine andere sonst zuständige Behörde von der Krankenkasse zur Beitreibung von Rückständen herangezogen werden kann. Das hat der preußische Minister **verneint**. Wenn das Versicherungsamt auf Grund des § 404 Abs. 4 RVO. Angestellte der Krankenkasse als Vollstreckungs- und Vollziehungsbeamte bestellt hat, so traten nach seinem Erlaß diese Angestellten völlig an Stelle der sonstigen Vollstreckungs- und Vollziehungsbeamten, so daß die Zuständigkeit dieser Stellen damit fortfällt. Von diesem Standpunkt aus hält es der Minister nicht für angängig, daß unter den Vollstreckungssachen eine Auswahl getroffen und ein Teil davon den allgemeinen Vollstreckungsbehörden zur Ausführung überlassen bleibt. Ist die Krankenkasse der Meinung, daß ihr durch die selbständige Ausführung ihrer Zwangsvollstreckungen eine zu große Last erwachse, dann bleibe es ihr unbenommen, den Antrag auf Widerruf der Bestellung zu stellen. Dieser Erlaß, dem eine gewisse Berechtigung nicht abzuspochen ist, berücksichtigt nicht die besonderen örtlichen Verhältnisse. Eine ganze Anzahl sachlicher Gründe sprechen dafür, daß bei einer Bestellung auf Grund des § 404 Abs. 4 RVO. die Krankenkassen nicht völlig an die Stelle der allgemeinen Vollstreckungsbehörden treten. Sie werden sich häufig ergänzen müssen. Wir dürfen wohl erwarten, daß an die Stelle dieses Erlasses baldigst eine neue Regelung tritt, die den berechtigten Forderungen der Krankenkassen und allgemeinen Vollstreckungsbehörden gerecht wird. **W.**

Erwerbslosenfürsorge. Der preußische Minister für Volkswohlfahrt hat am 26. Mai 1926 — III B IV 2168/26 II Ang. — folgenden Erlaß an die Oberversicherungsämter gerichtet:

Nachdem der Herr Reichspostminister zur Durchführung der Ueberwachung die Zuständigkeit der Oberpostdirektion in Anspruch genommen hat, kommen die Versicherungsämter für eine Versprechung bei den Postbetriebskrankenkassen nicht in Frage. Zur Wahrung der preußischen Finanzinteressen ist mit dem Herrn Reichspostminister vereinbart, daß bei den im Freistaat gelegenen Postbetriebskrankenkassen künftig versuchsweise und unter dem Vorbehalte des Widerrufs eine halbjährliche Nachprüfung durch Kontrolleure meines Ministeriums erfolgt. Die Prüfung wird in Gemeinschaft mit Beamten des Bezirksdienstes der Oberpostdirektionen geschehen. Die Kontrollen werden auch bei den Postbetriebskrankenkassen vorgenommen, die zwar nicht auf preußischem Staatsgebiete liegen, denen aber Erwerbslosenfürsorgebeiträge aus diesen Gebieten zufließen.

Gegen die Uebergriffe der Aufsichtsbehörden. In dem jahrelangen Kampf gegen die Eingriffe der Aufsichtsbehörden in das Selbstverwaltungsrecht der Krankenkassen war immer wieder zu beobachten, daß der preußische Minister für Volkswohlfahrt nicht mit der notwendigen Energie gegen die ihm unterstellten Behörden einschreitet. Die preußische Landtagsfraktion der Sozialdemokratischen Partei hat jetzt eine große Anfrage eingebracht, bei deren Beratung der Herr Minister wohl oder übel wird Farbe bekennen müssen. Die große Anfrage hat folgenden Wortlaut:

„Seit Monaten haben die Krankenkassen auf das schwerste mit den Folgen des wirtschaftlichen Niedergangs zu kämpfen. Während die Beitragseinnahmen durch Arbeitslosigkeit, Kurzarbeit und Zahlungsschwierigkeiten der Betriebe stark sinken, sind die Ausgaben durch die bedrohliche Höhe des Krankenstandes gewaltig gestiegen. Dazu gesellen sich schärfste Angriffe auf die Kassen aus den Wirtschaftskreisen mit dem Ziele, einen Abbau der Krankenversicherung und eine Verminderung der Leistungen herbeizuführen. Die Gefahr, daß durch diese Verhältnisse die Versicherten schwersten Schaden leiden, rückt damit immer näher. Sind dem Staatsministerium diese Zustände bekannt? Was gedenkt das Ministerium zu tun, um in dieser Lage die Krankenkassen zu schützen? Ist insbesondere der Herr Minister für Volkswohlfahrt bereit, die Kassen bei ihren schwierigen Aufgaben zu unterstützen und eine Schädigung der Versicherten wie auch die ständigen Eingriffe der Versicherungsbehörden in die Selbstverwaltung der Krankenkassen zu verhüten, indem er

1. eine weitere Zersplitterung der Krankenversicherung, wie sie im letzten Jahre durch die Gründung kleinster, leistungsschwacher Innungskrankenkassen wiederholt vorgekommen ist, hintenan hält;

2. die Versicherungsbehörden anweist, sofort überall in eine Prüfung der Gleichwertigkeit der Leistungen nach §§ 259 ff. RVO. einzutreten und so eine Schlechterstellung der Versicherten in den Sonderkassen gegenüber denen in den Allgemeinen Ortskrankenkassen zu verhüten;

3. die Versicherungsbehörden anweist, überall sofort die Ortslöhne nach §§ 149 ff. RVO. und die Festsetzung des Wertes der Sachbezüge nach § 160 RVO. auf einen den tatsächlichen Verhältnissen entsprechenden Stand zu bringen;

4. dafür sorgt, daß die Regelleistungen der Wochenhilfe auch von den Landkrankenkassen

zum vollen Betrage und nicht dem Gesetz zuwider mit verminderten Sätzen gewährt werden;

5. seinen Erlaß III B 1219 vom 18. März 1926, betr. den Beitragseinzug der Erwerbslosenfürsorge, aufhebt, der zu unberechtigten Angriffen der Wirtschaftskreise auf die Krankenkassen geführt hat;

6. durch Vermittlung der Handels-, Handwerks- und Landwirtschaftskammern die Arbeitgeber auf die Notwendigkeit pünktlicher Beitragsabführung hinweist;

7. die Aufsichtsbehörden anweist, sich der ständigen Eingriffe bei der Stellenbesetzung, der Besoldung und der Prüfung der Kassenangestellten zu enthalten.

Berlin, den 28. April 1926.

gez. Bräucker. Bollmann. Ege.
Else Höfs. Lang.“

Ueber das Ergebnis dieser parlamentarischen Aktion werden wir berichten.

