

Fritz Sitzler

Grundriß des sozialen  
Versicherungsrechts.  
Systematische  
Darstellung auf Grund der  
Reichsversicherungsordnung  
und des  
Versicherungsgesetzes für  
Angestellte

# Grundriß des sozialen Rechts

Von

**Dr. Walter Kaskel** und **Dr. Fritz Sitzler**  
Gerichtsassessor                      Regierungsassessor  
Hilfsarbeitern im Reichsversicherungsamt

Erster Band

**Grundriß des sozialen Versicherungsrechts**



Berlin  
Verlag von Julius Springer  
1912

# Grundriß des sozialen Versicherungsrechts

Systematische Darstellung  
auf Grund der Reichsversicherungsordnung und des  
Versicherungsgesetzes für Angestellte

Von

**Dr. Walter Kaskel**    und    **Dr. Fritz Sitzler**  
Gerichtsassessor                      Regierungsassessor  
Hilfsarbeitern im Reichsversicherungsamt



**Berlin**  
Verlag von Julius Springer  
1912

ISBN-13:978-3-642-93811-5 e-ISBN-13:978-3-642-94211-2

DOI: 10.1007/978-3-642-94211-2

Softcover reprint of the hardcover 1st edition 1912

## Vorwort.

Das soziale Versicherungsrecht greift in unser gesamtes Wirtschaftsleben tiefer ein als irgend ein anderer Rechtszweig. Trotzdem ist seine Kenntnis bei Nichtjuristen wie bei Juristen nur eine geringe. Die Ursache für diese auffallende Erscheinung liegt wohl weniger in der vielgescholtenen Schwierigkeit der Materie, als in dem Mangel an geeigneten Hilfsmitteln. Ist doch seit nahezu 20 Jahren ein zusammenfassendes Lehrbuch nicht mehr erschienen! Und doch wurde gerade in dieser Zeit das soziale Versicherungsrecht durch Gesetzgebung und Rechtsprechung in so durchgreifender Weise umgestaltet und ausgebaut, daß die älteren Darstellungen kein auch nur annäherndes Bild des geltenden Rechtszustandes geben können. So lag der Gedanke nahe, gerade jetzt, wo diese rasche Entwicklung durch die beiden großen sozialpolitischen Gesetze des vergangenen Jahres einen gewissen Abschluß erreicht hat, den Versuch einer systematischen Darstellung zu unternehmen.

Der Plan ging dahin, das neue Versicherungsrecht auf wissenschaftlicher Grundlage möglichst übersichtlich und verständlich darzustellen. Daraus ergab sich die Notwendigkeit, einmal die wesentlichen Grundlinien aus der Fülle des Rechtsstoffs herauszuarbeiten und sie zu einem für alle Versicherungszweige einheitlichen, bis in die einzelnen Paragraphen gleichmäßig durchgeführten System zusammenzufassen, andererseits durch möglichste Gliederung des Stoffes im einzelnen und durch Beifügung praktischer Beispiele auch verwickeltere Materien dem Verständnis näher zu bringen.

Der „Grundriß“ will vor allem eine Einführung bieten. Daher konnte auf Einzelfragen, soweit sie nicht besonderes Interesse beanspruchen oder für das Verständnis des ganzen von Wichtigkeit sind, regelmäßig nicht eingegangen werden. Auch mußten die Verfasser es sich im Interesse des Umfanges vielfach versagen, den eigenen Standpunkt näher zu begründen. Aus dem gleichen Grunde mußte endlich auf den „Schmuck der Zitate“ verzichtet werden. Daß Literatur und Praxis in weitgehendem Maße berücksichtigt sind, wird dem Kundigen auch so nicht entgehen.

In die Bearbeitung des Stoffes haben sich die Verfasser in folgender Weise geteilt:

Einleitung und Allgemeiner Teil (S. 1 bis 62)	. Kaskel
Krankenversicherung (S. 63 bis 164)	. . . . . Sitzler
Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung (S. 165 bis 294)	. . . . . Sitzler
Unfallversicherung (S. 295 bis 391)	. . . . . Kaskel
Versicherungsprozeß (S. 392 bis 470)	. . . . . Kaskel

Selbstverständlich haben die Verfasser nicht nur nach einem einheitlichen System, sondern auch im einzelnen in steter Fühlung miteinander gearbeitet. Die einzelnen Zweige der Versicherung sind nach Möglichkeit selbständig gestaltet, so daß die späteren Teile auch ohne die vorhergehenden verstanden werden können.

Die Verfasser beabsichtigen, das vorliegende Buch zu einem Grundriß des sozialen Rechts überhaupt zu erweitern. Dem Grundriß des sozialen Versicherungsrechts sollen als weitere Teile ein Grundriß des sozialen Schutzrechts (Arbeiterschutz, Hausarbeit usw.), sowie ein Grundriß des sozialen Vertragsrechts folgen.

Berlin, Pfingsten 1912.

**Dr. Kaskel. Dr. Sitzler.**

# Inhaltsverzeichnis.

## Einleitung.

	Seite
§ 1. Aufgabe und Gegenstand des sozialen Versicherungsrechts . . . . .	1
§ 2. Geschichtliche Entwicklung . . . . .	3
§ 3. Die Reichsversicherungsordnung . . . . .	9
§ 4. Das Versicherungsgesetz für Angestellte . . . . .	12
§ 5. Plan der Darstellung . . . . .	13
§ 6. Literatur. . . . .	14

## Erster Teil.

### Die allgemeinen Lehren vom Entschädigungsanspruch. (Allgemeiner Teil.)

#### Erster Abschnitt.

#### Die rechtlichen Grundlagen des Entschädigungsanspruchs. (Das objektive Recht.)

Kapitel I: Begriff des sozialen Versicherungsrechts . . . . .	23
Kapitel II: Quellen des sozialen Versicherungsrechts . . . . .	24
§ 1. Gesetztes Recht . . . . .	24
§ 2. Gewohnheitsrecht . . . . .	26
§ 3. Gerichtsgebrauch . . . . .	27
Kapitel III: Grenzen des sozialen Versicherungsrechts . . . . .	28
§ 1. Räumliche Grenzen (Internationales Recht) . . . . .	28
§ 2. Zeitliche Grenzen (Übergangsrecht) . . . . .	30

#### Zweiter Abschnitt.

#### Die rechtliche Natur des Entschädigungsanspruchs. (Die subjektiven Rechte.)

Kapitel I: Die verschiedenen Konstruktionen und ihre Würdigung . . . . .	32
§ 1. Die verschiedenen Konstruktionen . . . . .	32
§ 2. Würdigung der verschiedenen Konstruktionen . . . . .	33
Kapitel II: Der Entschädigungsanspruch als subjektives öffentliches Recht gegen den Staat . . . . .	37
§ 1. Der Entschädigungsanspruch ein subjektives öffentliches Recht bestimmter sozialer Bevölkerungsklassen . . . . .	37
§ 2. Der Entschädigungsanspruch ein gegen den Staat gerichtetes Recht . . . . .	40

#### Dritter Abschnitt.

#### Die rechtliche Ausgestaltung des Entschädigungsanspruchs.

Kapitel I: Voraussetzungen des Entschädigungsanspruchs . . . . .	41
§ 1. Die versicherungsfähigen Personen. . . . .	42
§ 2. Die entschädigungspflichtigen Tatbestände . . . . .	45

	Seite
Kapitel II: Gegenstand des Entschädigungsanspruchs . . . . .	46
§ 1. Die rechtliche Natur der Entschädigung . . . . .	46
§ 2. Die Entschädigungsleistungen . . . . .	48
Kapitel III: Schuldner des Entschädigungsanspruchs (die Träger der Versicherung) . . . . .	49
§ 1. Begriff und Organisation der Träger der Versicherung . . . . .	49
§ 2. Die Selbstverwaltung der Träger der Versicherung . . . . .	55
Kapitel IV: Verwirklichung des Entschädigungsanspruchs (die Versicherungsbehörden) . . . . .	56
§ 1. Begriff und Organisation der Versicherungsbehörden . . . . .	56
§ 2. Die Aufsicht der Versicherungsbehörden . . . . .	58
Kapitel V: Verhältnis des Entschädigungsanspruchs zu anderen Ansprüchen. . . . .	60

### Zweiter Teil.

## Der Entschädigungsanspruch bei Krankheit. (Das Recht der Krankenversicherung.)

### Erster Abschnitt.

#### Voraussetzungen des Entschädigungsanspruchs.

Kapitel I: Personenkreis . . . . .	65
A. Versicherungspflicht . . . . .	66
§ 1. Die versicherungspflichtigen Personen . . . . .	66
§ 2. Die versicherungspflichtige Beschäftigung . . . . .	70
§ 3. Versicherungsfreiheit . . . . .	72
§ 4. Befreiung von der Versicherungspflicht . . . . .	73
B. Versicherungsberechtigung . . . . .	75
§ 1. Selbstversicherung . . . . .	76
§ 2. Weiterversicherung . . . . .	77
Kapitel II: Mitgliedschaft . . . . .	77
§ 1. Mitgliedschaft der Versicherungspflichtigen . . . . .	77
§ 2. Mitgliedschaft der Versicherungsberechtigten . . . . .	80
§ 3. Entschädigung ohne Mitgliedschaft . . . . .	81
Kapitel III: Dauer der Mitgliedschaft . . . . .	82
Kapitel IV: Entschädigungspflichtige Tatbestände . . . . .	83
§ 1. Krankheit. . . . .	84
§ 2. Niederkunft . . . . .	85
§ 3. Tod . . . . .	86

### Zweiter Abschnitt.

#### Gegenstand des Entschädigungsanspruchs.

Kapitel I: Leistungen im Fall der Krankheit . . . . .	88
§ 1. Regelleistungen . . . . .	89
§ 2. Ersatzleistungen . . . . .	92
§ 3. Mehrleistungen . . . . .	94
§ 4. Beschränkte Leistungen . . . . .	96
Kapitel II: Leistungen im Fall der Niederkunft . . . . .	97
§ 1. Regelleistungen . . . . .	97
§ 2. Ersatzleistungen . . . . .	97
§ 3. Mehrleistungen . . . . .	98
Kapitel III: Leistungen im Fall des Todes . . . . .	99
§ 1. Regelleistung . . . . .	99
§ 2. Mehrleistungen . . . . .	99
Kapitel IV: Sonderleistungen an einzelne Versicherte. . . . .	99
§ 1. Versicherungsberechtigte . . . . .	100
§ 2. Land- und forstwirtschaftlich Beschäftigte . . . . .	100



	Seite
§ 3. Dienstboten . . . . .	103
§ 4. Unständig Beschäftigte . . . . .	103
§ 5. Im Wandergewerbe Beschäftigte . . . . .	104
§ 6. Hausgewerbliche Versicherungspflichtige. . . . .	104
<b>Kapitel V: Wegfall der Leistungen . . . . .</b>	<b>105</b>
§ 1. Erlöschen der Entschädigungsansprüche . . . . .	105
§ 2. Verweigerung der Leistung . . . . .	106

Dritter Abschnitt.

**Schuldner des Entschädigungsanspruchs.**

<b>Kapitel I: Organisation des Kassenwesens . . . . .</b>	<b>108</b>
§ 1. Die Kassenarten . . . . .	108
§ 2. Änderungen der Organisation. . . . .	117
§ 3. Kassenvereinigungen . . . . .	123
<b>Kapitel II: Verfassung der Krankenkassen . . . . .</b>	<b>125</b>
§ 1. Umfang. . . . .	125
§ 2. Organe . . . . .	127
§ 3. Mitglieder . . . . .	131
§ 4. Satzung. . . . .	133
<b>Kapitel III: Verwaltung der Krankenkassen. . . . .</b>	<b>135</b>
§ 1. Angestellte . . . . .	136
§ 2. Aufbringung der Mittel. . . . .	140
§ 3. Verwaltung der Mittel . . . . .	148
<b>Kapitel IV: Sonstige Versicherungseinrichtungen . . . . .</b>	<b>148</b>
§ 1. Knappschaftliche Krankenkassen . . . . .	148
§ 2. Ersatzkassen . . . . .	149

Vierter Abschnitt.

**Verwirklichung des Entschädigungsanspruchs.**

<b>Kapitel I: Feststellung der Leistungen . . . . .</b>	<b>153</b>
<b>Kapitel II: Bewirkung der Leistungen . . . . .</b>	<b>154</b>
§ 1. Sachleistungen . . . . .	154
§ 2. Geldleistungen . . . . .	156
§ 3. Leistungen außerhalb des Kassenbezirks . . . . .	156

Fünfter Abschnitt.

**Verhältnis des Entschädigungsanspruchs zu anderen Ansprüchen.**

<b>Kapitel I: Verhältnis zu sozialrechtlichen Ansprüchen . . . . .</b>	<b>158</b>
<b>Kapitel II: Verhältnis zur Armenunterstützung. . . . .</b>	<b>159</b>
<b>Kapitel III: Verhältnis zu privatrechtlichen Ansprüchen. . . . .</b>	<b>161</b>

Dritter Teil.

**Der Entschädigungsanspruch bei Invalidität und Tod des Ernährers.  
(Das Recht der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.)**

Erste Unterabteilung.

**Der Entschädigungsanspruch nach der Reichsversicherungs-  
ordnung.**

Erster Abschnitt.

**Voraussetzungen des Entschädigungsanspruchs.**

<b>Kapitel I: Personenkreis . . . . .</b>	<b>168</b>
<b>A. Versicherungspflicht . . . . .</b>	<b>169</b>
§ 1. Die versicherungspflichtigen Personen . . . . .	169
§ 2. Die versicherungspflichtige Beschäftigung . . . . .	171

	Seite
§ 3. Versicherungsfreiheit . . . . .	173
§ 4. Befreiung von der Versicherungspflicht . . . . .	175
B. Versicherungsberechtigung . . . . .	176
§ 1. Selbstversicherung . . . . .	176
§ 2. Weiterversicherung . . . . .	177
§ 3. Zusatzversicherung . . . . .	178
Kapitel II: Wartezeit . . . . .	178
§ 1. Beitragswochen . . . . .	179
§ 2. Dauer der Wartezeit . . . . .	182
Kapitel III: Anwartschaft . . . . .	186
§ 1. Erlöschen der Anwartschaft . . . . .	186
§ 2. Wiederaufleben der Anwartschaft . . . . .	189
Kapitel IV: Entschädigungspflichtige Tatbestände . . . . .	191
§ 1. Invalidität . . . . .	191
§ 2. Alter . . . . .	193
§ 3. Tod des Ernährers . . . . .	193

### Zweiter Abschnitt.

#### Gegenstand des Entschädigungsanspruchs.

Kapitel I: Leistungen im Fall der Invalidität . . . . .	195
§ 1. Regelleistungen . . . . .	195
§ 2. Ersatzleistungen . . . . .	198
§ 3. Mehrleistungen . . . . .	200
Kapitel II: Leistungen im Fall des Alters . . . . .	200
§ 1. Regelleistungen . . . . .	200
§ 2. Ersatzleistungen und Mehrleistungen . . . . .	201
Kapitel III: Leistungen im Fall des Todes des Ernährers . . . . .	202
§ 1. Regelleistungen . . . . .	202
§ 2. Ersatzleistungen und Mehrleistungen . . . . .	206
Kapitel IV: Wegfall der Leistungen . . . . .	206
§ 1. Erlöschen der Entschädigungsansprüche . . . . .	206
§ 2. Verweigerung der Leistung . . . . .	209

### Dritter Abschnitt.

#### Schuldner des Entschädigungsanspruchs.

Kapitel I: Verfassung der Versicherungsanstalten . . . . .	212
§ 1. Umfang . . . . .	212
§ 2. Organe . . . . .	213
§ 3. Errichtung und Änderung . . . . .	216
§ 4. Satzung . . . . .	217
Kapitel II: Verwaltung der Versicherungsanstalten . . . . .	217
§ 1. Aufbringung der Mittel: Allgemeines . . . . .	218
§ 2. Aufbringung der Mittel: Beiträge . . . . .	220
§ 3. Verwaltung der Mittel . . . . .	231
§ 4. Heilverfahren . . . . .	233
Kapitel III: Sonstige Versicherungseinrichtungen . . . . .	235
§ 1. Sonderanstalten . . . . .	235
§ 2. Zuschußkassen . . . . .	237

### Vierter Abschnitt.

#### Verwirklichung des Entschädigungsanspruchs.

Kapitel I: Feststellung der Leistungen . . . . .	239
§ 1. Bewilligung . . . . .	239
§ 2. Entziehung und Einstellung . . . . .	242
Kapitel II: Bewirkung der Leistungen . . . . .	243