Aus dem Geschäftsbericht der Hütten- und Walzwerks-Berufsgenossenschaft für 1925. Einleitend hebt der Bericht hervor, daß das Reichsgesetz vom 14. Juli 1925 die Lasten der Berufsgenossenschaft wesentlich gesteigert habe. Vor dem neuen Gesetz habe die reine Rentenlast 3 075 384 RM. betragen, während sie nach der Umrechnung jährlich 6 669 120 RM. betrage; sie sei also um 117 v. H. gestiegen. Der Genossenschaft gehörten am 31. Dezember 220 Betriebe mit 221 428 Versicherten an. An Löhnen wurden insgesamt 536 728 794 RM. nachgewiesen. Es gelangten 28 733 Unfälle zur Anmeldung, darunter zum ersten Male 53 Berufskrankheiten auf Grund der Verordnung vom 12. Mai 1925. Im Jahre 1924 gelangten 25 038 Unfälle zur Anmeldung, das Jahr 1925 verzeichnet mithin eine beträchtliche Zunahme der Unfälle. Nach dem Stande am 1. April 1926 waren 13 024 Unfälle mit einer Rentenlast von 6 597 887,36 Reichsmark zu entschädigen. Darunter befanden sich 1034 Schwerverletzte.

Die Kosten der Unfalluntersuchungen und der Feststellung der Entschädigungen belaufen sich auf 67 878,11 RM., die Gehälter der Angestellten bei den neun Sektionen und des Genossenschaftsvorstandes auf 355 119,09 RM.

Am 31. Dezember 1925 hatte die Berufsgenossenschaft ein Vermögen von 778 304 RM. Der Berufsgenossenschaft sind angegliedert ein Pensionsverband für obere Werksbeamte, ein Unfallschadenverband für Werksbeamte und ein Haftpflichtverband der deutschen Eisen- und Stahlindustrie.

Angestellte und Beamte.

Ausbildung der Kassenangestellten in Thüringen. Der Landesverband Thüringen hat mit dem Zentralverband der Angestellten Richtlinien über die Ein- und Durchführung von Aus- und Fortbildungslehrgängen für die Krankenkassenangestellten aufgestellt. Zur Durchführung der Kurse ist der Bezirk des Landesverbandes in Arbeitsgemeinschaften eingeteilt. In jeder Arbeitsgemeinschaft findet ein Kursus mit leichterem und ein Kursus mit schwierigerem Lehrgang statt.

Es werden Arbeitsgemeinschaften in folgen-

den Bezirken errichtet: 1. in Erfurt für die Kreise Sondershausen, Gotha, Arnstadt (gegebenenfalls zusammen mit dem Unterverband Sachsen-Anhalt); 2. in Meiningen für die Kreise Eisenach, Meiningen, Hildburghausen, Sonneberg, Zella-Mehlis; 3. in Jena für die Kreise Weimar, Jena, Apolda, Camburg, Rudolstadt, Saalfeld, Stadtroda; 4. in Gera für die Kreise Gera, Greiz, Schleiz, Altenburg. Weitere Bezirke nach Bedarf.

Es hat eine Auslese der Hörer derart zu erfolgen, daß möglichst solche mit gleicher Vor-

bildung in den einzelnen Lehrgängen zusammengefaßt werden. Diese Zusammenfassung muß unabhängig von der Dienststellung und dem Alter der Hörer lediglich nach ihrem vorhandenen Können und Wissen erfolgen. Die Hörerzahl eines Lehrganges soll 35 nicht übersteigen. Sollten größere Hörerzahlen gemeldet werden, so sind Parallel-Lehrgänge zu bilden. Die Dauer eines Lehrganges ist auf ein Semester mit wöchentlich einem Unterrichtstag in fünf hintereinander liegenden Kurzstunden zu bemessen. Als Unterrichtslokale kommen am besten Schulräume, Verkehrsräume und Sitzungssäle der Kassen in Frage. Der Unterricht erfolgt nach dem zwischen dem Landesverband Thüringen und dem Zentralverband der Angestellten, Gau Thüringen, aufgestellten Lehrplan. Der Unterrichtsplan hat sich an das Schema der für Thüringen eingeführten Prüfungsordnung zu halten. Dazu treten noch ausgewählte Kapitel aus den Grenzgebieten der Krankenversicherung. Ferner werden in den Unterrichtsplan Themen einbezogen, die nicht der unmittelbaren Fach-, sondern der Allgemeinbildung dienen, besonders ein Unterricht über die deutsche Sprache, die Grundzüge der Reichs- und Landesverfassung, der Behördenorganisation und über das Rechnen einfacher und höherer Art usw. Ziel der Ausbildung ist, möglichst wenig Buchwissen zu vermitteln, vielmehr die Hörer an Beispielen des praktischen Lebens zu schulen. Es ist anzustreben, daß die Mitglieder einer Arbeitsgemeinschaft nach Maßgabe ihrer erworbenen Kenntnisse auch wieder an den Lehrgängen der höheren Stufe, die zeitlich später liegen, teilnehmen, damit eine gleichmäßige Durchbildung der gesamten Angestellten der Kassen gewährleistet ist.

Lehrplan.

I. Einteilung.

1. Leichterem Lehrgang. 2. Schwierigerem Lehrgang.

II. Unterrichtsfolge.

Im leichteren Lehrgang wird Unterricht erteilt:

1. im einfachen Rechnen mit ganzen Zahlen und einfachen Brüchen;
2. im mündlichen und schriftlichen Gebrauch der deutschen Sprache;
3. über die Grundzüge der Reichs- und Landesverfassung, Aufbau der Behördenorganisation;
4. über die einschlägigen Bestimmungen der RVO., soweit sie für die Obliegenheiten der

Krankenkassen in Frage kommen, insbesondere Satzung, Meldewesen, Krankenabfertigung, Krankenkontrolle, Beitragsberechnung, Buchführung usw.;

5. über die Grundzüge der Arbeiterschutzgesetze.

Im schwierigeren Lehrgang wird Unterricht erteilt:

1. im Rechnen (Zeit- und Durchschnittsrechnung, Zinsrechnung);
2. über die wesentlichen Bestimmungen der Reichs- und Landesverfassung, insbesondere über die Organisation und Zuständigkeit der Reichs- und Landesbehörden, der ordentlichen Gerichte und der Verwaltungsgerichtsbarkeit;
3. über den technischen Aufbau einer modernen Kassenverwaltung (Kassen- und Rechnungswesen, Vermögensverwaltung, Eigenbetriebe, Jahresabschluß usw.);
4. über die gesamten Vorschriften und gesetzlichen Bestimmungen der RVO., insbesondere über die Rechtsprechung auf den Gebieten: a) der Krankenversicherung, b) der Invalidenversicherung, c) der Unfallversicherung, d) der Angestelltenversicherung, e) des öffentlichen und bürgerlichen Rechts (soweit letzteres für die Krankenkassen in Frage kommt);

5. über die Bestimmungen des Reichsversorgungsgesetzes in seinen Beziehungen zur Krankenversicherung;

6. über die Beziehungen der Erwerbslosenfürsorge zur Krankenversicherung;

7. über den Verkehr mit den Behörden und über das Verhältnis der Krankenkassen zu den Ärzten, Zahnärzten, Dentisten, Krankenhäusern, Apothekern und sonstigen Lieferanten (Anfertigung von Schriftsätzen, Ausarbeitung und Vorbereitung von Verträgen, praktische Fälle);

8. über das Verwaltungszwangsverfahren und Konkursordnung;

9. über die Vorschriften des Scheckgesetzes, des Bankwesens, des Gemeindegeldverkehrs sowie über die wichtigsten Bestimmungen der Wertpapiere;

10. über die Post- und Postscheckordnung.