## Fünfter Abschnitt.

**Verhältnis des Entschädigungsanspruchs zu anderen Ansprüchen.**

Kapitel I: Verhältnis zu sozialrechtlichen Ansprüchen . . . . .	246
Kapitel II: Verhältnis zur Armenunterstützung . . . . .	247
Kapitel III: Verhältnis zu privatrechtlichen Ansprüchen . . . . .	248

## Zweite Unterabteilung.

**Der Entschädigungsanspruch nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte.**

## Erster Abschnitt.

**Voraussetzungen des Entschädigungsanspruchs.**

Kapitel I: Personenkreis . . . . .	249
A. Versicherungspflicht . . . . .	250
§ 1. Die versicherungspflichtigen Personen . . . . .	250
§ 2. Die versicherungspflichtige Beschäftigung . . . . .	251
§ 3. Versicherungsfreiheit . . . . .	251
§ 4. Befreiung von der Versicherungspflicht . . . . .	252
B. Versicherungsberechtigung . . . . .	253
§ 1. Weiterversicherung . . . . .	253
§ 2. Selbstversicherung . . . . .	254
Kapitel II: Wartezeit . . . . .	254
§ 1. Beitragsmonate . . . . .	255
§ 2. Dauer der Wartezeit . . . . .	255
Kapitel III: Anwartschaft . . . . .	256
Kapitel IV: Entschädigungspflichtige Tatbestände . . . . .	258
§ 1. Berufsunfähigkeit . . . . .	259
§ 2. Alter . . . . .	260
§ 3. Tod des Ernährers . . . . .	260

## Zweiter Abschnitt.

**Gegenstand des Entschädigungsanspruchs.**

Kapitel I: Leistungen im Fall der Berufsunfähigkeit und des Alters . . . . .	261
§ 1. Regelleistungen . . . . .	261
§ 2. Ersatzleistungen . . . . .	262
Kapitel II: Leistungen im Fall des Todes des Ernährers . . . . .	263
§ 1. Regelleistungen . . . . .	263
§ 2. Ersatzleistungen . . . . .	264
Kapitel III: Wegfall der Leistungen . . . . .	264
§ 1. Erlöschen der Entschädigungsansprüche . . . . .	265
§ 2. Verweigerung der Leistung . . . . .	266

## Dritter Abschnitt.

**Schuldner des Entschädigungsanspruchs.**

Kapitel I: Verfassung der Reichsversicherungsanstalt . . . . .	268
Kapitel II: Verwaltung der Reichsversicherungsanstalt . . . . .	271
§ 1. Aufbringung der Mittel . . . . .	271
§ 2. Verwaltung der Mittel . . . . .	280
§ 3. Heilverfahren . . . . .	281
Kapitel III: Sonstige Versicherungseinrichtungen . . . . .	282
§ 1. Ersatzkassen . . . . .	282
§ 2. Zuschußkassen . . . . .	286
§ 3. Lebensversicherungsunternehmungen . . . . .	288

## Vierter Abschnitt.

**Verwirklichung des Entschädigungsanspruchs.**

## Fünfter Abschnitt.

**Verhältnis des Entschädigungsanspruchs zu anderen Ansprüchen.**

Kapitel I: Verhältnis zu sozialrechtlichen Ansprüchen . . . . .	292
Kapitel II: Verhältnis zur Armenunterstützung . . . . .	293
Kapitel III: Verhältnis zu privatrechtlichen Ansprüchen . . . . .	293

## Vierter Teil.

**Der Entschädigungsanspruch bei Unfällen.  
(Das Recht der Unfallversicherung.)**

## Erster Abschnitt.

**Voraussetzungen des Entschädigungsanspruchs.**

Kapitel I: Personenkreis . . . . .	298
§ 1. Die auf Grund des Gesetzes versicherungspflichtigen Personen	299
§ 2. Die auf Grund der Satzung versicherungspflichtigen Personen	300
§ 3. Die auf Grund des Gesetzes versicherungsberechtigten Personen	301
§ 4. Die auf Grund der Satzung versicherungsberechtigten Personen	302
§ 5. Die versicherungsfreien Personen . . . . .	302
Kapitel II: Versicherte Beschäftigung . . . . .	303
§ 1. Versicherte Betriebe . . . . .	303
§ 2. Versicherte Tätigkeiten . . . . .	308
§ 3. Beschäftigung . . . . .	309
Kapitel III: Entschädigungspflichtige Tatbestände . . . . .	310
§ 1. Unfall . . . . .	310
§ 2. Gewerbekrankheit . . . . .	311
Kapitel IV: Zusammenhang zwischen entschädigungspflichtigem Tatbestand und versicherter Beschäftigung . . . . .	312
§ 1. Unfälle bei versicherten Betrieben oder Tätigkeiten . . . . .	312
§ 2. Unfälle bei häuslichen oder anderen Diensten . . . . .	316

## Zweiter Abschnitt.

**Gegenstand des Entschädigungsanspruchs.**

Kapitel I: Leistungen im Fall der Körperverletzung . . . . .	318
§ 1. Regelleistungen . . . . .	318
§ 2. Ersatzleistungen . . . . .	326
§ 3. Mehrleistungen . . . . .	327
Kapitel II: Leistungen im Fall der Tötung . . . . .	329
§ 1. Regelleistungen . . . . .	330
§ 2. Ersatzleistungen . . . . .	332
§ 3. Mehrleistungen . . . . .	332
Kapitel III: Wegfall der Leistungen . . . . .	333
§ 1. Erlöschen der Entschädigungsansprüche . . . . .	333
§ 2. Verweigerung der Leistung . . . . .	334

## Dritter Abschnitt.

**Schuldner des Entschädigungsanspruchs.**

A. Die Berufsgenossenschaften . . . . .	336
Kapitel I: Verfassung der Berufsgenossenschaften . . . . .	337
§ 1. Umfang . . . . .	337
§ 2. Organe . . . . .	342

	Seite
§ 3. Mitglieder . . . . .	344
§ 4. Errichtung, Änderung, Auflösung . . . . .	345
§ 5. Satzung . . . . .	346
<b>Kapitel II: Verwaltung der Berufsgenossenschaften . . . . .</b>	<b>347</b>
§ 1. Angestellte . . . . .	348
§ 2. Aufbringung der Mittel . . . . .	349
§ 3. Verwaltung der Mittel . . . . .	357
§ 4. Unfallverhütung; Verhängung von Strafen . . . . .	358
<b>B. Kapitel III: Die sonstigen Träger der Versicherung . . . . .</b>	<b>359</b>
§ 1. Reich, Bundesstaat, Gemeinden und Gemeindeverbände . . . . .	360
§ 2. Versicherungsgenossenschaften. . . . .	361
§ 3. Sonstige Schuldner. . . . .	361

#### Vierter Abschnitt.

##### Verwirklichung des Entschädigungsanspruchs.

<b>Kapitel I: Feststellung der Leistungen . . . . .</b>	<b>361</b>
§ 1. Erste Feststellung . . . . .	362
§ 2. Erneute Feststellung . . . . .	365
<b>Kapitel II: Bewirkung der Leistungen . . . . .</b>	<b>366</b>
§ 1. Sachleistungen. . . . .	366
§ 2. Geldleistungen . . . . .	367

#### Fünfter Abschnitt.

##### Verhältnis des Entschädigungsanspruchs zu anderen Ansprüchen.

<b>Kapitel I: Die verschiedenen Ansprüche des Entschädigungs-</b> <b>berechtigten (Außenverhältnis) . . . . .</b>	<b>369</b>
§ 1. Unfallentschädigungsanspruch und andere Ansprüche des sozialen Versicherungsrechts. . . . .	369
§ 2. Unfallentschädigungsanspruch und Armenunterstützung . . . . .	377
§ 3. Unfallentschädigungsanspruch und Entschädigungsansprüche des Privatrechts . . . . .	378
<b>Kapitel II: Die Rechte der Schuldner untereinander (Innenver-</b> <b>hältnis) . . . . .</b>	<b>380</b>
§ 1. Rechte der Versicherungsträger untereinander . . . . .	381
§ 2. Rechte der Versicherungsträger gegen Dritte . . . . .	385
§ 3. Rechte der Armenverbände. . . . .	386
§ 4. Rechte privatrechtlicher Schuldner . . . . .	387

#### Anhang.

<b>Die Unfallfürsorge für Beamte und Personen des Soldatenstandes</b> <b>sowie für Gefangene . . . . .</b>	<b>387</b>
---	------------

#### Fünfter Teil.

##### Der Entschädigungsanspruch im Streitverfahren. (Versicherungsprozeß.)

#### Erster Abschnitt.

##### Die Gerichtsbehörden.

#### Unterabschnitt I.

##### Die Gerichtsbehörden der Arbeiterversicherung.

<b>Kapitel I: Organisation. . . . .</b>	<b>398</b>
§ 1. Versicherungsämter . . . . .	398
§ 2. Oberversicherungsämter . . . . .	402
§ 3. Reichsversicherungsamt und Landesversicherungsämter . . . . .	405

	Seite
Kapitel II: Zuständigkeit. . . . .	411
§ 1. Sachliche Zuständigkeit. . . . .	412
§ 2. Örtliche Zuständigkeit . . . . .	415
Unterabschnitt II.	
Die Gerichtsbehörden der Angestelltenversicherung.	
Kapitel I: Organisation. . . . .	417
§ 1. Rentenausschüsse . . . . .	417
§ 2. Schiedsgerichte . . . . .	420
§ 3. Oberschiedsgericht . . . . .	421
Kapitel II: Zuständigkeit. . . . .	422
§ 1. Sachliche Zuständigkeit. . . . .	422
§ 2. Örtliche Zuständigkeit . . . . .	424
Zweiter Abschnitt.	
Die Parteien.	
Kapitel I: Erforderliche Eigenschaften . . . . .	425
§ 1. Parteifähigkeit. . . . .	425
§ 2. Prozeßfähigkeit . . . . .	426
§ 3. Sachlegitimation . . . . .	427
Kapitel II: Mehrheit von Personen als Partei . . . . .	427
§ 1. Hauptparteien. . . . .	428
§ 2. Nebenparteien . . . . .	429
Kapitel III: Gehilfen der Partei . . . . .	429
§ 1. Bevollmächtigte . . . . .	430
§ 2. Beistände . . . . .	431
Dritter Abschnitt.	
Das Verfahren.	
Kapitel I: Allgemeine Grundsätze des Verfahrens. . . . .	432
§ 1. Grundsatz der Erforschung der materiellen Wahrheit . . . . .	433
§ 2. Grundsatz der Vertrauenswürdigkeit . . . . .	436
Kapitel II: Verfahren in erster Instanz . . . . .	439
§ 1. Einleitung und Vorbereitung . . . . .	440
§ 2. Erhebung des Beweises. . . . .	441
§ 3. Stillstand des Verfahrens . . . . .	442
§ 4. Mündliche Verhandlung . . . . .	444
§ 5. Beratung und Abstimmung . . . . .	446
§ 6. Entscheidung . . . . .	447
Kapitel III: Rechtsmittel. . . . .	456
§ 1. Berufung . . . . .	458
§ 2. Revision und Rekurs . . . . .	459
§ 3. Beschwerde und weitere Beschwerde. . . . .	462
Kapitel IV: Wiederaufnahme des Verfahrens . . . . .	462
§ 1. Nichtigkeitsklage. . . . .	463
§ 2. Restitutionsklage . . . . .	464
§ 3. Verfahren bei Wiederaufnahme . . . . .	465
Kapitel V: Besondere Arten des Verfahrens . . . . .	466
§ 1. Streit mehrerer Versicherungsträger über die Entschädigungs- pflicht . . . . .	466
§ 2. Verteilungsverfahren . . . . .	468
Kapitel VI: Zwangsvollstreckung. . . . .	469
§ 1. Zwangsvollstreckung gegen Versicherungsträger . . . . .	469
§ 2. Zwangsvollstreckung gegen sonstige Verpflichtete . . . . .	470
Statistik . . . . .	471
Sachregister . . . . .	473

## Abkürzungen.

Die in Klammern stehenden Paragraphenzahlen verweisen auf die Paragraphen dieses Buches, die nicht eingeklammerten Paragraphenzahlen je nach der behandelten Materie auf die Paragraphen der Reichsversicherungsordnung oder des Versicherungsgesetzes für Angestellte, die Artikelzahlen auf die Artikel des Einführungsgesetzes zur Reichsversicherungsordnung.

Im einzelnen bedeuten:

- AN. Amtliche Nachrichten des Reichsversicherungsamts.
- AVG. Versicherungsgesetz für Angestellte.
- BGB. Bürgerliches Gesetzbuch.
- OVAO. Verordnung über Geschäftsgang und Verfahren der Oberversicherungsämter vom 24. Dezember 1911.
- RGBl. Reichsgesetzblatt.
- RVAO. Verordnung über Geschäftsgang und Verfahren des Reichsversicherungsamts vom 24. Dezember 1911.
- RVO. Reichsversicherungsordnung.
- VAO. Verordnung über Geschäftsgang und Verfahren der Versicherungsämter vom 24. Dezember 1911.

# Einleitung.

## § 1.

### **Aufgabe und Gegenstand des sozialen Versicherungsrechts.**

Eine grundsätzliche Gleichheit aller Menschen besteht nur auf dem Gebiete der Rechtsordnung, nicht aber auf dem Gebiete der Wirtschafts- und Gesellschaftsordnung, die man zusammenfassend als soziale Ordnung bezeichnet. Auf dem Gebiete der sozialen Ordnung bestehen vielmehr schwerwiegende Unterschiede und Ungleichheiten zwischen den einzelnen, die eine Gliederung aller Menschen in verschiedene soziale (also wirtschaftliche und gesellschaftliche) Gruppen zur Folge haben. Eine soziale Gruppenbildung findet sich fast bei allen Völkern und zu allen Zeiten, und die Geschichte lehrt, daß mit dem Wachsen von Macht und Reichtum des einzelnen Volkes auch die Bildung sozialer Gruppen sich in steigendem Maße entwickelt.

Die Interessen der verschiedenen sozialen Gruppen stehen häufig miteinander im Widerstreit. Je schärfer die einzelnen Gruppen sich voneinander sondern, umso heftiger entbrennen die Gegensätze zwischen ihnen. Wie diese sozialen Gegensätze sich mildern und ausgleichen lassen, ist der Gegenstand der sogenannten sozialen Frage. Eine soziale Frage in diesem Sinne ist kein Produkt der modernen Zeit, sondern sie ist so alt wie die Geschichte der Kulturvölker.

Die soziale Frage ist aber in der modernen Zeit dadurch in ein anderes Stadium eingetreten, daß sich zwei soziale Gruppen in besonderer Schärfe voneinander abge sondert haben, die Gruppe der Arbeiter und die Gruppe der Unternehmer. In der Kulturwelt des Altertums wurden körperliche Arbeiten regelmäßig von unfreien Sklaven ausgeführt. Die Wirtschaft des Mittelalters baute sich vorwiegend auf dem Grund und Boden auf und begünstigte durch die vielfach abgestuften argrarisch-feudalen Leihverhältnisse (Lehen, Dienstlehen, Zinsgut usw.) die Bildung patriarchalischer Zustände zwischen dem Herrn und seinen Leuten. Erst mit dem Aufkommen einer größeren Industrie entwickelte sich ein neuer Stand der freien gewerblichen Arbeiter.

Es ist bekannt, in welcher Notlage sich der Arbeiterstand bei seinem Eintritt in die Wirtschaftsgeschichte befand. Schlechte Löhne bei übermäßig langer Arbeitszeit, weitgehende Verwendung von Frauen und Kindern bei der Arbeit, mangelhafte Vorkehrungen gegen die mit der Arbeit verbundenen Gefahren und völlige Mittellosigkeit bei Krankheit und Unglücksfällen auf Seiten der Arbeiter, die Anhäufung größerer



Reichtümer und gesteigertes Wohlleben auf Seiten der Unternehmer führten schließlich zu unerträglichen Gegensätzen zwischen beiden sozialen Gruppen. So trat aus der gesamten sozialen Frage immer dringender die besondere Arbeiterfrage hervor, in so überragender Bedeutung, daß die Arbeiterfrage, die nur ein Teil der gesamten sozialen Frage ist, heute meist schlechthin als „die soziale Frage“ bezeichnet wird: Wie konnten diese Gegensätze ausgeglichen, wie konnte den Arbeitern ein menschenwürdiger Anteil an den Gütern der Kultur, körperliche Unversehrtheit, wirtschaftliche Daseinsmöglichkeit, geistige und sittliche Bildung gewährleistet werden?

Alle Tätigkeit, die darauf abzielt, auf den Gebieten der sozialen Gegensätze helfend und fördernd, sozusagen entspannend, einzugreifen, nennt man Sozialpolitik. Sie ist diejenige Politik, die sich mit der Lösung der sozialen Frage befaßt<sup>1)</sup>.

Schon frühzeitig erkannte man, daß die private Tätigkeit einzelner hier nicht ausreicht, und daß darum dem Staate selbst, der organisierten Gesamtheit, die Pflicht zum Eingreifen obliegt.

Ein staatliches Eingreifen lag am nächsten auf dem Gebiete der staatlichen Verwaltung: Auf dem Gebiete der Armen- und Krankenpflege, der Wohnungsfürsorge, der Schule usw. wurde und wird der Versuch unternommen, die Lage der arbeitenden Klassen zu heben und so einen Ausgleich der Gegensätze herbeizuführen.

Aber die Sozialpolitik ist bei der staatlichen Verwaltungstätigkeit nicht stehen geblieben, sondern sie hat in immer steigendem Maße auch die gewichtigste aller staatlichen Tätigkeiten, die Gesetzgebung ergriffen. Und so besteht heute als das bedeutsamste Ergebnis, als der wichtigste Niederschlag der Sozialpolitik ein weitverzweigtes soziales Recht.

Noch ist dieses Recht erst in der Entwicklung begriffen, noch werden immer neue Gebiete, welche die soziale Lage des Arbeiters zum Gegenstande haben, der gesetzlichen Regelung unterworfen. Aber auf zwei Teilgebieten aus dem großen Kreise des sozialen Rechts ist die gesetzliche Regelung schon soweit gediehen, daß sie den Rang selbständiger Rechtsdisziplinen beanspruchen kann, auf den Gebieten des Arbeiterschutzes und der Arbeiterversicherung.

Beide Gebiete enthalten eine Summe von Rechtssätzen im technischen Sinne dieses Wortes. Die Arbeiterschutzgesetzgebung will vorbeugend den Arbeiter vor Gefahren und Schäden behüten, die Arbeiterversicherung will, wenn ein Schaden eingetreten ist, seine Folgen beseitigen oder mildern; die Arbeiterschutzgesetzgebung will schadenwendend, die Arbeiterversicherung will schadenheilend wirken.

Zwar sind beide Grundsätze nicht stets in voller Schärfe von einander zu trennen, zwar hat die Arbeiterschutzgesetzgebung auch

---

<sup>1)</sup> Neben diesem Begriff der praktischen Sozialpolitik bezeichnet man mit dem gleichen Namen die wissenschaftliche Lehre darüber, in welcher Weise jene praktische Tätigkeit am zweckmäßigsten zu gestalten ist.

schadenheilende Funktionen übernommen, hat die Arbeiterversicherung sich bisweilen einer schadenwendenden Tätigkeit zugewandt. Im wesentlichen sind aber beide Gebiete in der gesetzestechnischen Durchführung voneinander gesondert und in verschiedenen Gesetzen geregelt. Die Arbeiterschutzgesetzgebung findet sich zur Zeit außer in der Reichsgewerbeordnung noch in einer größeren Reihe von Einzelgesetzen und Verordnungen verstreut, die insbesondere die Hausarbeit, die Kinderarbeit, die Sonntagsruhe usw. zum Gegenstande haben. Das Arbeiterversicherungsrecht dagegen, das bisher ebenfalls in einer Anzahl einzelner Gesetze geregelt war, ist nunmehr in seinem weitaus überwiegenden Teil in einem einheitlichen Gesetzeswerk, der Reichsversicherungsordnung, und ihrer Ergänzung, dem Versicherungsgesetz für Angestellte, vereinigt

Als ein Mittel zur Lösung der sozialen Arbeiterfrage geschaffen, hat dieses Recht im Laufe der Jahre die Fesseln dieser sozialen Sonderfrage abgestreift und will nunmehr, über die ursprünglich ihm zugewiesenen Kreise der Arbeiter und Unternehmer hinausgreifend, die Gegensätze auch anderer sozialer Gruppen auf dem Boden rechtlicher Gestaltung mildern und ausgleichen. So ist es aus einem Arbeiterversicherungsrecht zu einem sozialen Versicherungsrecht geworden. Aus dem großen Gebiete der sozialen Frage hat es die Fälle zum Gegenstande, in welchen durch den unvorhergesehenen und meist unverschuldeten Eintritt eines Schadens, insbesondere durch Krankheit, Invalidität, Tod des Ernährers und Unfälle, die wirtschaftliche Existenz des Betroffenen bedroht erscheint. Hier will das soziale Versicherungsrecht helfend eingreifen, indem es dem Betroffenen ein **Recht auf Entschädigung** verleiht. Die rechtliche Ausgestaltung dieses Entschädigungsanspruches nach Voraussetzung, Inhalt und Durchführung bildet den Gegenstand des sozialen Versicherungsrechts.

## § 2.

### Geschichtliche Entwicklung.

#### I. Früherer Rechtszustand.

Bevor die sozialen Versicherungsgesetze ergingen, also bis zum Beginn der achtziger Jahre des vorigen Jahrhunderts, gab es im wesentlichen drei Formen einer Fürsorge für die arbeitenden Klassen:

- A. Eine Fürsorge des Arbeitgebers;
- B. Eine genossenschaftliche Fürsorge durch die Beteiligten selbst;
- C. Eine Fürsorge durch öffentliche Verbände.

Zu A: Eine Fürsorgepflicht des Arbeitgebers bestand auf Grund des Privatrechts insbesondere für den Dienstherrn gegenüber dem Gesinde, für den Rheeder gegenüber der Schiffsmannschaft, für den Prinzipal gegenüber den Handlungsgehilfen und für den Unternehmer von Eisenbahnen und anderen gefährlichen Betrieben gegenüber den bei dem Betriebe verletzten Personen. Die letztgenannte Fürsorge, die auf dem Reichshaftpflichtgesetz

vom 7. Juni 1871 beruhte, enthielt bei Körperverletzung und Tötung eine Haftpflicht des Unternehmers. Diese Haftpflicht sollte im Eisenbahnbetrieb bei allen nicht durch höhere Gewalt oder eigenes Verschulden des Betroffenen herbeigeführten Unfällen, in anderen Betrieben bei solchen Unfällen eintreten, die auf ein Verschulden bestimmter mit der Aufsicht betrauter Personen zurückzuführen waren.

Zu B. Eine genossenschaftliche Fürsorge leisteten insbesondere die Knappschaftsvereine, die Hilfskassen und die Innungs-krankenkassen.

1. Die Knappschaftsvereine sind landesrechtlich geregelte zwangsweise Vereinigungen der Bergarbeiter, die bis in das Mittelalter zurückreichen, unter gesetzlich geordneter Beitragspflicht der Unternehmer und Arbeiter. Sie gewährten ihren Mitgliedern meist bei Krankheit, Invalidität und Tod des Ernährers eine Geldunterstützung, bei Krankheit auch freie Kur und Arznei.
2. Die Hilfskassen sind freiwillige Kasseneinrichtungen der Arbeitnehmer<sup>1)</sup>; für Fabrikarbeiter, Gesellen und Gehilfen konnte der Beitritt durch Ortstatut sogar obligatorisch gemacht werden. Sie gewährten ihren Mitgliedern im Falle der Krankheit ärztliche Behandlung und Geldunterstützung.
3. Die Innungskrankenkassen sind Einrichtungen der Innungen, also einer Vereinigung der Arbeitgeber. Sie konnten außer ihren Mitgliedern auch Gesellen und Lehrlingen bei Krankheit, Tod, Arbeitsunfähigkeit oder sonstiger Bedürftigkeit eine Unterstützung gewähren. Ihre Verhältnisse waren in der Gewerbeordnung geregelt

Zu C: Eine Fürsorge seitens öffentlicher Verbände bestand lediglich in der Form der Armenunterstützung; nur in den drei süddeutschen Staaten war eine Krankenfürsorge der Gemeinden gegen Beitragserhebung ausgebildet.

## II. Die Kaiserliche Botschaft.

Alle diese Einrichtungen sozialer Fürsorge waren unzulänglich. Sie waren auf einen nur kleinen Kreis von Personen beschränkt und nur für einzelne Fälle einer wirtschaftlichen Notlage geschaffen. Die Hilfskassen, die man mit einer gewissen Hoffnung begrüßt hatte, zeigten nur geringe Entwicklungsfähigkeit. Die öffentliche Armenunterstützung reichte nicht nur hinsichtlich der Höhe der gewährten Leistungen in keiner Weise aus, sondern setzte den Empfänger durch die Form des Almosens, die ihren Leistungen anhaftete, und die damit verbundene Minderung politischer Rechte in der öffentlichen Achtung herab. Das einzige etwas aussichtsvollere Rechtsgebilde, die Haftpflicht der

<sup>1)</sup> Sie erlangten Rechtsfähigkeit, wenn sie bestimmte Normativbestimmungen erfüllten. Dann hießen sie eingeschriebene Hilfskassen (Gesetz vom 7. April 1876). Andernfalls wurden sie als freie Hilfskassen bezeichnet.

Unternehmer bei Betriebsunfällen, krankte außer an der prozessualen Schwierigkeit des dem Verletzten regelmäßig<sup>1)</sup> obliegenden Schuldbeweises vor allem an der häufig mangelnden Leistungsfähigkeit des einzelnen Schadensersatzpflichtigen Unternehmers.

Hier griffen die sozialen Versicherungsgesetze ein. Sie wurden durch die Kaiserliche Botschaft vom 17. November 1881 eingeleitet: Erweiterung der Fürsorge auf alle arbeitenden Klassen bei Krankheit, Unfällen, Invalidität und Alter, Sicherung der zu gewährenden Leistungen durch Einführung staatlichen Zwanges an Stelle freiwilligen Beitritts<sup>2)</sup> und durch Schaffung wirtschaftlich leistungsfähiger korporativer Genossenschaften unter staatlicher Aufsicht als Schuldner jener Leistungen, vor allem aber die Anerkennung eines gesetzlichen Rechtes auf Entschädigung; diese Grundsätze sind in jener denkwürdigen Kaiserlichen Botschaft zum ersten Male ausgesprochen, und sie sind die rechtlichen und wirtschaftlichen Grundpfeiler des sozialen Versicherungsrechts geworden.

Da es im Deutschen Reiche wie in den anderen europäischen und außereuropäischen Staaten an irgend einem Vorbilde für ein solches Recht fehlte, so bedurfte es einer völligen Neuschaffung. Unter dem Namen einer „Versicherung“ wurde das neue Recht geschaffen. Von Anbeginn an wurden drei Zweige dieser Versicherung unterschieden, je nach dem Tatbestande, an welchen die Entstehung eines Entschädigungsanspruchs geknüpft sein sollte, die Krankenversicherung, die Unfallversicherung und die Invalidenversicherung.

Die Krankenversicherung knüpft in ihrem geschichtlichen Ursprung an die Gestaltung der Knappschaftsvereine und Hilfskassen an, indem sie durch Kasseneinrichtungen mit Zwangsbeitritt im Falle einer Krankheit ärztliche Behandlung und Geldunterstützung gewährt. Die Unfallversicherung ist eine großzügige Erweiterung der alten Haftpflicht, die nunmehr nicht wie früher den einzelnen Unternehmern, sondern ihrer genossenschaftlich organisierten Gesamtheit auferlegt ist. Die Invalidenversicherung endlich, eine Neuschöpfung im eigentlichen Sinne, gewährt Geldunterstützung bei erheblicher Beschränkung der Erwerbsfähigkeit infolge dauernder körperlicher Beeinträchtigung und Alter. Ihr ist als jüngster Zweig der Versicherung die Hinterbliebenenversicherung angegliedert, die den Witwen und Waisen im Falle des Todes des Ernähers eine Geldunterstützung gewährleistet.

Geschichtlich auf verschiedener Grundlage erwachsen, sind diese drei Zweige der Versicherung nicht nur in verschiedenen Gesetzen geregelt, sondern auch in ihrem inneren Ausbau verschieden gestaltet worden und haben ihre Selbständigkeit bis zum heutigen Tage bewahrt.

<sup>1)</sup> Ausnahme bei Unfällen im Eisenbahnbetriebe.

<sup>2)</sup> Ob die Zwangsversicherung oder die freiwillige Versicherung den Vorzug verdient, ist eine viel umstrittene Frage. Die Gesetzgebung der außerdeutschen Staaten folgt in wachsendem Maße dem deutschen Vorbild der Zwangsversicherung, neben der die freiwillige Versicherung von „versicherungsberechtigten“ Personen nur eine untergeordnete Bedeutung hat.

Alle drei Zweige des sozialen Versicherungsrechts zeigen indessen eine ähnliche äußere Entwicklung, die sich in drei Perioden zerlegen läßt. Die erste Periode ist die der gesetzlichen Grundlegung, in der zweiten Periode sind die grundlegenden Gesetze mit Rücksicht auf die in der Praxis hervorgetretenen Mängel einer Revision und Neufassung unterzogen worden, die dritte Periode bringt unter Wahrung der Selbständigkeit der einzelnen Versicherungszweige ihre Zusammenfassung zu einem einheitlichen Ganzen.

### III. Die grundlegenden Gesetze.

- A. Der erste Versuch einer gesetzlichen Regelung wurde auf dem Gebiet der Unfallversicherung gemacht. Indessen scheiterten die beiden ersten Entwürfe im Reichstag<sup>1)</sup>, und erst unter dem 6. Juli 1884 konnte das erste Unfallversicherungsgesetz verkündet werden. Danach erhielten die in bestimmten gewerblichen Betrieben beschäftigten Arbeiter bei Betriebsunfällen Krankenbehandlung und Rente. Zu diesem Zwecke wurden die Unternehmer dieser Betriebe nach bestimmten Bezirken und Berufszweigen zu „Berufsgenossenschaften“ organisiert, denen die Aufbringung der Mittel oblag. Als höchste Instanz in Verwaltung und Rechtsprechung wurde eine besondere Reichsbehörde, das Reichsversicherungsamt in Berlin, errichtet<sup>2)</sup>.

In den folgenden Jahren wurde die Unfallversicherung auf immer weitere Betriebe ausgedehnt, vor allem auf die Land- und Forstwirtschaft, die nicht gewerblichen Bauarbeiten („Regiebauarbeiten“) und die Seefahrt<sup>3)</sup>.

---

<sup>1)</sup> Der erste Entwurf vom Jahre 1881 sah eine öffentlichrechtliche Kollektivversicherung bei einem Monopolversicherungsinstitut (einer „Reichsversicherungsanstalt“) gegen feste Prämien vor, die von den Unternehmern, den Versicherten und dem Reich aufzubringen waren.

Der zweite Entwurf wollte die Lasten zu 25 % dem Reich, zu 75 % den Unternehmern auferlegen und die letzteren zu diesem Zwecke auf der Grundlage von Gefahrklassen genossenschaftlich organisieren.

<sup>2)</sup> Erster Präsident des Reichsversicherungsamts wurde Dr. Bödiker, unter dessen Leitung die deutsche soziale Versicherung eine Ausgestaltung erfuhr, die im Inland und Ausland als vorbildlich bezeichnet wird. Ihm folgte im Jahre 1897 Präsident Gaebel, diesem im Jahre 1906 der jetzige Präsident des Reichsversicherungsamts Dr. Kaufmann.

<sup>3)</sup> Das sogen. „Ausdehnungsgesetz“ vom 28. Mai 1885 unterstellte insbesondere das Transportgewerbe sowie eine Reihe von Reichs- und Staatsbetrieben der Versicherung. Das Gesetz betreffend die Unfallversicherung in land- und forstwirtschaftlichen Betrieben datiert vom 5. Mai 1886, das Bauunfallversicherungsgesetz vom 11. Juli 1887, das Seeunfallversicherungsgesetz vom 13. Juli 1887. Im Gegensatz zu dem landwirtschaftlichen und dem Seeunfallversicherungsgesetz ist das Bauunfallversicherungsgesetz keine Kodifikation, sondern in der äußeren Form lediglich eine ergänzende Novelle zum gewerblichen Unfallversicherungsgesetz. Zu erwähnen ist ferner noch das Gesetz betreffend die Fürsorge für Beamte und Personen des Soldatenstandes infolge von Betriebsunfällen vom 15. März 1886.

B. Noch ehe auf dem Gebiet der Unfallversicherung die Entwürfe Gesetz geworden waren, kam das Krankenversicherungsgesetz vom 15. Juni 1883 zustande. Die Mehrzahl der gewerblichen Arbeiter wurde dem Versicherungszwang unterworfen, bestimmten anderen Personengruppen das Recht zum freiwilligen Beitritt eingeräumt. Die Versicherten wurden in rechtsfähige Krankenkassen zusammengefaßt, die entweder als Ortskrankenkassen für bestimmte Erwerbsgruppen und Berufszweige einer Gemeinde oder als Betriebskrankenkassen für die Versicherten eines bestimmten Betriebes oder als Baukrankenkassen für die in größeren Baubetrieben Beschäftigten errichtet wurden. Die Krankenkassen der Knappschaftsvereine und Innungen blieben bestehen. Als subsidiäre, beim Fehlen einer anderen Kasse eintretende Einrichtung wurde die Gemeindekrankenversicherung vorgesehen. Die eingeschriebenen Hilfskassen wurden in der Weise eingegliedert, daß ihre Mitglieder bei Gleichwertigkeit der Leistungen von der Zugehörigkeit zu den gesetzlichen Kassen befreit waren.