Der Lehrgang beginnt Anfang Oktober dieses Jahres und endet Ende März 1927. Als Unterrichtstag ist der Sonnabend jeder Woche in Aussicht genommen. Der Unterricht wird in der Zeit von 2 bis 7 Uhr nachmittags abgehalten. Ein genauer Stundenplan wird noch herausgegeben. Kl.

Rechtsprechung.

Bei der Bemessung der Beiträge und Leistungen für die unständig Beschäftigten nach § 450 Abs. 1 der RVO. ist als Grundlohn der volle Ortslohn in Ansatz zu bringen. Zwischen der Stadt D. und der Allgemeinen Ortskrankenkasse daselbst ist ein Streit über die Berechnung der Beiträge für die unständig Beschäftigten entstanden. Die Kasse hat in der der Stadt gemäß § 453 RVO. am 5. Februar 1925 eingereichten Rechnung die Beiträge für die Unständigen derart berechnet, daß sie als Grundlohn den vollen Ortslohn für jeden Kalendertag in Ansatz

brachte. Demgegenüber vertritt die Stadt mit Rücksicht darauf, daß der Ortslohn nur für Arbeitstage festgesetzt sei, die Auffassung, daß zur Berechnung des Grundlohns der unständig Beschäftigten für den Kalendertag der Ortslohn mit 6 vervielfältigt und durch 7 geteilt werden müsse.

Das Versicherungsamt der Stadt D. hat im Streitverfahren nach § 405 Abs. 2 RVO. durch den Vorsitzenden des Beschlüssausschusses gemäß § 1781 Abs. 3 RVO. am 17. April 1925 dahin entschieden, daß die Auffassung der

Stadt zutreffend sei, und hat die höhere Beitragsforderung der Kasse zurückgewiesen.

Gegen die Entscheidung hat der Vorstand der Allgemeinen Ortskrankenkasse rechtzeitig Beschwerde eingelegt und beantragt, dahin zu entscheiden, daß bei der Versicherung der unständig Beschäftigten der volle Ortslohn sowohl bei der Bemessung der Beiträge als auch bei der Gewährung der Barleistungen in Anrechnung zu bringen sei.

Der Vorsitzende der Beschlußkammer des Oberversicherungsamtes in D. hat auf Grund des § 1781 Abs. 3 RVO. mit Rücksicht auf die §§ 1799 und 1693 a. a. O. die Sache an das Reichsversicherungsamt abgegeben und sich dahin geäußert, daß er sich den Ausführungen des Wirklichen Geheimen Oberregierungsrats Spielhagen in der „Deutschen Krankenkasse“ 1925, Sp. 276 ff., anschließe.

Gegen die Zulässigkeit der Abgabe der Sache an das RVA. bestehen keine Bedenken.

In der Sache selbst konnte der Beschwerde der Erfolg nicht versagt werden.

Während sich die Bemessung der Beiträge und der Barleistungen in der Krankenversicherung nach den §§ 180 und 385 RVO. im allgemeinen nach einem Grundlohn regelt, der nach § 180 Abs. 1 a. a. O. auf der Grundlage des auf den Kalendertag entfallenden Teiles des Arbeitsentgelts der Versicherten festzusetzen ist, schreibt § 450 Abs. 1 RVO. hinsichtlich der unständig Beschäftigten vor, daß die Satzung Beiträge und Leistungen nach dem Ortslohn besonders festzusetzen hat. Die letztgenannte Vorschrift muß dahin aufgefaßt werden, daß für die unständig Beschäftigten der Ortslohn an die Stelle des Grundlohns tritt. Diese Auffassung war unbestritten und gab zu Unstimmigkeiten keinen Anlaß, solange nach der RVO. der Grundlohn auf der Grundlage des Entgelts für den Arbeitstag festzusetzen war (zu vgl. § 180 RVO. in ursprünglicher Fassung), da als Ortslohn nach § 149 RVO. der ortsübliche Tagesentgelt gewöhnlicher Tagesarbeiter gilt und mithin der vom OVA. festgesetzte Ortslohn den Entgelt für einen Arbeitstag darstellt. Nachdem nun durch das Gesetz zur Erhaltung leistungsfähiger Krankenkassen vom 27. März 1923 (Reichsgesetzblatt I S. 225) der Arbeitstag als Grundlage für die Bemessung der Beiträge und Leistungen ausgeschaltet und durch den Kalendertag ersetzt worden ist, glaubt das VA., daß nunmehr auch für die Berechnung der Beiträge und Leistungen für die unständig Beschäftigten der Ortslohn nicht mehr schlechthin als Grundlohn gelten könne, sondern daß entsprechend der jetzigen Vorschrift des § 180 Abs. 1 zur Ermittlung des Grundlohns der Ortslohn mit 6 vervielfältigt und durch 7 geteilt werden müsse. Dieser Auffassung ist jedoch nicht beizupflichten. Das erwähnte Gesetz vom 27. März 1923 hat zwar den § 180 RVO. dahin geändert, daß bei der Festsetzung des Grundlohnes nicht mehr der auf einen Arbeitstag, sondern der auf den Kalendertag entfallende Arbeitsentgelt zu berücksichtigen ist; es hat aber die Vorschrift des § 450 Abs. 1 Satz 1 RVO. unverändert gelassen. Hieraus muß geschlossen werden, daß nach der Absicht des Gesetzes für die unständig Beschäftigten auch in