An Leistungen gewährte die Krankenversicherung ärztliche Behandlung und Arznei und ein nach dem Arbeitsverdienst bemessenes Krankengeld auf die Dauer von 13 Wochen, ferner Wöchnerinnenunterstützung und ein Sterbegeld. Die Mittel wurden durch Beiträge, und zwar zu  $\frac{1}{3}$  von den Arbeitgebern, zu  $\frac{2}{3}$  von den Versicherten aufgebracht. Den Arbeitgebern war die Verauslagung der Beiträge für ihre Arbeiter sowie deren An- und Abmeldung zur Pflicht gemacht.

C. Als dritter Zweig der sozialen Versicherung wurde die Invalidenversicherung durch das Gesetz, betreffend die Invaliditäts- und Altersversicherung vom 22. Juni 1889 geschaffen. Sie trat bei dauernder Erwerbsunfähigkeit und bei Erreichung des 70. Lebensjahres in Form einer Rentenzahlung ein. Versicherungspflichtig wurden fast alle Klassen der gegen Lohn arbeitenden Bevölkerung; eine freiwillige Versicherung war für Kleinunternehmer und Hausgewerbetreibende vorgesehen. Zur Bemessung der Höhe der Rente und der Beiträge wurden 4 Lohnklassen gebildet. Die Beiträge wurden zur Hälfte vom Arbeitgeber, zur anderen Hälfte vom Arbeitnehmer aufgebracht, und zwar durch Einkleben von besonderen bei der Post käuflichen Beitragsmarken in Versicherungskarten. Zu jeder Rente gewährte das Reich einen Zuschuß. Als Träger der Versicherung wurden Landesversicherungsanstalten mit juristischer Persönlichkeit und örtlich abgegrenzter Zuständigkeit geschaffen. Die Aufsicht und Rechtsprechung in höchster Instanz wurde dem Reichsversicherungsamt übertragen.

#### IV. Die Revisionsgesetzgebung.

Schon bald stellte sich das Bedürfnis einer Revision der grundlegenden Gesetze heraus.

- A. Den Anfang machte die Krankenversicherung: In 3 Novellen vom 10. April 1892, 30. Juni 1900, und 25. Mai 1903 wurde der Kreis der Versicherten erheblich erweitert und das Maß der zu gewährenden Leistungen erhöht, insbesondere durch Ausdehnung der Unterstützungsdauer von 13 auf 26 Wochen.
- B. Es folgte eine Revision der Invalidenversicherung in dem Invalidenversicherungsgesetz vom 13. Juli 1899. Auch hier wurde der Kreis der versicherten Personen erweitert, ferner im Interesse der höher gelohnten Versicherten eine fünfte Lohnklasse hinzugefügt und die versicherungstechnische Ausgestaltung im einzelnen in wesentlichen Punkten vereinfacht.
- C. Der Abschluß der Revisionsgesetzgebung erfolgte auf dem Gebiet der Unfallversicherung in fünf neuen Gesetzen vom 30. Juni 1900 (Gesetz betr. die Abänderung der Unfallversicherungsgesetze, meist Haupt- oder Mantelgesetz genannt, Gewerbe-Unfallversicherungsgesetz, Unfallversicherungsgesetz für Land- und Forstwirtschaft, Bau-Unfallversicherungsgesetz und See-Unfallversicherungsgesetz). Die Änderungen liegen insbesondere auf den Gebieten der Organisation, der Ausdehnung der Versicherung auf weitere Betriebe und der Erweiterung der Leistungen. Ferner ist durch zwei besondere Reichsgesetze vom 18. Juni 1901 bzw. 30. Juni 1900 die Unfallfürsorge für Beamte und Personen des Soldatenstandes sowie für Gefangene geregelt bzw. neu geregelt<sup>1)</sup>.

### V. Neue Reformbestrebungen.

Die Reformbestrebungen waren mit der Revisionsgesetzgebung nicht zum Abschluß gelangt. Einmal wünschte man die bestehende Versicherung sowohl hinsichtlich des Kreises der versicherten Personen wie hinsichtlich des Maßes der Leistungen weiter auszubauen. Ferner wurden von vielen Seiten Vorwürfe gegen einzelne Teile der Organisation, hauptsächlich gegen die Verwaltung der Krankenkassen erhoben. Eine Ergänzung der Versicherung durch Einführung eines neuen Zweiges, der im Falle des Todes des Ernährers eintretenden Hinterbliebenenversicherung<sup>2)</sup>, war schon im § 15 des Zolltarifgesetzes vom 25. Dezember 1902 vorgesehen und wurde allgemein als unabweisbares Bedürfnis anerkannt. Immer dringender verlangte endlich die soziale Klasse der Privatbeamten eine der Arbeiterversicherung entsprechende Einrichtung.

Vor allem aber galten die Reformvorschläge einer Verschmelzung der einzelnen Versicherungszweige zu einem einheitlichen Ganzen.

<sup>1)</sup> Vgl. oben S. 6 Anm. 3. Diese beiden Gesetze gelten auch jetzt noch fort.

<sup>2)</sup> Für ein begrenztes Gebiet, nämlich für die Hinterbliebenen der Seeleute, bestand bereits eine Witwen- und Waisenversicherung auf Grund der §§ 11—13 des Invalidenversicherungsgesetzes in der seit dem 1. Januar 1907 bestehenden Invaliden-, Witwen- und Waisenversicherungskasse der Seerberufsgenossenschaft.

Die einen befürworteten die Vereinigung der Kranken- und Invalidenversicherung als innerlich zusammengehöriger Materien, andere die Vereinigung der Invaliden- und Unfallversicherung, weil diese beiden Versicherungszweige im Gegensatz zur Krankenversicherung dauernde Leistungen gewährten, wieder andere hielten sogar die Vereinigung der gesamten Versicherung auf einheitlicher Grundlage für möglich und zweckmäßig. Während manche diese Vereinheitlichung der gesamten Versicherung durch einen Ausbau der Invaliden- und Hinterbliebenen-Versicherung auch auf die Privatbeamten erstrecken wollten, befürworteten andere wiederum für die Privatbeamten eine selbständige Sondernversicherung.

Den vorläufigen gesetzgeberischen Abschluß<sup>1)</sup> aller dieser Bestrebungen bilden zwei umfangreiche Gesetzeswerke, die Reichsversicherungsordnung (RVO.) und das Versicherungsgesetz für Angestellte (AVG.). Die RVO. enthält die sog. „Arbeiterversicherung“ und zwar Kranken-, Unfall-, Invaliden- und Hinterbliebenen-Versicherung. Das AVG. enthält die sog. „Angestelltenversicherung“ oder „Mittelstandsversicherung“ und zwar lediglich eine Invaliden- und Hinterbliebenen-Versicherung<sup>2)</sup>. Beide Arten der Versicherung stehen unabhängig nebeneinander, so daß ein- und dieselbe Person beiden Versicherungen unterstehen kann. Entstehungsgeschichte und System dieser beiden großen Gesetze sind nunmehr in den folgenden Paragraphen näher zu behandeln.

### § 3.

## Die Reichsversicherungsordnung.

### I. Entstehungsgeschichte.

Die Reichsversicherungsordnung hat erst nach jahrelangen mühsamen Arbeiten der Regierung und des Reichstages ihre endgültige Gestalt erhalten<sup>3)</sup>. Sie bringt gegenüber dem bisherigen Recht an wich-

<sup>1)</sup> Von vielen Seiten wird eine weitere Ergänzung der sozialen Versicherung durch Einführung einer Versicherung gegen Arbeitslosigkeit angeregt. Die neueste englische Gesetzgebung sieht eine derartige Versicherung vor.

<sup>2)</sup> Für die Angestellten besteht also, soweit sie nicht unter die Arbeiterversicherung fallen, eine Kranken- und Unfallversicherung nicht.

<sup>3)</sup> Die wichtigsten Abschnitte aus der Entstehungsgeschichte sind folgende:

- a) Das neue Gesetzgebungswerk wurde durch die Aufstellung von „Grundzügen für die Abänderung der Organisation, des Verfahrens und des Instanzenzuges im Arbeiterversicherungsverfahren“ im Jahre 1908 durch das Reichsamt des Innern eingeleitet. An Neuerungen wurde hier insbesondere vorgesehen, die Beiträge zur Krankenversicherung an Stelle der bisherigen Drittelung je zur Hälfte den Arbeitgebern und Versicherten aufzuerlegen, die Feststellung der Entschädigungen in erster Instanz in allen Fällen den neu zu bildenden Versicherungsämtern zu übertragen, den Instanzenzug einheitlich zu regeln und die dritte Instanz für alle Zweige der Versicherung auf eine Revision zu beschränken. Diese Grundzüge wurden vielfach in Presse und Versammlungen besprochen. Auch wurde den Beteiligten Gelegenheit gegeben, in Konferenzen zu den einzelnen Fragen Stellung zu nehmen.



tigsten Neuerungen die Neueinführung der Hinterbliebenenversicherung, die Ausdehnung der Krankenversicherung auf die Dienstboten und die land- und forstwirtschaftlichen Arbeiter, eine einheitliche Organisation der Versicherungsbehörden in drei Instanzen für das Gebiet der gesamten Arbeiterversicherung (Versicherungsamt, Oberversicherungsamt, Reichsversicherungsamt) und einschneidende Änderungen im Verfahren.

Wenn auch zahlreiche ihrer Bestimmungen auf Kompromisse zwischen der Regierung und den Parteien zurückzuführen sind und daher manche Wünsche sowohl der verbündeten Regierungen wie der einzelnen Parteien ganz oder teilweise unerfüllt bleiben mußten, so ist das Gesetzeswerk im ganzen doch fast allseitig im Inland wie im Ausland als ein gewaltiger Fortschritt auf dem Gebiet der sozialpolitischen Gesetzgebung in sozialer wie in gesetzestechnischer Beziehung begrüßt worden

Die Reichsversicherungsordnung wurde nebst einem Einführungsgesetz am 19. Juli 1911 vom Kaiser vollzogen und am 1. August 1911 im Reichsgesetzblatt verkündet.

Der Tag des Inkrafttretens der Reichsversicherungsordnung ist für die einzelnen Teile des Gesetzes ein verschiedener: Die Invaliden-

- b) Im Januar 1909 waren die Vorarbeiten bis zum Entwurf einer einheitlichen Reichsversicherungsordnung gediehen. In etwas abgeänderter Form wurde dieser Entwurf nebst den wichtigsten Abschnitten aus der Begründung im April 1909 dem Bundesrat vorgelegt und gleichzeitig veröffentlicht.

Nachdem sich die Kritik eingehend mit dem Entwurf beschäftigt hatte, wurde im März 1910 ein abgeänderter Entwurf mit 1754 Paragraphen nobst einer ausführlichen Begründung dem Reichstag vorgelegt.

- c) Der Entwurf verzichtete auf eine wirkliche Verschmelzung der verschiedenen Versicherungszweige, sondern faßte sie nur in einem äußeren Rahmen zusammen. Doch war eine einheitliche Organisation der Versicherungsbehörden und ein wenigstens teilweise einheitliches Verfahren für alle Zweige der Versicherung vorgesehen. An wichtigsten Neuerungen brachte der Entwurf außer der Einführung der Hinterbliebenenversicherung, die der Invalidenversicherung angegliedert wurde, insbesondere folgende Vorschläge:

Als örtlicher gemeinsamer Unterbau der gesamten Versicherung wurden Versicherungsämter, über ihnen als zweite Instanz Oberversicherungsämter vorgesehen. Das Reichsversicherungsamt sollte für die gesamte Versicherung, also auch für die ihm bisher nicht unterstehende Krankenversicherung, die oberste Instanz bilden, jedoch vielfach nur neben den mit weitgehender Zuständigkeit ausgestatteten Landesversicherungsämtern der einzelnen Bundesstaaten. Die Krankenversicherung wurde entsprechend der Invalidenversicherung auf alle unselbständig arbeitenden Personen, insbesondere auf die land- und forstwirtschaftlichen Arbeiter und die Dienstboten, sowie auf die Hausgewerbetreibenden ausgedehnt; ihre Leistungen sollten weiter ausgebaut werden. In der Organisation der Krankenkassen wurde eine größere Zentralisation angestrebt, die Gemeindecrankenversicherung sollte beseitigt werden, für die neu der Versicherung unterstellten Personen wurden Landkrankenkassen vorgesehen, an Stelle der Drittelung der Beiträge und des Stimmrechts unter die Arbeitgeber und Versicherten wurde eine Halbierung vorgeschlagen. In der Unfallversicherung wurde der Kreis der versicherten Personen sowie das Maß der Leistungen erweitert. In der Invalidenversicherung sollten wegen der Einführung neuer Leistungen die Beiträge erhöht werden. Das Verhältnis der verschiedenen Versicherungsträger zueinander

und Hinterbliebenenversicherung nebst den zu ihrer Durchführung erforderlichen Vorschriften ist am 1. Januar 1912 in Kraft getreten, Art. 2; die zur Durchführung der Reichsversicherungsordnung erforderlichen Maßregeln sind sofort in Kraft getreten, Art. 1; die Tage, mit denen die übrigen Vorschriften der Reichsversicherungsordnung in Kraft treten, werden durch Kaiserliche Verordnung mit Zustimmung des Bundesrats festgesetzt, Art. 4<sup>1)</sup>.

## II. System.

Die Reichsversicherungsordnung enthält in 6 Büchern mit insgesamt 1805 Paragraphen den weitaus überwiegenden Teil des geltenden sozialen Versicherungsrechts. Die Bücher 1, 5 und 6 gelten für alle Versicherungszweige, die Bücher 2, 3 und 4 enthalten das Sonderrecht der Krankenversicherung (Buch 2), Unfallversicherung (Buch 3) und Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung (Buch 4). Die Unfallversicherung ist gesondert nach den Zweigen der gewerblichen-, landwirtschaftlichen- und Seeunfallversicherung behandelt.

Von den für alle Versicherungszweige gemeinsam geltenden Büchern 1, 5 und 6 enthält das erste Buch („Gemeinsame Vorschriften“) neben

war klarer gestaltet. Für das Verfahren war neben zahlreichen Neuerungen in einzelnen insbesondere neben dem Spruchverfahren ein Beschlußverfahren vorgesehen.

- d) Die erste Lesung dieses Entwurfs im Reichstage fand vom 18.—20. April 1910 statt. Der Entwurf wurde einer Kommission von 28 Mitgliedern überwiesen, die sich eingehend damit beschäftigte und weitgehende Abänderungen vornahm. Vor allem über die Fragen der Ausgestaltung der Krankenkassen und der Regelung des Verhältnisses zwischen Ärzten und Kassen gingen die Ansichten vielfach auseinander. Die Beratungen der Kommission währten ein volles Jahr; das Ergebnis wurde in einem umfangreichen Bericht niedergelegt.

Gegenüber dem Entwurf hat die Kommission vor allem folgende Änderungen vorgenommen: An Stelle der Errichtung selbständiger Versicherungsämter wurden im Interesse der Kostenersparnis lediglich besondere Abteilungen der unteren Verwaltungsbehörden als Versicherungsämter vorgesehen. Die Zuständigkeit der Landesversicherungsämter wurde eingeschränkt. In den Krankenkassen wurde die bisherige Drittelung der Beiträge beibehalten. Neben dem Unfall wurden unter gewissen Voraussetzungen auch Gewerbekrankheiten als Grundlage eines Entschädigungsanspruchs anerkannt. Das Verfahren wurde, hauptsächlich in Unfallsachen, vielfach abgeändert, insbesondere wurde an Stelle der vorgeschlagenen Einführung der Revision in Unfallsachen der Rekurs beibehalten, der nicht nur eine rechtliche, sondern auch eine tatsächliche Nachprüfung des einzelnen Falles ermöglicht.

Die zweite Lesung im Plenum des Reichstags dauerte vom 5.—22. Mai, die dritte Lesung vom 26.—30. Mai 1911. Die wichtigste Änderung, die das Plenum des Reichstags gegenüber den Kommissionsbeschlüssen vornahm, bestand in der Erhöhung der Grenze der Versicherungspflicht für Betriebsbeamte und Handlungsgehilfen in der Krankenversicherung von 2000 M auf 2500 M. Die Annahme des Gesetzes erfolgte mit 232 gegen 58 Stimmen bei 15 Stimmenthaltungen.