Zukunft der Ortslohn, ungeachtet seiner ursprünglichen Bedeutung als Entgelt eines Arbeitstages, schlechthin als Grundlohn gelten sollte. Wäre es der Wille des Gesetzes gewesen, daß auch hier der Grundlohn nach dem für einen Kalendertag zu berechnenden Entgelt unter Berücksichtigung des Ortslohnes an Stelle des tatsächlichen Verdienstes für einen Arbeitstag festgesetzt werden sollte, so hätte es diesen Willen durch eine entsprechende Aenderung des § 450 Abs. 1 zum Ausdruck bringen müssen. Eine derartige Regelung würde indessen der praktischen Durchführung große Schwierigkeiten bereitet haben, weil sich bei den unständig Beschäftigten infolge des häufigen Arbeitswechsels die Zahl ihrer wirklichen Arbeitstage in der Regel nicht feststellen und daher auch der auf einen Kalendertag entfallende Entgelt nicht errechnen lassen wird. Eine Vervielfältigung des Ortslohns mit 6 und Teilung durch 7 würde zur Ermittlung des Entgelts für einen Kalendertag jedenfalls nur in den Fällen in Frage kommen, in denen der unständig Beschäftigte tatsächlich an 6 Tagen der Woche gearbeitet hat. Gerade mit Rücksicht auf diese praktischen Schwierigkeiten mag das Gesetz vom 27. März 1923 von einer Aenderung der Vorschrift über die Bemessung der Beiträge und Leistungen der unständig Beschäftigten abgesehen haben. Demnach müssen Beiträge und Leistungen für diese Beschäftigten nunmehr für jeden Kalendertag derart bemessen werden, daß als Grundlohn der volle Ortslohn in Ansatz gebracht wird. Dieselbe Auffassung vertritt auch Spielhagen in der „Deutschen Krankenkasse“ 1925, Sp. 276 ff.

Daher war unter Aufhebung der angefochtenen Entscheidung des VA., wie geschehen, zu entscheiden. (Entscheidung des 1. Beschlußsenats des Reichsversicherungsamts vom 2. Dezember 1925 — II K. 57/25 B.) Br.

Die Festsetzung des Betrags der Mahngebühr gemäß § 28 Abs. 2 Satz 3 RVO. erfolgt außerhalb der Satzung des Versicherungsträgers. Für die Genehmigung der Festsetzung ist bei den Krankenkassen ausschließlich das Versicherungsamt als Aufsichtsbehörde zuständig. Diese Genehmigung wird durch eine gemäß § 324 RVO. erfolgte Genehmigung der eine Festsetzung des Betrags der Mahngebühr enthaltenden Satzung nicht ersetzt. Die Aenderung einer derartigen Festsetzung kann in dem Verfahren nach § 326 der RVO. nicht angeordnet werden. (Entscheidung des RVA., Erster Beschlußsenat vom 23. März 1926 — II K 97/25 B —.)

Gründe: Nach § 28 Abs. 2 RVO. kann, soweit es nicht bereits landesgesetzlich vorgeschrieben ist, die Satzung des Versicherungsträgers bestimmen, daß dem Beitreibungsverfahren ein Mahnverfahren vorangeht und daß dafür eine Mahngebühr erhoben wird; die Festsetzung dieses Betrags bedarf der Genehmigung der Aufsichtsbehörde. Die Einführung eines gebührenpflichtigen Mahnverfahrens durch die Satzung der Krankenkasse ist in Preußen nach der Entscheidung 2257 (Amtl. Nachr. des RVA. 1916, S. 642) zulässig. Nach § 28 Abs. 2 wird indessen durch die Satzung lediglich bestimmt, daß für das Mahnverfahren überhaupt eine Mahngebühr erhoben wird. Dagegen er-

folgt die Festsetzung ihres Betrages nicht im Wege einer Satzungsbestimmung, sie geschieht vielmehr seitens der Kasse durch besonderen Beschluß. Dies folgt aus der ausdrücklichen Hervorhebung der Genehmigungspflicht der Festsetzung des Betrages der Mahngebühr durch die Aufsichtsbehörde im § 28 Abs. 2 Satz 3. Sie wäre überflüssig, wenn die Festsetzung des Betrags durch die Satzung vorzunehmen wäre, weil die Genehmigungspflicht der Satzung im § 324 Abs. 1 allgemein festgelegt ist. Hierfür spricht auch die Entstehungsgeschichte des § 28 Abs. 2. Die Vorschrift ist dem § 55 Abs. 3 des K.-V.-Gesetzes nachgebildet (zu vgl. Entsch. 2257, ferner Hoffmann in der „Ortskrankenkasse“ 1915 S. 574), welcher lautete: „Sofern nach dem Gemeindebeschluß oder Kassenstatut der Einleitung des Beitreibungsverfahrens ein Mahnverfahren vorangeht, kann von Arbeitgebern, welche Eintrittsgelder und Beiträge nicht zum Fälligkeitstermin eingezahlt haben, eine Mahngebühr erhoben und wie die Rückstände beigetrieben werden. Die Festsetzung des Betrags der Mahngebühr unterliegt der Genehmigung der Aufsichtsbehörde“. Nach dem KV.Gesetze konnte demgemäß kein Zweifel daran bestehen, daß weder die Festsetzung der Mahngebühr noch ihre Erhebung durch das Kassenstatut zu regeln war. Letzteres bestimmte lediglich, ob ein Mahnverfahren stattzufinden habe. § 28 Abs. 2 RVO. hat in Abweichung von § 55 Abs. 3 des KV.Gesetzes allerdings ausdrücklich vorgesehen, daß die grundsätzliche Einführung einer Mahngebühr überhaupt in der Satzung zu regeln sei. Die Festsetzung ihres Betrags aber erfolgt ebenso wie nach dem KV.Gesetze durch die Kasse außerhalb der Satzung, wenschon es zulässig erscheint, den festgesetzten Betrag der Mahngebühr nach erfolgter Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde in die Satzung aufzunehmen. Hätte die RVO. von dem bisherigen Rechte auch insoweit abweichen wollen, so hätte dies jedenfalls besonders zum Ausdruck kommen müssen. Die Festsetzung des Betrags der Mahngebühr unterliegt demgemäß auch nicht der Genehmigung des OVA. nach § 324 RVO., sondern lediglich derjenigen der Aufsichtsbehörde, d. h. des Versicherungsamts (§ 377 Abs. 1, zu vgl. Hanow, Anm. 6 zu § 28). Aus diesen Gründen kommt für eine etwaige Abänderung der Festsetzung des Betrags der Mahngebühr das Verfahren nach § 326, für welches das OVA. (Beschluskammer) zuständig ist, nicht in Frage. Infolgedessen unterliegt die angefochtene Entscheidung des OVA. der Aufhebung. Die Sache war vielmehr an das VA. zur weiteren Veranlassung gemäß § 28 Abs. 2 zurückzuverweisen. Das VA. wird hierbei in Verfolg der vorstehenden Ausführungen davon auszugehen haben, daß die nach § 28 Abs. 2 erforderliche Genehmigung der Aufsichtsbehörde, d. h. des Versicherungsamts, zur Festsetzung des Betrags der Mahngebühr, der aus dem Nachtrag Nr. 17 der Kassensatzung ersichtlich ist, bisher überhaupt nicht nachgewiesen ist. Diese bisher fehlende Genehmigung wird durch die Genehmigung des unter den Einwirkungen der Inflation entstandenen Satzungs nachtrags Nr. 17 durch das OVA. vom 23. Februar 1923 nicht ersetzt, da das OVA. grundsätzlich nicht Aufsichtsbehörde

über die Kasse ist. Die Aufsichtsbehörde hat vielmehr in dieser Beziehung ein selbständiges Prüfungsrecht, für dessen Ausübung ihr in dem Erlaß des preußischen Ministers für Volkswohlfahrt vom 15. Januar 1925 Richtlinien hinsichtlich der Höhe der Mahngebühr gegeben worden sind. Die daselbst für die Mahngebühr vorgesehenen Sätze entsprechen auch der Absicht des Gesetzgebers bei der Einführung von Mahngebühren. Die Mahngebühr soll lediglich den Zweck haben, die Kasse für die Kosten des durch die Säumigkeit des Zahlungspflichtigen veranlaßten Mahnverfahrens schadlos zu halten. In dieser Beziehung reichen aber verhältnismäßig geringfügige Beträge, wie sie in dem Erlaß des preußischen Ministers für Volkswohlfahrt vom 15. Januar 1925 vorgesehen sind, aus.