<sup>1)</sup> Die Unfallversicherung wird voraussichtlich am 1. Januar 1913, die Krankenversicherung jedenfalls nicht vor dem 1. Juli 1913, vielleicht erst am 1. Januar 1914 in Kraft treten. Doch sind einige wichtige Vorschriften über die Angestellten von Krankenkassen sofort in Kraft getreten, Art. 38.

einigen Bestimmungen für alle Versicherungszweige sowie einigen innerlich nicht zusammenhängenden Begriffsbestimmungen hauptsächlich die Organisation der Versicherungsbehörden. Das fünfte, nur aus 44 Paragraphen bestehende Buch regelt die Beziehungen der Versicherungsträger zueinander und zu anderen Verpflichteten, das 6. Buch das Verfahren.

Die Bücher zerfallen in Abschnitte, diese in Paragraphen. Nur das 3. Buch weist entsprechend den 3 verschiedenen Zweigen der Unfallversicherung eine weitere Einteilung in 3 Teile auf, und auch das 6. Buch enthält noch eine besondere Gliederung nach den verschiedenen Materien des Verfahrens.

Das Einführungsgesetz besteht aus 104 Artikeln und zerfällt in 2 Abschnitte, von denen der erste in 7 Unterabteilungen das Übergangsrecht, der zweite den Einfluß der Reichsversicherungsordnung auf andere Gesetze enthält.

#### § 4.

### Das Versicherungsgesetz für Angestellte.

#### I. Entstehungsgeschichte.

Das Versicherungsgesetz für Angestellte hat im wesentlichen die Gestalt erhalten, die der Regierungsentwurf vorsah<sup>1)</sup>. Es ordnet die Angestelltenversicherung als eine neben der Arbeiterversicherung stehende Sonderversicherung des Mittelstandes für die Fälle

<sup>1)</sup> Die erste praktische Inangriffnahme einer gesetzlichen Regelung einer Versicherung der sogen. Privatbeamten begann im Jahre 1903 durch die Vornahme umfassender statistischer Erhebungen, welche von den Organisationen der Privatbeamten veranstaltet wurden. Das Ergebnis dieser Erhebungen wurde vom Reichsamt des Innern in einer Denkschrift verarbeitet, welche im März 1907 dem Reichstag vorgelegt wurde. Dabei wurde von dem Wunsche der Privatbeamten ausgegangen, Leistungen in Höhe der Pension der staatlichen Beamten zu erhalten, und es wurden die Kosten einer solchen Versicherung auf 19 % des Jahresgehalts der Angestellten berechnet.

Da eine Versicherung mit so hohen Beiträgen undurchführbar war, so wurde eine zweite Denkschrift im Juli 1908 vom Reichsamt des Innern dem Reichstage vorgelegt, in welcher die Kosten einer Versicherung auf nur 8 % des Jahreseinkommens veranschlagt waren. Entschädigungsleistungen waren für die Fälle der Invalidität, des Alters und des Todes des Ernährers vorgesehen. Die Versicherung sollte als Sonderversicherung neben der Arbeiterversicherung bestehen und mit Hilfe einer neu zu errichtenden Reichsversicherungsanstalt durchgeführt werden.

Die Vorschläge dieser zweiten Denkschrift fanden in vielfachen schriftlichen und mündlichen Besprechungen eine überwiegend zustimmende Aufnahme. Auf Grund dieser Vorschläge wurde daher im Januar 1911 der Entwurf eines Versicherungsgesetzes für Angestellte in 376 Paragraphen veröffentlicht. Nachdem dieser Entwurf die Öffentlichkeit beschäftigt hatte und im Bundesrat beraten worden war, wurde er am 20. Mai 1911 in nur wenig veränderter Form mit nunmehr 389 Paragraphen dem Reichstag vorgelegt.

Die erste Lesung im Reichstage fand am 19. und 20. Oktober 1911 statt. Der Entwurf wurde der 16. Kommission, welche auch die Reichsversicherungsordnung beraten hatte, überwiesen. Die Kommission erledigte die Beratung in zwei Lesungen. Die wichtigsten und bestrittensten Fragen, mit denen sie sich zu befassen hatte, waren, ob die neue Versicherung sich nicht zweck-

des Alters, der Invalidität und des Todes des Ernährers. Die Versicherung erfolgt bei einer selbständigen, für den Umfang des ganzen Reiches zu errichtenden „Reichsversicherungsanstalt für Angestellte“ in einer der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung der Reichsversicherungsordnung sowohl hinsichtlich der Aufbringung der Mittel wie der Art der Leistungen vielfach entsprechenden Weise. Doch zahlt das Reich zu den einzelnen Renten der Angestellten keinen Zuschuß, und die Altersrente der Angestellten beginnt schon mit der Vollendung des 65. Lebensjahres. Zum Zweck der Rechtsprechung in Sachen der Angestelltenversicherung ist eine besondere Behördenorganisation (Schiedsgerichte, Oberschiedsgericht) geschaffen.

Das Gesetz erhielt am 20. Dezember 1911 die kaiserliche Unterschrift und ist am 28. Dezember 1911 im Reichsgesetzblatt verkündet.

Der Tag des Inkrafttretens ist im Gesetz selbst nicht bestimmt, sondern im Schlußparagraphen einer Kaiserlichen Verordnung überlassen, welche bisher noch nicht ergangen ist<sup>1)</sup>.

## II. System.

Das Gesetz zerfällt in 9 Abschnitte mit insgesamt 399 Paragraphen. Es enthält in seinem letzten Abschnitt Übergangsbestimmungen, sodaß es eines Einführungsgesetzes nicht bedarf.

### § 5.

#### Plan der Darstellung.

Die Gesetze, die den arbeitenden Bevölkerungsklassen im Falle bestimmter schädigender Ereignisse ein Recht auf Entschädigung gewähren, haben diese neue Einrichtung als „Versicherung“ bezeichnet. Dieser Name entspricht indessen weder dem wirtschaftlichen Kern der neuen Einrichtung, noch ihrer rechtlichen Ausgestaltung (vgl. unten S. 33 ff.). Die wirtschaftliche und rechtliche Grundlage, auf der sich vielmehr die sog. Versicherung aufbaut, ist der **Entschädigungsanspruch**, der im Falle des Eintritts jener schädigenden Ereignisse entsteht, und das gesamte Recht der sogenannten Versicherung enthält lediglich die nähere Ausgestaltung dieses **Entschädigungsanspruches** im einzelnen.

---

mäßiger durch Ausbau der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung der RVO. gestalten lasse und ob sich nicht wenigstens eine Angliederung an die Behördenorganisation der Arbeiterversicherung an Stelle der im Entwurf vorgesehenen besonderen Schiedsgerichte und des Oberschiedsgerichts empfehle. In beiden Fragen folgte die Kommission schließlich dem Entwurf. Ferner wurde die Zulässigkeit von Ersatzkassen eingehend erörtert. Das Ergebnis der Beratungen wurde in einem umfangreichen Bericht niedergelegt.

Die zweite Lesung im Plenum des Reichstages fand vom 30. November bis 2. Dezember 1911, die dritte Lesung am 5. Dezember 1911 statt. Der Entwurf wurde einstimmig angenommen.

<sup>1)</sup> Voraussichtlich der 1. Januar 1913.

Darum wird in der folgenden Darstellung nicht von dem Begriff der Versicherung, sondern von dem Begriff des Entschädigungsanspruchs ausgegangen<sup>1)</sup>. Die Lehre von den einzelnen Zweigen der Versicherung (Kranken-, Unfall-, Invaliden- und Hinterbliebenen-Versicherung) ist dann die Lehre von denjenigen Fällen, in welchen ein Entschädigungsanspruch besteht.

Demgemäß behandelt die folgende Darstellung in den drei Hauptteilen die Lehre vom Entschädigungsanspruch getrennt nach diesen einzelnen Fällen. Hierbei wird mit dem Fall der Krankheit begonnen, weil ein Krankenentschädigungsanspruch regelmäßig den anderen Entschädigungsansprüchen zeitlich vorangeht. Es folgt im zweiten Hauptteil der Entschädigungsanspruch in Falle der Invalidität und des Todes des Ernährers, weil die rechtliche Ausgestaltung dieses Anspruches mit der des Krankenentschädigungsanspruches am meisten übereinstimmt. Den dritten Hauptteil bildet die Lehre vom Entschädigungsanspruch bei Unfällen, der von den beiden anderen Ansprüchen nach seiner geschichtlichen Entwicklung aus der alten Haftpflicht der Unternehmer und der dadurch bedingten rechtlichen Ausgestaltung in erheblichen Punkten abweicht<sup>2)</sup>.

Diesen drei Hauptteilen wird ein Abschnitt über die allgemeinen Lehren vom Entschädigungsanspruch vorausgeschickt. Als letzter Teil wird die Lehre vom Entschädigungsanspruch im Streitverfahren, der Versicherungsprozeß, den drei Hauptteilen angegliedert.

Innerhalb der drei Hauptteile wird die Lehre vom Entschädigungsanspruch gleichmäßig in fünf Abschnitten nach dem folgenden System dargestellt: Um die Ausgestaltung des Entschädigungsanspruches zu erfassen, bedarf es der Feststellung, wann ein Entschädigungsanspruch entsteht, was der Entschädigungsberechtigte auf Grund des Entschädigungsanspruches erhält, von wem er es erhält, und wie er es erhält. Demgemäß behandeln die Abschnitte 1–4 Voraussetzungen, Gegenstand, Schuldner und Verwirklichung des Entschädigungsanspruches. In einem fünften Abschnitt wird hierauf das Verhältnis des Entschädigungsanspruches zu anderen Ansprüchen des öffentlichen und privaten Rechts dargestellt<sup>3)</sup>.

## § 6.

### Literatur.

Die folgende Übersicht beschränkt sich auf die Literatur, die auch schon für den Anfänger von Interesse sein kann, und zwar soweit sie

<sup>1)</sup> Da der Name „Versicherung“ sich indessen im Sprachgebrauch eingebürgert hat, so wird er im folgenden beibehalten.

<sup>2)</sup> Im Gegensatz hierzu stellt das Gesetz die Unfallversicherung zwischen die beiden anderen Zweige der Versicherung. Der Grund hierfür liegt in der Reihenfolge, in welcher die einzelnen Zweige der Versicherung eine gesetzliche Regelung gefunden haben.

<sup>3)</sup> Dieser Einteilung folgt auch der dritte Abschnitt des allgemeinen Teils.

das bisher geltende Recht zum Gegenstande hat, auf solche Arbeiten, die für das neue Recht von unmittelbarer und bleibender Bedeutung sind. Nur bei der Aufzählung der systematischen Bearbeitungen wird, dem Zwecke dieses Buches entsprechend, über das angegebene Maß hinausgegangen.

Eine nahezu vollständige Bibliographie für die ältere Zeit gibt Frankenstein, Bibliographie des Arbeiterversicherungswesens im Deutschen Reiche 1895.

I. Systematische Bearbeitungen einschließlich populärer Darstellungen.

A. Für das bisherige Recht.

1. Für das gesamte Versicherungsrecht.

Bornhak: Die deutsche Sozialgesetzgebung. IV. Auflage. Tübingen 1900.

Funke-Hering: Buch der Arbeiterversicherung. Berlin 1905.

v. Köbke; Grundzüge der Arbeiterversicherung. Berlin 1906.

Laband: Das Staatsrecht des Deutschen Reiches. Band III. 4. Auflage 1901. § 82.

Lass: Arbeiterversicherungsrecht in Holtzendorff-Kohler, Enzyklopädie der Rechtswissenschaft. VI. Auflage 1904. Band II. S. 763 ff.

Lass und Klehmet: Grundriß der Arbeiterversicherung. Stuttgart 1903.

Lass und Zahn: Einrichtung und Wirkung der deutschen Arbeiterversicherung. 3. Auflage. Berlin 1904.

List: Das geltende deutsche Arbeiterversicherungsrecht und das Problem seiner künftigen Vereinheitlichung. Berlin-Grunewald 1906.

Manes: Sozialversicherung. 2. Auflage. Sammlung Göschen. Leipzig 1911.

Menzel: Die Arbeiterversicherung nach österreichischem Recht (unter Berücksichtigung des deutschen Reichsrechts). Leipzig 1893.

Meyer-Dochow: Lehrbuch des deutschen Verwaltungsrechts. 3. Aufl. Leipzig 1910. § 262.

Piloty: Das Recht der Arbeiterversicherung in kurz gefaßter Darstellung; Einleitung zu den Arbeiterversicherungsgesetzen. 3. Band. 2. Auflage. München 1904.

Rosin: Das Recht der Arbeiterversicherung. Bisher 2 Bde. Band I: Die reichsrechtlichen Grundlagen der Arbeiterversicherung. Berlin 1893.

Band II: Das Recht der Invaliden- und Altersversicherung. Berlin 1905.

Seydel: Bayrisches Staatsrecht. Band III. 2. Auflage 1896. Freiburg i. Br. und Leipzig. S. 140 ff.

Wagner: Die deutsche Arbeiterversicherung. Berlin-Grünwald 1906.

Weyl: Lehrbuch des Reichsversicherungsrechts. Leipzig 1894.

Weymann: Gemeinverständliche Darstellung der deutschen Arbeiterversicherung. 2. Auflage. Frankfurt a. Main, 1909.

Witowski: Die Arbeiterversicherung in den Kulturstaaten Kempten und München 1910.

Zacher, Lass und Klein: Leitfaden zur Arbeiterversicherung des Deutschen Reiches. Berlin 1908.

Zorn: Das Deutsche Staatsrecht. Band 2. 2. Aufl. Berlin 1906. Seite 179 ff.

## 2. Für einzelne Versicherungszweige.

### a) Krankenversicherung.

Stier-Somlo: Deutsche Sozialgesetzgebung. Geschichtliche Grundlagen und Krankenversicherungsrecht. Jena 1906.

### b) Unfallversicherung.

Piloty: Das Reichsunfallversicherungsrecht, dessen Entstehungsgeschichte und System. 3 Bände. Band I Würzburg 1890, Band II Würzburg 1891, Band III Dresden 1893.

### c) Invalidenversicherung.

Rosin: Das Recht der Invaliden- und Altersversicherung. Berlin 1905 <sup>1)</sup>.

## B. Für das neue Recht.

Eigentliche systematische Darstellungen fehlen bisher völlig. Dagegen sind zahlreiche Abhandlungen und Aufsätze über die wichtigsten Neuerungen gegenüber dem bisherigen Recht, ferner Zusammenstellungen der wesentlichsten gesetzlichen Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung und des Versicherungsgesetzes für Angestellte, sowie populäre Einführungen und Führer erschienen, von denen insbesondere genannt sei: Cahn: Das System der Reichsversicherungsordnung. Ein Führer durch das neue Recht. Groß-Lichterfelde 1911.

Funke: Die Reichsversicherung. Berlin 1911.

Neißer: Die gewerbliche Unfallversicherung in der Reichsversicherungsordnung verglichen mit dem geltenden Recht. Fortlaufende Aufsatzserie in der Zeitschrift „Die Berufsgenossenschaft“. Jahrgang 1911—1912.

---

<sup>1)</sup> Vergl. bereits oben unter 1.

## II. Kommentare.

## A. Für das bisherige Recht.

## 1. Krankenversicherung.

Düttmann: Das Krankenversicherungsgesetz. Altenburg 1903.

Hahn: Das Krankenversicherungsgesetz mit den Abänderungsgesetzen. 6. Auflage. Gr.-Lichterfelde 1909.

Hallbauer: Das Krankenversicherungsgesetz. 2. Auflage. Leipzig 1903.

Hoffmann: Das Krankenversicherungsgesetz mit dem Hilfskassengesetz und den Ausführungsbestimmungen. Berlin 1908.

Köhne: Das Krankenversicherungsgesetz. 2. Auflage. Stuttgart 1892.

Mugdan: Das Krankenversicherungsgesetz. Kommentar für Ärzte. Leipzig 1900.

Petersen: Das Krankenversicherungsgesetz. 6. Auflage. Hamburg 1908.

Piloty-Redenbacher: Die Arbeiterversicherungsgesetze. 2. Auflage. München 1904.

Rasp-Meinel: Das Krankenversicherungsgesetz. 2. Auflage. München 1903.

Reger: Das Krankenversicherungsgesetz. 8. Auflage. Ansbach 1908. Bearbeitet von Henle.

v. Schicker: Das Krankenversicherungsgesetz und das Hilfskassengesetz. 2. Auflage. Stuttgart 1893.

v. Woedtke: Krankenversicherungsgesetz (Kommentar). 5. Auflage. Berlin 1896.

v. Woedtke: Krankenversicherungsgesetz. Kleine Ausgabe. 11. Auflage. Berlin 1905. Bearbeitet von Eucken-Addenhausen.

Zeller: Das Krankenversicherungsgesetz. München 1892.

## 2. Unfallversicherung.

Graef: Die Unfallversicherungsgesetze vom 30. Juni 1900 usw. nebst den Materialien. 4. Auflage. Berlin 1904.

Hahn: Die Unfallversicherungsgesetze des Deutschen Reichs. Leipzig 1901.

Handbuch der Unfallversicherung in 3 Bänden. Die Unfallversicherungsgesetze dargestellt von Mitgliedern des Reichsversicherungsamts nach den Akten dieser Behörde. 3. Auflage. Leipzig 1909—1910.

Mittelstein: Seeunfallversicherungsgesetz. Berlin 1901.

Oefele: Gewerbe- und Bauunfallversicherungsgesetz 1900. München 1902.

Piloty: Arbeiterversicherungsgesetze. 2. Band, Die Unfallversicherungsgesetze. München 1908.



- Rasp-Meinel: Kommentar zum Unfallversicherungsgesetz für Land- und Forstwirtschaft. 2. Auflage. München 1902.
- v. Woedtke-Caspar: Gewerbeunfallversicherungsgesetz. 5. Auflage. Berlin 1901.
- v. Woedtke-Radtke: Unfallversicherungsgesetz für Land- und Forstwirtschaft. 2. Auflage. Berlin 1905.
- Woerner: Nebengesetze zur Unfallversicherungsgesetzgebung. I. und II. Teil juristischer Handbibliothek. 2 Bände. Leipzig 1904.
3. Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.
- Freund: Das Invalidenversicherungsgesetz vom 13. Juli 1899, Handausgabe mit Anmerkungen nebst Ausführungsverordnungen. Berlin 1906.
- Gebhard-Düttmann: Das Reichsinvalidenversicherungsgesetz vom 13. Juli 1899. Altenburg 1901.
- Hanow: Erläuterungen zu den Satzungen der Invaliden-, Witwen- und Waisenversicherungskasse der Seeberufsgenossenschaft. Berlin 1907.
- Isenbart-Spielhagen: Das Invalidenversicherungsgesetz vom 13. Juli 1899. 2. Auflage. Berlin 1903.
- Landmann und Rasp: Kommentar zum Invalidenversicherungsgesetz. München 1900—1901.
- Piloty: Arbeiterversicherungsgesetze. 3. Band. Invalidenversicherungsgesetz. München 1900.
- Weymann: Das Invalidenversicherungsgesetz vom 13. Juli 1899 und die Reichsausführungsbestimmungen. Berlin 1902.
- v. Woedtke-Follmann: Invalidenversicherungsgesetz vom 13. Juli 1899 mit Ausführungsbestimmungen. Berlin 1906.
- B. Für das neue Recht <sup>1)</sup>.
1. Zur Reichsversicherungsordnung.
- Brosel-Vallet: Reichsversicherungsordnung vom 19. Juli 1911. Ansbach 1912.
- Düttmann, Appellius u. a.: Kommentar zur Reichsversicherungsordnung. Altenburg 1911.
- Gugel-Schmid: Kommentar zur Reichsversicherungsordnung. Berlin 1912.
- Hahn: Handbuch der Krankenversicherung. Gr.-Lichterfelde 1911.
- Hanow, Hoffmann u. a.: Kommentar zur Reichsversicherungsordnung. Berlin 1911.
- v. Köhler, Biesenberger u. a.: Reichsversicherungsordnung nebst Einführungsgesetz und Erläuterungen. Stuttgart 1911.

<sup>1)</sup> Aus der Fülle von Kommentaren und Textausgaben mit Anmerkungen, die insbesondere zur RVO. teils bereits erschienen, teils im Erscheinen begriffen sind, kann hier nur eine beschränkte Auswahl getroffen werden.

Lass, Olshausen, Weymann: Reichsversicherungsordnung. Berlin 1912.

Manes, Mentzel, Schulz: Die Reichsversicherungsordnung. Handausgabe mit gemeinverständlichen Anmerkungen. Leipzig 1912.

Mayer: Die Krankenversicherung der Reichsversicherungsordnung und ihrer Nebengesetze. Frankfurt 1911.

Noetel: Landwirtschaftliche Unfallversicherung. Berlin 1911.  
Stier-Somlo: Kommentar zur Reichsversicherungsordnung. Berlin 1911.

Wissel und Müller: Die Unfallversicherung in der Reichsversicherungsordnung nebst den allgemeinen Vorschriften und dem Verfahren. Berlin 1912.

## 2. Zum Versicherungsgesetz für Angestellte.

Habermann: Versicherungsgesetz für Angestellte. Leipzig 1911.

Manes und Königsberger: Kommentar zum Versicherungsgesetz für Angestellte. Berlin und Leipzig 1912.

Meinel: Versicherungsgesetz für Angestellte. München und Berlin 1912.

Potthoff: Kommentar zum Versicherungsgesetz für Angestellte. Stuttgart 1912.

## III. Arbeiten über einzelne Fragen.

Burghartz: Die Rechtsnatur der Ersatzansprüche im Arbeiterversicherungsgesetz. Tübingen 1909.

Esters: Rechtsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Berufsgenossenschaften. Tübingen 1908.

Geschichte und Wirkungskreis des Reichsversicherungsamts. Vermehrter Sonderabdruck aus dem Handbuch der Unfallversicherung. Herausgegeben von Mitgliedern des Reichsversicherungsamts. Leipzig 1911.

Hartmann: Das Gefahrentarifwesen der Unfallversicherung des Deutschen Reiches. Im amtlichen Auftrage für die Weltausstellung in Paris bearbeitet. Berlin 1900.

Lass: Das Prozeßrecht in Unfallversicherungssachen. Berlin 1899.  
Reichsversicherungsamt, Das, und die internationalen Arbeiterversicherungskongresse. Berlin 1908.

Reichsversicherungsamt, Das, und die deutsche Arbeiterversicherung. Festschrift. Berlin 1910.

Rosin: Die Rechtsnatur der Arbeiterversicherung. Tübingen 1908.

Schwenger: Beschäftigung als Grundlage der Arbeiterversicherungspflicht. Tübingen 1910.

Seelmann: Die Ansprüche der Armenverbände aus den Reichsversicherungsgesetzen. Frankfurt a. M. 1906.

Siefert: Der Begriff der Erwerbsunfähigkeit auf dem Gebiete des Versicherungswesens. 3. Auflage. Berlin 1908.

Stier-Somlo: Studien zum sozialen Recht. Mannheim und Leipzig 1912.

IV. Zeitschriften.

Amtliche Nachrichten des Reichsversicherungsamts. Berlin. 27 Jahrgänge.

Annalen für sociale Politik und Gesetzgebung. Herausgegeben von Braun. Berlin 1911. 1. Band.

Archiv für Reichsversicherung. Herausgegeben von Düttmann u. a. 1. Jahrgang 1912.

Der Versicherungsbote. Herausgegeben von Düttmann. Oldenburg. 4 Jahrgänge.

Deutsche Krankenkassenzeitung. Berlin. 11 Jahrgänge.

Die Arbeiterversorgung. Herausgegeben von Troschel. Berlin-Lichterfelde. 28 Jahrgänge.

Die Betriebskrankenkasse. Essen. 4 Jahrgänge.

Die Berufsgenossenschaft. Berlin. 26 Jahrgänge.

Die Invaliditäts- und Altersversicherung im Deutschen Reiche. Herausgegeben von Fey und Dietz. Mainz. 21 Jahrgänge.

Jahrbuch der Arbeiterversicherung. Nach amtlichen Materialien zusammengestellt von Götze und Schindler. Berlin. 24 Jahrgänge.

Monatsblätter für Arbeiterversicherung. Herausgegeben von Mitgliedern des Reichsversicherungsamts. Berlin. 5 Jahrgänge.

Soziale Praxis und Archiv für Volkswohlfahrt. Herausgegeben von Francke. Berlin und Leipzig. 21 Jahrgänge.

Volkstümliche Zeitschrift für praktische Arbeiterversicherung. Berlin. 17 Jahrgänge.

Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, Herausgegeben vom deutschen Verein für Versicherungswissenschaft. Berlin. 11 Jahrgänge. Red. Manes.

Zentralblatt der Reichsversicherung. (früher Reformblatt für Arbeiterversicherung). Frankfurt a. M. Herausgegeben von Stier-Somlo. 6 Jahrgänge.

V. Entscheidungssammlungen.

Breithaupt: Die Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts auf Grund der Unfallversicherungsgesetze vom 30. Juni 1900 unter Berücksichtigung der Reichsversicherungsordnung vom 19. Juli 1911. Berlin 1912.

Breithaupt, Sammlung von Entscheidungen des Reichsversicherungsamtes, der Landesversicherungsämter und der Oberversicherungsämter. Berlin 1912. 1. Heft.

Fuchsberger-Keidel: Die Entscheidungen des Reichsgerichts usw. 11. Teil Invalidenversicherungsgesetz. 2. Auflage. Gießen 1903.

Reger: Entscheidungen der Gerichte und Verwaltungsbehörden. München. 31 Bände.

**Erster Teil.**

**Die allgemeinen Lehren  
vom  
Entschädigungsanspruch.  
(Allgemeiner Teil.)**

## Erster Abschnitt.

# Die rechtlichen Grundlagen des Entschädigungsanspruchs. (Das objektive Recht.)

### Kapitel I.

#### Begriff des sozialen Versicherungsrechts.

Unter dem sozialen Versicherungsrecht (Recht im objektiven Sinne) versteht man die Gesamtheit der Rechtsnormen zur Regelung des sozialen Entschädigungsanspruchs und seiner Durchführung.

Diese Begriffsbestimmung umfaßt drei Merkmale:

- a) Das soziale Versicherungsrecht besteht aus eigentlichen Rechtsätzen. Dadurch unterscheidet es sich einmal von der sozialen Moral und Sitte, deren Grundsätze nicht einen Teil des sozialen Versicherungsrechts bilden, sondern nur zur Auslegung herangezogen werden dürfen. Durch das Merkmal der Rechtsätze unterscheidet es sich andererseits aber auch von der sozialen Verwaltungspraxis, die in erster Linie auf Zweckmäßigkeitserwägungen beruht und daher ebenfalls nur der Erläuterung des sozialen Versicherungsrechts dienen kann<sup>1)</sup>.
- b) Das soziale Versicherungsrecht regelt lediglich die sozialen Entschädigungsansprüche. Es regelt nicht die Entschädigungsansprüche der einzelnen Personen gegeneinander in ihrer Eigenschaft als Einzelpersonen, sondern es regelt (vgl. S. Iff) die Entschädigungsansprüche des Einzelnen in seiner Eigenschaft als Mitglied einer wirtschaftlichen oder gesellschaftlichen Gruppe. Darum gehört das soziale Versicherungsrecht nicht dem privaten, sondern dem öffentlichen Rechte an. Seine Normen sind, soweit das Gesetz im Einzelfalle nicht anders bestimmt, zwingend und können zum Nachteil der Versicherten durch Parteivereinbarung nicht abgeändert werden, §§ 139 RVO., 345 AVG.
- c) Das soziale Versicherungsrecht regelt nicht nur den Inhalt des Entschädigungsanspruchs, sondern auch seine Durchführung. Es enthält daher neben materiellem Recht auch formelles, insbesondere Prozeßrecht.

---

<sup>1)</sup> Über die Bedeutung der sozialen Verwaltungspraxis für die Bildung eines Gewohnheitsrechts vgl. unten S. 27.

## Kapitel II.

### Quellen des sozialen Versicherungsrechts.

Die Quellen des sozialen Versicherungsrechts bilden gesetztes Recht, Gewohnheitsrecht und Gerichtsgebrauch.

#### § 1.

#### Gesetztes Recht.

An gesetztem Recht kommen für das soziale Versicherungsrecht in Betracht Gesetz, Verordnung und Satzung.

#### I. Gesetz.

- A. Ein Gesetz kann nach deutschem Staatsrecht sowohl im Wege der Reichsgesetzgebung wie der Landesgesetzgebung ergehen. Das Verhältnis beider Gesetzgebungen ergibt sich aus folgenden Grundsätzen:
1. Die Landesgesetzgebung ist zwar an sich auf allen Gebieten zuständig. Diese Zuständigkeit erleidet indessen eine doppelte Einschränkung. Soweit nämlich Reichsgesetze bereits ergangen sind, gehen sie den Landesgesetzen vor; eine Abänderung einer einzelnen reichsgesetzlichen Bestimmung durch Landesgesetz ist daher unzulässig, soweit nicht das Reichsgesetz der Landesgesetzgebung die Abänderung gestattet. Und soweit ferner ganze Materien auf Grund der Reichsverfassung der Zuständigkeit der Reichsgesetzgebung unterliegen und von der Reichsgesetzgebung in der Absicht einer erschöpfenden Regelung auch gesetzlich geordnet sind, ist ein solches gesamtes Gebiet der Zuständigkeit der Landesgesetzgebung entzogen, soweit nicht wiederum die Reichsgesetzgebung der Landesgesetzgebung eine gesetzgeberische Zuständigkeit auf diesem Gebiet ausdrücklich zuweist.
  2. Wie verhält sich hiernach die Zuständigkeit der Gesetzgebung des Reiches und der Bundesstaaten auf dem Gebiet des sozialen Versicherungsrechts?

Das soziale Versicherungsrecht gehört nicht zu denjenigen Materien, deren Regelung der Reichsgesetzgebung auf Grund der Reichsverfassung von vornherein übertragen war<sup>1)</sup>. Die Zu-

---

<sup>1)</sup> Weder läßt sich eine Zuständigkeit der Reichsgesetzgebung aus Art. 4 Nr. 1 der Reichsverfassung folgern, denn das Wort „Versicherungswesen“ kann daselbst nach dem Zusammenhang, in welchem es neben dem Gewerbeswesen genannt wird, nur auf polizeiliche Normen über die Privatversicherung bezogen werden; an die soziale Versicherung ist bei Abfassung der Reichsverfassung noch nicht gedacht worden. Auch ist die soziale Versicherung (vgl. unten S. 33ff.) keine Versicherung im Rechtssinne, und aus dem bloßen Namen dürfen rechtliche Folgerungen nicht gezogen werden. Andererseits kann die Zuständigkeit des Reiches auch nicht auf die Einleitung zur Reichsverfassung gestützt werden, wonach das Deutsche Reich nicht nur zum Schutze, sondern auch „zur Pflege der Wohlfahrt des Deutschen Volkes“ begründet worden ist; denn eine bestimmte Zuständigkeit sollte damit dem Reiche nicht überwiesen werden.

ständigkeit des Reiches zu einer Gesetzgebung auf diesem Gebiete folgt vielmehr lediglich aus Art. 78 der Reichsverfassung, wonach das Reich jederzeit seine Zuständigkeit erweitern und damit den Inhalt der Reichsverfassung ändern kann. Hierzu bedarf es keines besonderen die Verfassung abändernden Gesetzes, vielmehr schließt eine gesetzgeberische Tätigkeit auf einem der Reichsgesetzgebung bisher nicht zustehenden Gebiet ohne weiteres die Erweiterung der verfassungsmäßigen Zuständigkeit in sich, wenn nur nicht 14 Stimmen im Bundesrat sich gegen ein solches Gesetz aussprechen.

Nach dem Inhalt der Kaiserlichen Botschaft vom 17. November 1881 (vgl. oben S. 4 ff.) haben alle Bundesregierungen dem dort ausgesprochenen Programm zugestimmt. Durch den Erlaß der grundlegenden Gesetze (vgl. oben S. 6/7) ist daher das Reich auf dem Gebiete des sozialen Versicherungsrechts ohne weiteres zuständig geworden. Und da das Reich die Materie des sozialen Versicherungsrechts in der Absicht einer erschöpfenden Ordnung kodifikatorisch geregelt hat, so ist die Zuständigkeit der Landesgesetzgebung auf diesem Gebiete aufgehoben bzw. auf diejenigen Sondergebiete eingeschränkt, welche die Reichsgesetzgebung ihr ausdrücklich überweist. Eine solche Überweisung ist nur in geringem Umfang erfolgt, insbesondere für die landwirtschaftliche Unfallversicherung in den §§ 1034—41 RVO.<sup>1)</sup>2).

- B. Die reichsgesetzliche Regelung des sozialen Versicherungsrechts ist außer in der Reichsversicherungsordnung und dem Versicherungsgesetz für Angestellte ergänzend noch in einigen Nebengesetzen erfolgt, insbesondere in dem Gesetz betr. die Aufhebung des Hilfskassengesetzes vom 20. Dezember 1911 und den Gesetzen vom 18. Juni 1901 bzw. vom 30. Juni 1900 über die Unfallfürsorge für Beamte und Personen des Soldatenstandes bzw. für Gefangene, die neben der Reichsversicherungsordnung weiter gelten.

Eine landesgesetzliche Regelung auf den vorbehaltenen Gebieten erfolgt in der Form von Ausführungsgesetzen zur Reichsversicherungsordnung.