1. Bei dem System der organisiert freien Arztwahl sind im Zweifel an jeder Art ärztlicher Behandlung einschließlich derjenigen der Familienangehörigen alle zur Kassenpraxis zugelassenen Aerzte gleichmäßig zu beteiligen.

2. Die Heranziehung von im Kassenbezirk nicht zugelassenen Aerzten zur Kassenpraxis innerhalb oder außerhalb von Ambulatorien der Krankenkassen ist gemäß § 2 der Zulassungsbestimmungen des Reichsausschusses für Aerzte und Krankenkassen vom 14. November 1925 (Amtliche Nachrichten des RVA. S. 400) unzulässig. (Entscheidung des Reichsschiedsamts vom 10. April 1926 — R. Sch. 71, 72/25 —) Aus der Begründung:

Bei den Kassen besteht das System der organisiert freien Arztwahl, das mangels gegenseitiger Abrede für die gesamte Ausübung der ärztlichen Behandlung gilt, auch soweit die ärztliche Versorgung der Familienangehörigen in Frage kommt. Demnach sind auch für die Behandlung der Familienangehörigen alle zur Krankenkassenpraxis zugelassenen Aerzte zuzulassen, und zwar ohne Rücksicht darauf, ob die ärztliche Behandlung in Ambulatorien gewährt wird oder nicht. Wie das RSchA. im Anschluß an die E. des Gr. Senats des RVA. vom 16. Januar 1925 (Amtl. Nachr. des RVA. S. 112) in der E. vom 27. Januar 1925 (Amtl. Nachr. des RVA. S. 205) ausdrücklich betont, ist die ärztliche Behandlung für die gesamte Sozialversicherung einheitlich im § 122 RVO. geregelt, und zwar auch soweit es sich um die Gewährung von Krankenpflege handelt, die nach § 205b RVO. den Familienangehörigen zugebilligt wird. Die Kassen können zwar, da es sich bei der Krankenpflege der Familienangehörigen um eine satzungsmäßige Mehrleistung handelt, die Krankenpflege für die Familienangehörigen dem Umfang der Leistung als solcher nach einschränken, d. h. sie können zum Beispiel die Krankenpflege auf einen Teil der Familienangehörigen beschränken, sie können auch beispielsweise allen Familienangehörigen nur unter bestimmten sachlichen Voraussetzungen Krankenpflege gewähren, so unter Beschränkung auf gewisse die Allgemeinheit gefährdende Volksseuchen. Hiervon ist aber die Ausübung der ärztlichen Behandlung bei der Durchführung der nach Gesetz oder Satzung zu gewährenden Krankenpflege durch die Aerzte grundsätzlich zu trennen. Für diese gelten einheitliche Grundsätze. In welcher Weise die

Aerzte dazu herangezogen werden, richtet sich, wie bereits dargelegt, ausschließlich nach dem geltenden Arztsystem, in vorliegendem Falle nach dem System der organisiert freien Arztwahl. Damit würde es sich nicht vertragen, daß die Kassen die auf Grund der nach Gesetz oder Satzung zu gewährenden Krankenpflege erforderlich werdende ärztliche Behandlung der Versicherten oder der Familienangehörigen lediglich bestimmten Aerzten, gleichgültig, ob diese frei oder in Ambulatorien praktizieren, unter Ausschluß der übrigen zugelassenen Aerzte übertragen. Vielmehr sind bei dem System der organisiert freien Arztwahl an jeder Art ärztlicher Behandlung im Zweifel alle zur Kassenpraxis zugelassenen Aerzte gleichmäßig zu beteiligen. Es folgt daraus, daß für die Behandlung der Familienangehörigen alle zur Krankenkassenpraxis zugelassenen Aerzte zugelassen sind, daß in den Ambulatorien solche Aerzte nicht beschäftigt werden dürfen, die nicht im Kassenbezirk zugelassene Kassenärzte sind. Dies ergibt sich im übrigen zweifelsfrei schon aus § 2 der Zulassungsbestimmungen des Reichsausschusses für Aerzte und Krankenkassen vom 14. November 1925, wonach jeder Arzt, der Kassenpraxis betreiben will, sich in das Arztregister desjenigen Bezirks eintragen lassen muß, in dem er zugelassen zu werden wünscht, und nur die im Bezirk eingetragenen Aerzte zur Kassenpraxis zugelassen werden dürfen. Die Heranziehung anderer, im Kassenbezirk nicht zugelassener Aerzte zur Kassenpraxis innerhalb oder außerhalb der Ambulatorien würde hiermit unvereinbar sein.

Verwendung von Kassenmitteln zur Teilnahme an Verbandstagungen usw. (Entscheidung des RVA., Erster Beschlußsenat, vom 11. Februar 1926 — II K 72/25 B —.) Sachverhalt und Gründe: In Hamburg fand am 27. und 28. Juli 1924 die Hauptverbandstagung Deutscher Krankenkassen, am 29. Juli 1924 die Generalversammlungen der Heilmittel-Vertriebs-A.-G. und der Allgemeinen Ruhegehalts-Versicherungen Deutscher Krankenkassen sowie eine Zusammenkunft der bei den Krankenkassen beschäftigten Apotheker statt. Als Vertreter der Allgemeinen Ortskrankenkasse H. nahmen an der ersteren zwei Vorstandsmitglieder, an der zweiten der Verwaltungsdirektor und ein Vorstandsmitglied, an der dritten ein Vorstandsmitglied, an der letzten der Vertrauensapotheker teil. Das VA. hat nur die Entsendung von Vertretern zur Hauptverbandstagung, und auch diese nur in der Zahl von zwei, für zulässig erklärt. Dieser Auffassung ist auch das OVA. beigetreten. Zu prüfen war einmal, ob überhaupt Kassenmittel für die Vertretung der Kasse bei den genannten Versammlungen aufgewandt werden dürfen, bejahendenfalls, wie stark diese Vertretung sein darf und in welchem Umfange Kassenmittel hierfür gewährt werden dürfen.