Da im Versicherungsgesetz für Angestellte der Landesgesetzgebung nirgends die Befugnis zu einer Ergänzung oder Abänderung des Gesetzes eingeräumt ist, so ist auf diesem Gebiet für landesrechtliche Ausführungsgesetze kein Raum.

## II. Verordnung.

Hinsichtlich der Befugnis zum Erlaß von Verordnungen ist zu unterscheiden die allgemeine Befugnis und die Befugnis zum Erlaß von Verordnungen in einzelnen gesetzlich vorgesehenen Fällen.

<sup>1)</sup> Vgl. ferner § 227 RVO.

<sup>2)</sup> Das bisherige Preussische Ausführungsgesetz über die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften datiert vom 16. Juni 1902. Der Entwurf eines neuen „Gesetzes über die landwirtschaftliche Unfallversicherung“ liegt dem Landtag vor.

- A. Eine allgemeine Befugnis zum Erlaß von Verordnungen zur Ausführung der sozialen Versicherungsgesetze steht lediglich dem Bundesrat auf Grund des Art 7 der Reichsverfassung zu.
- B. Eine Befugnis zum Erlaß von einzelnen Verordnungen zur Ergänzung des Gesetzes ist in bestimmten gesetzlich vorgesehenen Fällen dem Kaiser mit Zustimmung des Bundesrats<sup>1)</sup>, dem Bundesrat<sup>2)</sup>, dem Reichskanzler<sup>3)</sup>, dem Reichsversicherungsamt<sup>4)</sup>, der Reichsversicherungsanstalt<sup>5)</sup> und den Landesregierungen bzw. den obersten Verwaltungsbehörden<sup>6)</sup> übertragen. Die wichtigsten dieser Verordnungen sind auf dem Gebiet der Arbeiterversicherung die drei Kaiserlichen Verordnungen über den Geschäftsgang und das Verfahren vor den Versicherungsbehörden vom 24. Dezember 1911 (R. G. Bl. 1911 S. 1083 ff), auf dem Gebiet der Angestelltenversicherung die noch zu erlassenden Verordnungen des Kaisers bzw. des Reichskanzlers über den Geschäftsgang und das Verfahren vor den Schiedsgerichten, dem Oberschiedsgericht und den Rentenausschüssen, in denen allen ein großer Teil des Versicherungsprozeßrechts geregelt ist bzw. zu regeln sein wird.

### III. Satzung.

Die Versicherungsträger regeln wichtige Teile ihrer Verfassung und ihrer Verwaltung durch eine Satzung, die sie sich selbst geben und die lediglich der Genehmigung der staatlichen Aufsichtsorgane unterliegt. In diesen Satzungen können die Versicherungsträger in gesetzlich vorgesehenen Grenzen den Kreis der versicherten Personen sowie das Maß der zu gewährenden Leistungen mit rechtlich bindender Wirkung erweitern. Auch sieht das Gesetz bisweilen eine Ergänzung seiner eigenen Bestimmungen durch die Satzung vor (vgl. z. B. §§ 687, 1581 usw.). In allen diesen Fällen entstehen auf Grund autonomer Regelung der Satzung eigentliche Rechtssätze.

#### § 2.

### Gewohnheitsrecht.

Bei dem Umfange des modernen Gesetzesrechts, das alle Möglichkeiten von sich aus zu regeln sucht, ist die Bedeutung des Gewohnheitsrechts nur noch eine beschränkte<sup>7)</sup>. Dies gilt umso mehr, als ein Gewohnheitsrecht, soweit eine reichsgesetzliche Regelung einer

<sup>1)</sup> Vgl. z. B. §§ 35, 1734, 1804 RVO., Art. 4, EG.; §§ 156, 158, 309, 399 AVG.

<sup>2)</sup> Vgl. z. B. §§ 168, 259, 309, 434, 465, 492, 1232 RVO., Art. 100 EG.; §§ 4, 5, 8, 47, 106, 167 AVG.

<sup>3)</sup> Vgl. z. B. Art. 38 EG.; §§ 76, 100, 110, 111, 123 AVG.

<sup>4)</sup> Vgl. z. B. §§ 73, 537, 538, 578, 717, 729, 860 RVO.

<sup>5)</sup> Vgl. z. B. §§ 47, 61, 63, 155, 187, 202, 216 AVG.

<sup>6)</sup> Vgl. z. B. §§ 37, 61, 79, 107—109, 440, 456, 458, 1719, 1804 RVO.; §§ 51, 54, 180, 186, 194 AVG.

<sup>7)</sup> Die Geltung von Gewohnheitsrecht neben gesetztem Recht ist für das gesamte Gebiet des öffentlichen, insbesondere des Verwaltungsrechts vielfach — indessen mit Unrecht — bestritten.



Materie stattgefunden hat, sich ebenfalls nur als Reichsgewohnheitsrecht einheitlich für das Gebiet des ganzen Reiches entwickeln kann.

Dennoch findet die Bildung eines Gewohnheitsrechts auch heute noch statt, und sie ist auch für das soziale Versicherungsrecht von Bedeutung. Zur Bildung eines Gewohnheitsrechtes bedarf es außer der tatsächlichen Übung auch noch der Überzeugung, daß diese Übung im Rechte begründet sei (*opinio necessitatis*). Die Verwaltungspraxis bildet daher an sich noch kein Gewohnheitsrecht, wohl aber kann eine langjährige Verwaltungspraxis, insbesondere wenn sie auf Anweisungen der Aufsichtsbehörde beruht, zur Bildung eines Gewohnheitsrechtes führen, wofür sich gerade im Gebiete des sozialen Versicherungsrechtes zahlreiche Beispiele finden.

Die Bildung eines Gewohnheitsrechtes ist regelmäßig nur für den Umfang des ganzen Reiches zulässig. Ein landesrechtliches Gewohnheitsrecht kann nur insoweit entstehen, als der Landesgesetzgebung eine eigene Zuständigkeit zur Rechtsschaffung innewohnt. Eine Ergänzung der Satzung durch Observanz ist dagegen ausgeschlossen, da die autonome Rechtsbildung der Versicherungsträger an die Genehmigung der Aufsichtsbehörden gebunden ist.

### § 3.

#### Gerichtsgebrauch.

Der Gerichtsgebrauch, dessen Eigenschaft als Rechtsquelle in den übrigen Rechtsdisziplinen bestritten ist, muß für das soziale Versicherungsrecht unzweifelhaft als Rechtsquelle angesehen werden:

Da mit der sozialen Versicherungsgesetzgebung ein völlig neues Gebiet beschritten wurde, das sich im einzelnen noch nicht übersehen ließ, so war die Gesetzgebung vielfach darauf angewiesen, lediglich einen Rahmen aufzustellen, dessen Ausfüllung der Praxis überlassen bleiben mußte. Es sei z. B. an das gesamte Versicherungsprozeßrecht erinnert, zu dessen Ausgestaltung das Gesetz fast keine Handhabe bot. So mußte daher die Rechtsprechung auf dem Gebiet des sozialen Versicherungsrechts nicht nur rechtsanwendend und auslegend, sondern häufig auch rechtsschaffend vorgehen, indem sie selbständig von sich aus neue Rechtsgrundsätze aufstellte, die an Zahl und Bedeutung den gesetzlichen Rechtsgrundsätzen keineswegs nachstehen.

Durch die Ausgestaltung des Reichsversicherungsamts als höchste Instanz für das gesamte Gebiet der Arbeiterversicherung und die nach § 288 AVG. vorgesehene Mitwirkung von 2 Mitgliedern des Reichsversicherungsamts bei der Rechtsprechung des Oberschiedsgerichts für die Angestelltenversicherung ist dieser Rechtsbildung die Richtung gewiesen. Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung sind zu veröffentlichen, (§§ 1716, 1801 RVO., 294 AVG<sup>1</sup>). Innerhalb des Reichs-

<sup>1</sup>) Die Veröffentlichung erfolgt in den „Amtlichen Nachrichten des Reichsversicherungsamts“ (Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 30. Dezember 1911, R. G. Bl. 1912 S. 2).

versicherungsamts ist durch Bildung des „großen Senats“ für die Einheitlichkeit der Rechtsprechung gesorgt; an ihn ist jede Sache zu verweisen, in der eine Versicherungsbehörde der Arbeiterversicherung in höchster Instanz in einer grundsätzlichen Rechtsfrage von einer Entscheidung des Reichsversicherungsamts abweichen will, §§ 1717–18; vergl. auch §§ 1693, 1799, Art. 99 (näheres vgl. unten S. 410).

In noch weiterem Umfang ist die Bedeutung der grundsätzlichen Entscheidungen des Reichsversicherungsamts als Rechtsquelle in den Beitragsstreitigkeiten der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung anerkannt. Hier ist ihnen nämlich mit Rücksicht auf die besondere, Notwendigkeit einer einheitlichen Rechtsprechung bindende Kraft beigelegt. Während also die Gerichte auf anderen Rechtsgebieten bei der Findung und Auslegung von Rechtssätzen nur durch das Gesetz und ihr eigenes pflichtmäßiges Ermessen gebunden sind und die Entscheidung einer höheren Instanz nur diejenige Bedeutung hat, die ihr kraft ihrer eigenen Autorität zukommt, haben in den Beitragsstreitigkeiten der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung die amtlich veröffentlichten und als grundsätzlich gekennzeichneten Entscheidungen des Reichsversicherungsamts für die unteren Instanzen auf diesem Gebiet den Charakter eigentlicher Rechtssätze, § 1459.

### Kapitel III.

## Grenzen des sozialen Versicherungsrechts.

Der Wirksamkeit des sozialen Versicherungsrechts sind Grenzen in räumlicher und zeitlicher Beziehung gesetzt.

### § 1.

#### Räumliche Grenzen (Internationales Recht).

Für das soziale Versicherungsrecht gilt das Territorialitätsprinzip: Das soziale Versicherungsrecht gilt einerseits lediglich für das Gebiet des Deutschen Reiches mit Ausschluß der Kolonien <sup>1)</sup> und erfaßt andererseits innerhalb dieses Gebietes sowohl Inländer wie Ausländer. Maßgebend ist dabei hinsichtlich der Entstehung eines Entschädigungsanspruchs bzw. einer Beitragspflicht der Ort, an welchem die versicherungspflichtige Beschäftigung stattfindet oder der versicherungspflichtige Betrieb seinen Sitz hat <sup>2)</sup>.

Von dem Grundsatz des Territorialitätsprinzips bestehen indessen Ausnahmen in dreifacher Beziehung: Einmal ist das deutsche soziale Versicherungsrecht unter besonderen Umständen auch außerhalb der deutschen Grenzen wirksam, andererseits sind im Inlande gewisse Per-

<sup>1)</sup> Ausnahmsweise gelten die Kolonien als Inland in §§ 557, 596, 615, 1116, 1254, 1268 und 1315 RVO. sowie in §§ 24, 78 AVG.

<sup>2)</sup> Den inländischen Betrieben stehen die deutschen Seefahrzeuge gleich, §§ 163, 1046 ff. RVO., § 1 AVG.

sonengruppen seiner Geltung entzogen, und endlich finden einzelne seiner Sätze nur auf Ausländer, bzw. Inländer Anwendung.

1. Eine Geltung des sozialen Versicherungsrechts außerhalb der Grenzen des Deutschen Reiches findet in folgenden Fällen statt:
  - a) Wenn die Beschäftigung im Auslande lediglich die Ausstrahlung eines inländischen Betriebes ist, z. B. eine Geschäftsreise in das Ausland für ein inländisches Unternehmen, so ist eine solche Beschäftigung nach inländischem Rechte versichert.
  - b) Die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung erstreckt sich auch auf solche Deutsche, die im Auslande bei einer amtlichen Vertretung des Reiches oder eines Bundesstaates, oder bei deren Leitern oder Mitgliedern beschäftigt sind, z. B. auf die deutschen Dienstboten des deutschen Botschafters in Paris, §§ 1228 RVO., § 3 AVG.
  - c) Soweit andere Staaten eine dem sozialen Versicherungsrechte des deutschen Reiches entsprechende Fürsorge durchgeführt haben, kann der Reichskanzler mit Zustimmung des Bundesrats unter Wahrung der Gegenseitigkeit mit solchen Staaten vereinbaren, daß und in welchem Umfange für Betriebe, die aus dem Gebiet eines Staates in das des anderen hinübergreifen, sowie für Versicherte, die zeitweise im Gebiet des anderen Staates beschäftigt sind, die Fürsorge nach deutschem oder ausländischem sozialem Versicherungsrechte geregelt werden soll, § 157 Abs. I RVO., § 362 Abs. I AVG <sup>1)</sup>.
2. Innerhalb des Gebietes des Deutschen Reiches findet das soziale Versicherungsrecht auf folgende Personenklassen keine Anwendung:
  - a) Die nach den Grundsätzen des Völkerrechts exterritorialen Personen unterstehen in ihrer Eigenschaft als Arbeitnehmer dem deutschen sozialen Versicherungsrechte nicht. Dies gilt insbesondere für das Geschäftspersonal und ausländische Dienstpersonal, das bei einer amtlichen Vertretung eines ausländischen Staates beschäftigt ist.
  - b) Die exterritorialen Personen sowie die ausländischen Staaten als solche unterstehen in ihrer Eigenschaft als Arbeitgeber dagegen an sich mit den unter c) angegebenen Ausnahmen dem deutschen sozialen Versicherungsrechte; es würde z. B. ein russischer Botschafter der in Deutschland ein Rittergut besäße, als landwirtschaftlicher Unternehmer der Unfallversicherung unterliegen und einer Berufsgenossenschaft als Mitglied angehören. Auf dem Gebiete der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung kann jedoch der Bundesrat die Geltung des deutschen sozialen Versicherungsrechts für diese Personengruppen beschränken und bestimmen, inwieweit die deutschen Bediensteten exterritorialer Personen oder ausländischer Staaten an Stelle ihrer Arbeitgeber deren Pflichten zu erfüllen haben, §§ 1231 RVO., 5 AVG.

<sup>1)</sup> Über weitere internationale Vereinbarungen auf dem Gebiet der sozialen Versicherung vgl. § 157 Abs. II RVO., § 362 Abs. II AVG.

- c) Soweit nach den Grundsätzen des Völkerrechts oder des Staatsrechts einzelne Personen der Straf- und Vollstreckungsgewalt des Deutschen Reiches oder eines Bundesstaates nicht unterliegen, gilt dies auch hinsichtlich der staatlichen oder autonomen Strafgewalt sowie etwaiger Vollstreckungsmaßregeln auf dem Gebiet des sozialen Versicherungsrechts.
3. Während an sich nach dem Grundsätze des Territorialitätsprinzips Inländer und Ausländer gleich zu behandeln sind, wird dieses Prinzip zu gunsten des Personalitätsprinzips in folgenden Punkten durchbrochen:
- a) Werden deutsche Reichsangehörige in einem ausländischen Staate hinsichtlich der sozialen Fürsorge schlechter gestellt, so kann der Reichskanzler mit Zustimmung des Bundesrats anordnen, daß gegen die Angehörigen des ausländischen Staates und ihre Rechtsnachfolger ein Vergeltungsrecht (Retorsionsrecht) angewendet wird, §§ 158 RVO., 363 AVG.
- b) Einzelne nur für Ausländer geltende Sonderbestimmungen des sozialen Versicherungsrechts enthalten insbesondere die §§ 216, 596, 615, 617, 950, 955, 1116, 1117, 1233, 1268, 1313, 1316, 1317 RVO.<sup>1)</sup> Beachtlich ist ferner, daß nach §§ 12 RVO., 112, 134, 147 AVG. nur Deutsche zu den Organen der Versicherungsträger wählbar sind, und daß die Bestimmung des § 1054 Nr. 2 RVO. nur auf Deutsche Anwendung findet.

## § 2.

### Zeitliche Grenzen (Übergangsrecht).

Neue Gesetze haben grundsätzlich keine rückwirkende Kraft. Jedes Gesetz findet vielmehr nur auf diejenigen Rechtsverhältnisse Anwendung, welche unter seiner Geltung bestehen.

Dieser Grundsatz gilt auch für das soziale Versicherungsrecht. Nach Art. 5 werden die älteren Versicherungsgesetze mit dem Tage des Inkrafttretens der entsprechenden Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung aufgehoben. Die Rechtsverhältnisse des sozialen Versicherungsrechts sind daher für die Zeit bis zum Inkrafttreten des neuen Rechts nach altem Recht, für die Zeit seit dem Inkrafttreten des neuen Rechts nach diesem zu beurteilen<sup>2)</sup>.

Nun reichen aber zahlreiche Rechtsverhältnisse, die unter der Herrschaft des früheren Rechts zur Entstehung gelangt sind, noch in die Zeit der Geltung des neuen Rechts hinein. In solchen Fällen fragt es sich daher, inwieweit derartige Rechtsverhältnisse von den neuen Bestimmungen berührt werden.