Bei der Hauptversammlungstagung Deutscher Krankenkassen handelt es sich um eine Versammlung, die den gesetzlichen Zwecken der Krankenversicherung dienen sollte, die von den zugehörigen Krankenkassen als Körperschaften beschickt und auf der sie verpflichtende Entschlüsse gefaßt wurden, sonach eine Versammlung, für deren Besuch gemäß § 363

Abs. 2 RVO. nach Bestimmung der Obersten Verwaltungsbehörde Kassenmittel verwendet werden dürfen (siehe Entscheidung 2380, Amtliche Nachrichten des RVA. 1917 S. 556). Durch § 1 Ziffer 2 der Bestimmungen über die Verwendung von Kassenmitteln zum Besuche von Versammlungen vom 16. Februar 1916 (Ministerialblatt der Handels- und Gewerbeverwaltung S. 56 in der Fassung der Bekanntmachung vom 29. März 1923, Volkswohlfahrt S. 221) hat die oberste Verwaltungsbehörde gestattet, daß zu einer Versammlung, die sich wie vorliegend über den Bezirk einer LVA. hinaus erstreckt, eine Kasse von 10 000 bis 50 000 Mitgliedern, wozu die Allgemeine Ortskrankenkasse H. gehört, zwei Vertreter entsenden darf. Daneben war die Entsendung des Geschäftsführers oder eines anderen Beamten oder Angestellten der Kasse nicht gestattet. Diese Erlaubnis ist erst nach der Tagung durch die Bekanntmachung vom 8. Juni 1925 (Volkswohlfahrt S. 263) gegeben worden. Danach war die Aufwendung von Kassenmitteln nur für die Entsendung von Z. und M. gerechtfertigt.

Bei den Generalversammlungen der Heilmittel-Vertriebs-A.-G. und der Allgemeinen Ruhegehaltsversicherung Deutscher Krankenkassen sowie der Zusammenkunft der bei den Kassen beschäftigten Apotheker handelte es sich nicht um Versammlungen, die unmittelbar den gesetzlichen Zwecken der Krankenversicherung dienen sollten. Für deren Besuch kommen deshalb Kassenmittel auf Grund des § 363 Abs. 2 RVO. nicht in Betracht. Es fragt sich jedoch, ob dies nicht auf Grund der allgemeinen Vorschrift des § 363 Abs. 1 RVO. geschehen kann. Es wird dies zu bejahen sein, wenn diese Kosten zu den „Verwaltungskosten“ der Kasse zu rechnen sind. Was unter den Begriff der Verwaltungskosten fällt, ist an sich weder im KV.Gesetz, noch in der RVO. festgelegt. Dazu rechnen jedenfalls alle Kosten, die zur zweckentsprechenden Vermögensverwaltung erforderlich sind, sowie — nach der Rechtsprechung der Oberverwaltungsgerichte — Aufwendungen, welche die Kassen machen müssen, um ihrer gesetzlichen Zweckbestimmung gerecht zu werden (siehe Entscheidungen des preußischen Oberverwaltungsgerichts Band 47 S. 358, sächsisches Oberverwaltungsgericht, Arbeiterversorgung 1908 S. 299). Unter diesen Gesichtspunkten rechtfertigt sich auch die Aufwendung von Kassenmitteln für den Besuch der vorgenannten Versammlungen. Die Allgemeine Ortskrankenkasse H. ist Aktionärin der „Heilmittelversorgung Deutscher Krankenkassen A.-G.“. Diese A.-G. ist ein gemeinnütziges Unternehmen (siehe Bescheid des R.Arb.Min. vom 23. Januar 1925, Apothekerzeitung, Nr. 13, S. 140), die Anlage eines Teiles des Kassenvermögens in deren Aktien deshalb gemäß § 26 Abs. 2 zulässig. Die Teilnahme an der Generalversammlung seitens der Kasse erscheint deshalb als begründet, um eine ordnungsmäßige Verwaltung sicherzustellen und gegebenenfalls durch Mitwirkung bei der Beschlußfassung Schädigungen des Gesellschaftsvermögens und damit auch des Kassenvermögens zu verhindern. Zur Erreichung dieses Zweckes genügt jedoch die Entsendung eines Vertreters.

Die Allgemeine Ruhegehaltsversicherung Deutscher Krankenkassen, Sitz Dresden, ist die Rechtsnachfolgerin des Versicherungsvereins Deutscher Krankenkassen, Sitz Berlin. Gemäß § 15 der Dienstordnung sind die Angestellten der Kasse zur Versicherung bei ihr verpflichtet. Die Kasse hat die für die Angestellten zu leistenden Prämien zu tragen. Es handelt sich also bei der Generalversammlung nicht allein um die Erörterung rein eigener Angelegenheiten der Angestellten, sondern solcher, an denen die Kasse selbst in bezug auf ordnungsgemäße Verwaltung und Höhe der Beiträge ein erhebliches geldliches Interesse hat. Danach rechtfertigt sich auch für die Entsendung eines Vertreters zu dieser Versammlung die Aufwendung von Kassenmitteln. Auch hier erscheint ein Vertreter ausreichend.

Die Zusammenkunft der bei den Kassen beschäftigten Apotheker war ebenfalls nicht Erörterung eigener Angelegenheiten, sondern den Erörterungen der im Kassendienst erlangten Erfahrungen und deren im Kasseninteresse liegenden Nutzbarmachung gewidmet. Die Aufwendung von Kassenmitteln für die Entsendung des Apothekers W. hierzu erscheint deshalb ebenfalls bedenkenfrei (siehe Entsch. 2380, Amtliche Nachrichten des RVA. 1917 S. 556).

Beitragsmarken der Invalidenversicherung ersetzen nicht den Markenwert der Angestelltenversicherung. Nach der heutigen Gesetzgebung braucht jemand zur Aufrechterhaltung seiner Ansprüche aus der Angestellten- und Invalidenversicherung nur die entsprechenden Beiträge einer dieser Versicherungsarten zu zahlen. Notwendig ist es jedoch, daß man diejenigen Marken verwendet, auf Grund deren man später seine Ansprüche erheben will.

Ein Angestellter hatte einschließlich seiner angerechneten Kriegsdienstzeit für den Zeitraum vom 1. Januar 1913 bis 1922 insgesamt 110 Beitragsmonate für die Angestelltenversicherung nachgewiesen. Ferner hat er in der grünen Versicherungskarte Nr. 1 für die Zeit nach dem 1. Januar 1923 10 Invalidenmarken verwendet. Er gab an, daß die Verwendung dieser Marken auf eine Auskunft des Postbeamten bei dem Erwerbe der Marken erfolgt sei. Das Oberversicherungsamt hat diese 10 Marken auf die Wartezeit für das Ruhegeld der Angestellten-

versicherung nicht angerechnet, weil die Beiträge zur Angestelltenversicherung seit dem 1. Januar 1923 durch Einkleben von Marken in die Versicherungskarten zu entrichten sind, die nach § 175 AVG. von der RfA. ausgegeben werden. Gültig sind nur diejenigen Beiträge, die durch Entrichtung der von der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte ausgegebenen Marken geleistet werden. Da die Reichsversicherungsanstalt besondere Marken herausgibt und die Verwendung von Marken der Invalidenversicherung für die Angestelltenversicherung nicht für zulässig erklärt ist, so können die verwendeten 10 Invalidenversicherungsmarken nicht als gültige Beiträge zur Angestelltenversicherung angesehen werden, auch nicht in dem Umfange, in dem sie an Wert dem höheren Markenwerte der Angestelltenversicherung entsprechen würden. (Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 26. Januar 1926 IIa A. V. 100/25.)
Br.

Erben haben keinen Anspruch auf Ruhegeld, wenn der Versicherte vor seinem Tode den Anspruch nicht geltend gemacht hat. Ein bei der Angestelltenversicherung versichert Gewesener ist am 12. Oktober 1924 gestorben, ohne vor seinem Tode einen Anspruch auf Ruhegeld geltend zu machen. Erst nach seinem Tode hat seine Tochter, die mit ihm in häuslicher Gemeinschaft gelebt hat, Anspruch auf das Ruhegeld bis zum Todestage ihres Vaters erhoben. Nach § 66 AVG. sind der Ehegatte, die Kinder usw., die mit dem Verstorbenen in häuslicher Gemeinschaft gelebt haben, dann zur Fortsetzung des Verfahrens und zum Bezuge der bis zum Todestage fälligen Beträge berechtigt, wenn der Verstorbene den Anspruch erhoben hatte. Voraussetzung ist also, daß der Verstorbene selbst schon seinen Anspruch geltend gemacht und ein Verfahren eingeleitet hatte. Ist dies nicht geschehen, so schließt § 66 den Uebergang der Ansprüche auf etwaige Erbberechtigte aus, da in einem solchen Falle von einer „Fortsetzung“ des Verfahrens nicht die Rede sein kann. Der Anspruch des Verstorbenen ist daher in einem solchen Falle überhaupt nicht vererblich. Demzufolge hat das Reichsversicherungsamt den Anspruch der Tochter abgewiesen. (Entscheidung vom 11. Dezember 1925 — IIa A. V. 91/25.)
Br.

Literatur.

Die Ausdehnung der Unfallversicherung auf Berufskrankheiten. Von Prof. Dr. med. F. Curschmann und Dr. jur. J. Krohn. Carl Heymanns Verlag, Berlin. Preis 6 Mk. — Der vorliegende Kommentar bespricht nicht nur die Verordnung vom 12. Mai 1925, sondern auch die einschlägigen Vorschriften der RVO., enthält also eine zusammenfassende Darstellung des gesamten Rechtsstoffes. Er ist wichtig für Versicherte und ihre Berater, Berufsgenossenschaften, Krankenkassen, Versicherungsämter und

Oberversicherungsämter, Wohlfahrtsämter, ferner für die Aerzte, denen die Verordnung eine Anzeigepflicht auferlegt, für die beteiligten Wirtschaftskreise, endlich wegen seiner Ratschläge für die Bekämpfung von Berufskrankheiten für alle, die an dieser Bekämpfung mitgearbeitet haben (Gewerbeaufsicht, Aerzte, Arbeitgeber, Betriebsräte), besonders aber auch für die Beamten und Angestellten der Sozialversicherungsträger, die beruflich diese Fragen zu bearbeiten haben.

Alle hier oder anderweitig angezeigten Bücher und Schriften können bezogen werden durch die Buchhandlung des Zentralverbandes der Angestellten, Berlin SO 26, Oranienstr. 40/41.

Reichsgesetze

- Bürgerliches Gesetzbuch** nebst Einführungsgesetz und der Verordnung über das Erbbaurecht, Textausgabe mit Verweisungen auf abändernde und ergänzende Gesetze und mit Sachregister von Prof. Dr. Heinrich Hoeniger, Freiburg i. Br. Mk. 4,50
- Strafprozeßordnung und Gerichtsverfassungsgesetz** mit Nebengesetzen nach dem Stand vom 15. Mai 1925 mit Anmerkungen von Dr. Wilhelm Klesow, Geheimen Regierungsrat, Ministerialrat im Reichsjustizministerium..... Mk. 7,50
- Verwaltungszwangsvorfahren** wegen Beitreibung von Geldbeträgen, erläutert von Dr. jur. Georg Kautz, Präsident des Reichsausschusses für Schiffbau in Berlin, Wirklicher Geh. Oberregierungsrat Mk. 5,50
- Die Fürsorgepflicht.** Leitfaden zur Durchführung der Verordnung vom 13. Februar 1924 nebst den Grundsätzen des Reiches und der wichtigsten Ausführungsbestimmungen der Länder von Dr. Otto Wölz, Ministerialrat im Reichsarbeitsministerium, Fritz Ruppert, Oberregierungsrat im Reichsministerium des Innern, Mitglied des Bundesamts für das Heimatwesen, Dr. Lothar Richter, Regierungsrat im Reichsarbeitsministerium, erweiterte Ausgabe Mk. 6,—
- Handwörterbuch der Fürsorgepflicht** mit den Texten der Reichsfürsorgeverordnung, des ergänzenden Reichsrechts sowie der Ausführungsbestimmungen sämtlicher Länder einschließlich Tabellen über Organisation und Zuständigkeit in einzelnen Ländern von H. Göglér, Regierungsrat im Württembergischen Arbeitsministerium Mk. 15,50
- Konkurs, Geschäftsaufsicht, Zwangsversteigerung,** Ausgabe 1925, von Dr. Heinrich Hoeniger und Dr. Rudolf Schultz, Professoren in Freiburg i. Br. Mk. 3,50

Kranken-, Invaliden- und Unfallversicherung

- Die Reichsversicherungsordnung** in der Fassung vom 9. 1. 1926 nebst ergänzenden Gesetzen und Verordnungen von Dr. Johannes Krohn, Ministerialrat im Reichsarbeitsministerium. Zweite neu bearbeitete Auflage. Vorzugspreis Mk. 9,—
- Textausgabe der Reichsversicherungsordnung** in der Fassung vom 15. 12. 1924 nebst Broschüre: Aenderungen der RVO. 15. 12. 1924 — 31. 12. 1925 Mk. 5,20
- Aenderungen der RVO.** vom 15. 12. 1924 — 31. 12. 1925 (Broschüre) Mk. 2,20
- Handbuch der Vertreterwahlen in der Krankenversicherung,** Kommentar zu den Wahlordnungen für Krankenkassen, von Friedrich Kleeis, Arbeitersekretär in Halle a. d. Saale Mk. 2,—
- Textausgabe des Reichsversorgungsgesetzes** vom 12. Mai 1920 in der amtlichen Fassung vom 31. Juli 1925 nebst Rententafeln Mk. 1,75; desgl. ohne Rententafeln Mk. 1,50; Rententafeln allein Mk. 0,30

Angestelltenversicherung

- Angestelltenversicherungsgesetz** in der vom 1. September 1925 an gültigen Fassung. Textausgabe mit Beitragsordnung, Ueberwachungsvorschriften und Verordnung über die Versicherungsfreiheit vorübergehender Dienstleistungen. Herausgegeben von Rudolf Peters, Verwaltungsoberinspektor der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte Mk. 2,—

Kaufmännische Praxis

- Die deutsche Sprachlehre** von Dr. Johannes Rohr Mk. 4,—
- Das reine Amtsdeutsch.** Ein Buch wider das Beamtendeutsch mit Beispielen und Erläuterungen veralteter und neuzeitiger Schreibweise und 12 heiteren Bildern von Dr. Werner Bloch und Dr. Johannes Rohr..... Mk. 4,—
- Oellers Geschäftshandbuch.** (Die kaufmännische Praxis.) Herausgegeben unter Mitwirkung bewährter Fachleute Mk. 6,—
- Die richtige Zeichensetzung im Deutschen** von Dr. Johannes Rohr Mk. 0,60
- Wissenswertes.** Praktisches Auskunftsbuch Mk. 1,20
- Duden,** Rechtschreibung der deutschen Sprache und Fremdwörter. Mit Unterstützung des Allgemeinen Deutschen Sprachvereins, des Deutschen Buchdruckervereins, des Reichsverbandes Oesterreichischer Buchdruckereibesitzer, des Schweizerischen Buchdruckervereins sowie der deutschen und österreichischen Korrektorenvereine nach den für Deutschland, Oesterreich und die Schweiz gültigen amtlichen Regeln, bearbeitet von Dr. J. Ernst Wülfing und Dr. Alfred C. Schmidt unter Mitwirkung des Oberkorrektors der Reichsdruckerei Otto Reinecke Mk. 4,—
- Lehrbuch der Einheitskurzschrift** (64 Seiten stark) von Hempel, Berlin, staatlich geprüfter Lehrer der Reichskurzschrift Mk. 1,50
- 3 Uebungshefte in blauem Aktendeckel mit je 12 Blatt Inhalt und Löschblättern Mk. 0,45

Verschiedenes

- Wörterbuch der Krankheitsbezeichnungen,** die gebräuchlichen fremdsprachlichen Bezeichnungen der Krankheiten, Körperteile und Hilfs Worte der ärztlichen Praxis Mk. 1,50
- Bericht über den 29. deutschen Krankenkassentag** am 5. bis 7. Juli 1925 in München, Tonhalle Mk. 2,—
- Jahrbuch der Krankenversicherung 1924,** unter Mitwirkung von Prof. Dr. B. Chajes, Berlin-Schöneberg, Dr. Alfons Fischer, Karlsruhe, Dr. Walter Pryll, Berlin, Prof. Dr. J. Gonsler, Berlin, Dr. H. Ulric, Sommerfeld, Dr. W. Fischer, Berlin, Dr. Karl Bornstein, Berlin, Ratsassessor Zehrfeld, Bautzen (Sachsen), herausgegeben im Auftrag des Vorstandes des Hauptverbandes deutscher Krankenkassen e. V. von Helmut Lehmann, Berlin Mk. 1,80
- Die hygienische Forderung** von Alfred Grotjahn, Ordentlicher Professor der Hygiene an der Universität Berlin Mk. 2,20
- Die Wohlfahrtspflege,** systematische Einführung auf Grund der Fürsorgepflichtverordnung und der Reichsgrundsätze von Dr. Hans Muthesius, Stadtrat in Berlin-Schöneberg Mk. 4,50
- Kompendium der sozialen Hygiene** von Prof. Dr. med. B. Chajes, Berlin-Schöneberg, Dozent der Technischen Hochschule in Charlottenburg. Zweite erweiterte Auflage mit 6 Tafeln und 63 Tabellen Mk. 5,—
- Aerzte und Krankenkassen** von Helmut Lehmann. 2. Auflage, 288 Seiten, Leinwandband. Das Werk enthält eine umfangreiche, übersichtlich gegliederte Zusammenstellung des gesamten Rechtstoffes sowie einen ausführlichen Kommentar unter Berücksichtigung der Entscheidungen des Reichsausschusses und des Reichsamts Mk. 5,—

Verlagsgesellschaft deutscher Krankenkassen m. b. H., Berlin-Charlottenburg

Ihre Pflicht ist es, für Ihr Alter und Ihre Familie zu sorgen!

Sie sichern sich einen Zuschuß zu den Leistungen der Angestelltenversicherung und anderer Pensionseinrichtungen durch den Beitritt zur

Pensionskasse des Zentralverbandes der Angestellten

Seien Sie sich Ihrer Verantwortung gegen sich selbst und Ihre Familie bewußt. Säumen Sie nicht länger; jeder Tag bedeutet einen Gewinn für Sie und Ihre Familienangehörigen.

Werden Sie sofort Mitglied!

Aufnahmepapiere und jede gewünschte Auskunft erhalten Sie bei Ihrer Ortsgruppe
oder von der

**Hauptgeschäftsstelle des Zentralverbandes der Angestellten,
Berlin SO 26, Oranienstraße 40/41**

Jede Textausgabe der Reichsversicherungsordnung

in der Fassung vom 15. 12. 24 — ganz gleichgültig, aus welchem Verlag Sie diese bezogen haben — können Sie durch unser soeben erschienenenes Buch

„Änderungen der Reichsversicherungsordnung“

in der Zeit vom 15. Dezember 1924 bis zum 31. Dezember 1925

den z. Zt. gültigen Gesetzesbestimmungen ohne weiteres wieder anpassen. Sie sparen hierdurch die Anschaffung neuer Textausgaben, die mindestens das 3- bis 5fache kosten. — Eine Reichsversicherungsordnung in ihrer jetzigen Fassung ist aber eine unbedingte Notwendigkeit, da ca. 300 Paragraphen geändert worden sind, die durch Deckblätter in den bisherigen Ausgaben der Reichsversicherungsordnung unmöglich eingearbeitet werden können.

Sonderpreis

für Mitglieder des Zentralverbandes der Angestellten und Leser dieser Zeitschrift

Mk. 1,75 (statt Mk. 2,20)

zuzüglich Porto (Bis 2 Stck. = 10 Pfg., bis 4 Stck. = 20 Pfg.,
bis 8 Stck. = 30 Pfg., darüber = Paketporto.)

Verlagsgesellschaft deutscher Krankenkassen m. b. H.
Berlin-Charlottenburg, Berliner Straße 137