Die wichtigsten Einzelbestimmungen auf dem Gebiete des Übergangsrechtes werden in den besonderen Teilen dieser Darstellung bei den

<sup>1)</sup> Von Bedeutung sind hierbei auch Wohnsitz oder Aufenthalt im Auslande.

<sup>2)</sup> Eine Ausnahme hiervon gilt nach Art. 34—41 für die Angestellten der Krankenkassen. Hierüber vgl. näheres unten S. 139/40.

zugehörigen Gebieten behandelt werden. Auch ist dem Bundesrat in Art. 100 die Befugnis übertragen, Übergangsbestimmungen zu erlassen.

Auf die wichtigsten allgemeinen Grundsätze des Übergangsrechtes ist aber bereits hier hinzuweisen; sie gelten in allen Fällen, soweit nicht durch Sonderbestimmungen eine abweichende Regelung getroffen ist.

- a) Für die Entstehung von Ansprüchen und Verpflichtungen ist entscheidend, ob der Tatbestand, an welchen die Entstehung geknüpft ist, zeitlich unter das alte oder neue Recht fällt. Ist der Tatbestand ein einmaliges Ereignis (Unfall, Tod des Ernährers<sup>1)</sup>), so ist der Eintritt dieses Tatbestandes maßgebend. Ist der Tatbestand dagegen ein Zustand von Dauer (Krankheit, Invalidität, Alter), so richtet sich die Entstehung von Ansprüchen jeweils nach demjenigen Recht, unter dessen Geltung der Zustand besteht. Von dem Inkrafttreten des neuen Rechts an beurteilt sich daher die Entstehung von Ansprüchen und Verpflichtungen aus jenem Zustand nach neuem Recht, auch wenn der Beginn des Zustandes schon unter der Herrschaft des alten Rechts eingetreten ist<sup>2)</sup>. Neue rechtserhebliche Tatsachen, an welche die Entstehung von Ansprüchen und Verpflichtungen geknüpft ist, z. B. Tod des Kranken oder Verletzten, Verlegung des Wohnsitzes in das Ausland, Wiederverheiratung, sind, auch wenn der Entschädigungsanspruch als solcher unter bisherigem Recht entstanden ist, in ihrer rechtlichen Wirkung nach demjenigen Recht zu beurteilen, unter dessen Geltung sie sich ereignen.
- b) Hinsichtlich des Gegenstandes des Entschädigungsanspruches sind, falls der entschädigungspflichtige Tatbestand unter dem alten Recht eingetreten ist, seine Wirkung aber unter dem neuen Rechte fortbesteht, für die letztere Zeit zu unterscheiden der Umfang des Anspruchs als solcher und die Ansprüche auf die einzelnen zu gewährenden Leistungen. Für den ersteren, insbesondere für die Grundlagen der Berechnung der Entschädigung (Jahresarbeitsverdienst, Grundlohn) gilt das bisherige Recht weiter, für die einzelne Leistung (z. B. Zulässigkeit von Ersatzleistungen) gilt dagegen dasjenige Recht, unter dessen Geltung der Anspruch auf die einzelne Leistung entstanden ist. Doch gelten in der Krankenversicherung allgemein, in der Unfallversicherung für die erste Feststellung und in der Invalidenversicherung für Ansprüche auf Invaliden- und Altersrenten bei noch schwebendem Feststellungsverfahren die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung, wenn sie für die Berechtigten günstiger sind, Art. 30, 60, 79.
- c) Die Verfassung und Verwaltung der Versicherungsträger richtet sich vom Zeitpunkte des Inkrafttretens des neuen Rechts lediglich nach diesem, soweit nicht besondere Übergangsbestimmungen getroffen sind.

---

<sup>1)</sup> Besonderheit für die Hinterbliebenenversicherung vgl. Art. 71 Abs. II.

<sup>2)</sup> Ausnahme vgl. Art. 71 Abs. III.

- d) Hinsichtlich der Verwirklichung des Entschädigungsanspruches ist, was die Feststellung betrifft, in den besonderen Teilen, insbesondere S. 362, das Nähere gesagt. Die Art der Gewährung der Leistungen (z. B. Auszahlung durch die Post) hat stets nach dem zur Zeit ihrer Gewährung geltenden Rechte zu erfolgen.
- e) Welche Ansprüche dem Entschädigungsberechtigten neben den Ansprüchen des sozialen Versicherungsrechts zustehen, und ob und in welchem Umfange die verschiedenen Schuldner unter einander ersatzberechtigt sind, beurteilt sich nach demjenigen Rechte, das zur Zeit des Tatbestandes gilt, welcher jene Ansprüche zur Entstehung gebracht hat. Besonderheiten gelten jedoch nach Art. 56—59 des Einf. Ges. zur RVO. und §§ 390 bis 393 AVG. hinsichtlich solcher Versicherungsverträge, die eine nach dem bisherigen sozialen Versicherungsrechte nicht versicherte, nach neuem Recht aber der sozialen Versicherung unterstellte Person unter der Geltung des bisherigen Rechts abgeschlossen hatte. Näheres hierüber vgl. unten S. 288 und S. 380.
- f) Hinsichtlich der Fristen, deren Lauf nach altem Recht begonnen und zur Zeit des Inkrafttretens des neuen Rechts noch nicht abgelaufen ist, gilt dasjenige Recht, nach welchem die Frist die längere ist. Der Beginn der Frist bestimmt sich nach altem Recht, Art. 6.
- g) Ein anhängiger Versicherungsprozeß ist nach altem Prozeßrechte zu Ende zu führen, Art. 85, jedoch gelten hiervon erhebliche Ausnahmen, insbesondere treten die neu gebildeten Versicherungsbehörden an die Stelle der bisherigen, Art. 97.

## Zweiter Abschnitt.

# Die rechtliche Natur des Entschädigungsanspruchs. (Die subjektiven Rechte.)

### Kapitel I.

## Die verschiedenen Konstruktionen und ihre Würdigung.

### § 1.

#### Die verschiedenen Konstruktionen.

Die rechtliche Natur der sozialen sogenannten Versicherung ist die bestrittenste Frage auf dem ganzen Gebiete des sozialen Versicherungsrechts. Sie ist fast die einzige Rechtsfrage, die über den Kreis derjenigen hinaus, welche sich ex professo mit dem Versicherungsrecht beschäftigen, eine umfangreichere literarische Bearbeitung gefunden hat.

Insbesondere zwei Ansichten <sup>1)</sup> stehen sich hier schroff gegenüber, zwischen denen eine Reihe weiterer Meinungen eine vermittelnde Stellung einnimmt:

- a) Die eine Ansicht sieht in der sozialen Versicherung eine eigentliche Versicherung im Rechtssinne, die mit der privatrechtlichen Versicherung nicht nur den Namen sondern auch die wesentlichsten Begriffsmerkmale teilt.
- b) Demgegenüber leugnet die zweite Ansicht, daß es sich bei der sozialen Versicherung um eine Versicherung im Rechtssinne handele, und konstruiert die soziale Versicherung als eine öffentlichrechtliche Fürsorge. Sie sieht in der Leistungspflicht einerseits, der Beitragspflicht andererseits nicht ein zweiseitiges Rechtsverhältnis, sondern zwei von einander unabhängige einseitige Rechtsverhältnisse, von denen das eine die staatliche Fürsorge, das andere die Aufbringung der erforderlichen Mittel zum Gegenstande hat.
- c) Zwischen diesen beiden Gegensätzen vermittelnde Ansichten verzichten auf eine einheitliche Konstruktion der gesamten sozialen Versicherung und sehen einzelne Teile der Versicherung als eigentliche Versicherung, andere Teile als staatliche Fürsorge an. Zu erwähnen ist in dieser Beziehung insbesondere der Versuch, die Zwangsversicherung als staatliche Fürsorge, die freiwillige Versicherung der Versicherungsberechtigten dagegen als eigentliche Versicherung auf Grund eines Versicherungsvertrages zu konstruieren, sowie die Abtrennung einzelner Zweige der Versicherung, besonders der Unfallversicherung als Kollektivversicherung der Unternehmer gegen ihre Haftpflicht, von den sonstigen Zweigen der Versicherung, die eine staatliche Fürsorge darstellen.

## § 2.

### Würdigung der verschiedenen Konstruktionen.

- A. Die soziale Versicherung ist keine Versicherung im Rechtssinne:
  1. Die Grundlage der eigentlichen Versicherung bildet ein Versicherungsvertrag, eine übereinstimmend auf Herbeiführung eines Versicherungsverhältnisses gerichtete Willenserklärung der Beteiligten. Mag auch zur Eingehung der Versicherung ein öffentlichrechtlicher Zwang ausgeübt werden, so ist doch das Versicherungsverhältnis regelmäßig erst dann begründet, wenn auf Grund dieses Zwanges der Beitritt erfolgt und somit ein Versicherungsvertrag zustande gekommen ist. Die soziale Versicherung dagegen tritt regelmäßig unmittelbar auf Grund des Gesetzes ein, ohne daß eine Vereinbarung irgendwelcher Art zwischen den Beteiligten stattfindet.
  2. Die Versicherungsprämie der eigentlichen Versicherung ist ein Betrag, der auf Grund des Risikos in jedem einzelnen Falle (Gesundheit, Alter, Gefährlichkeit der beruflichen Tätigkeit)

---

<sup>1)</sup> Auf eine Reihe weiterer, besonders in der älteren Literatur vertretener Konstruktionsversuche kann hier nicht näher eingegangen werden.

nach einer Wahrscheinlichkeitsberechnung ermittelt wird. Die Beiträge für die Aufbringung der in der sozialen Versicherung erforderlichen Mittel dagegen lassen die Höhe des in jedem einzelnen Falle bestehenden Risikos im wesentlichen unberücksichtigt. Soweit eine Abstufung der Beiträge stattfindet, ist hierfür weniger das Risiko wie die Leistungsfähigkeit des einzelnen Zahlungspflichtigen entscheidend. In der Unfallversicherung <sup>1)</sup> wird zwar ausnahmsweise die Gefährlichkeit der beruflichen Tätigkeit durch Aufstellung eines Gefahrtarifs berücksichtigt; in der landwirtschaftlichen und See-Unfallversicherung kann aber hiervon Abstand genommen werden, §§ 979, 1149, und die in der landwirtschaftlichen Unfallversicherung zugelassene Erhebung der Beiträge nach Zuschlägen zur Grundsteuer, §§ 1005ff., und die für kurze Bauarbeiten vorgesehene Umlegung der erforderlichen Mittel auf die Gemeinden nach Maßgabe der Bevölkerungsziffer, § 825, läßt jede versicherungstechnische Berücksichtigung des Risikos vermissen.

3. Die eigentliche Versicherung ist eine Sicherung gegen künftige ungewisse Schäden. Gegen einen bereits bestehenden Schaden, etwa eine bereits ausgebrochene Krankheit, kann man sich nicht versichern. Die soziale Versicherung dagegen gewährt eine Entschädigung auch bei bereits vorhandenen und gewissen Schäden: Ein Knecht, der etwa trotz einer bereits bestehenden Handverletzung von einer Herrschaft in Dienst genommen wird, wird damit ohne weiteres Mitglied der Krankenkasse und kann von dieser die gesetzlich vorgesehene Krankenentschädigung für die bei seinem Eintritt in die Kasse bereits bestehende Krankheit verlangen.
4. Bei der eigentlichen Versicherung stehen Prämie und Entschädigung in einem Verhältnis gegenseitiger Bedingtheit (synallagma), die Prämie wird um der Entschädigung willen gezahlt, die Entschädigung ist der Preis für die geleisteten Prämien, beide stehen einander wie Leistung und Gegenleistung gegenüber. Bei der sozialen Versicherung ist dagegen nicht nur ihr rechtlicher Bestand, sondern es sind auch ihre Leistungen regelmäßig unabhängig von der Leistung der Beiträge: Die Leistung der Entschädigung darf regelmäßig <sup>2)</sup> nicht darum versagt werden, weil eine Beitragsleistung nicht erfolgt ist. Selbst eine Verpflichtung zur Zahlung von Beiträgen ist für das Vorhandensein einer sozialen Versicherung unerheblich <sup>3)</sup>.

<sup>1)</sup> Vgl. auch für die Krankenversicherung § 384 Abs. I.

<sup>2)</sup> Selbst auf dem Gebiete der Invalidenversicherung, wo im Gegensatz zu den anderen Versicherungszweigen regelmäßig die Beitragsleistung Voraussetzung einer Entschädigungsleistung ist, ersetzt für die Übergangszeit der Nachweis einer vor dem Inkrafttreten des Gesetzes gewisse Zeit hindurch geübten versicherungspflichtigen Beschäftigung die Zahlung von Beiträgen.

<sup>3)</sup> Vgl. besonders die Fälle, in denen Staat, Gemeinde oder Gemeindeverband an die Stelle des Versicherungsträgers treten, §§ 892 ff., und die Befreiung von der Beitragspflicht nach § 1012; vgl. ferner auch §§ 455 und 489.



Die Verbindung zwischen den Leistungen der sozialen Versicherung und der Beitragszahlung läßt sich auch nicht, wie die Gegner es versuchen, in der Einheitlichkeit des Zweckes oder des zugrunde liegenden Tatbestandes sehen.

- a) Der einheitliche Zweck wird darin gefunden, daß die Zahlung der Beiträge um der Entschädigung willen erfolgt. Ein einheitlicher Zweck zweier Leistungen in dem genannten Sinne ist für sich allein aber noch nicht imstande, eine synallagmatische Beziehung zwischen diesen beiden Leistungen zu erzeugen: die Zahlung von Gerichtskosten erfolgt um der Erlangung eines Urteils willen, ohne daß doch der Prozeßbetrieb des Gerichts die Gegenleistung für die Zahlung der Gerichtskosten bildet <sup>1)</sup>.
- b) Eine Einheitlichkeit des Tatbestandes, auf Grund dessen Beiträge und Entschädigungen zu zahlen sind, wäre einmal nur ein äußerliches Moment, das nichts dafür beweist, daß die auf Grund dieses gleichen äußeren Tatbestandes entstehenden Rechtsverhältnisse auch innerlich miteinander in rechtlicher Verbindung stehen. Die Einheitlichkeit des Tatbestandes ist aber im sozialen Versicherungsrecht als notwendiges Erfordernis nicht einmal festgehalten. Denn von einer Einheitlichkeit des Tatbestandes kann nur dann die Rede sein, wenn der bestimmte einzelne Arbeiter als Beitragsfaktor für die Veranlagung des Bedarfes in Betracht kommt. Wie oben ausgeführt, können indessen die landwirtschaftlichen Unternehmer die Beiträge ohne Rücksicht auf die Zahl der bei ihnen beschäftigten Personen in Zuschlägen zur Grundsteuer aufbringen, und die Entschädigungslast für Unfälle bei kurzen Bauarbeiten wird sogar von den beteiligten Gemeinden nach Maßgabe der Bevölkerungsziffer aufgebracht. Hier fehlt daher die Leistung des einzelnen Arbeiters als Faktor für die Höhe der Beiträge und damit die Einheitlichkeit des Tatbestandes.

Nach alledem ist die soziale Versicherung als Versicherung im Rechtssinne nicht anzusehen. Als gemeinsames Merkmal besteht bei beiden lediglich das Moment, daß sie eine Sicherung gegen Schäden gewähren. Wegen dieser Ähnlichkeit sind manche Grundsätze der privatrechtlichen Versicherung auf die soziale Versicherung übertragen worden <sup>2)</sup>. Diese Ähnlichkeit allein genügt aber nicht, um der sozialen Versicherung den Charakter einer Versicherung im Rechtssinne beizulegen.

---

<sup>1)</sup> Die Träger der Versicherung sind freilich zu dem Zwecke der Gewährung von Entschädigungen in den „Versicherungsfällen“ geschaffen, sie sind dem Staate zur Erfüllung dieser ihrer Zwecke verpflichtet und haben als Korrelat dieser gegenüber dem Staate bestehenden Pflicht das Recht der Erhebung von Beiträgen. Derartige findet sich indessen gerade bei öffentlichen Genossenschaften häufig, wie z. B. bei den Innungen, ohne daß Leistung und Beitrags'erhebung hierdurch den Charakter von Leistung und Gegenleistung erhalten.

<sup>2)</sup> Z. B. das Verbot der Überversicherung, § 189.

- B. Die rechtliche Natur der sozialen Versicherung wird auch nicht durch ihre Bezeichnung als staatliche Fürsorge erschöpft:
1. Zwar betont diese Konstruktion mit Recht gegenüber der gegnerischen Auffassung die Selbständigkeit der Entschädigungspflicht einerseits, der Beitragspflicht andererseits als zweier voneinander unabhängiger Rechtsverhältnisse. Die Entschädigung wird nicht um der Beiträge wegen geschuldet, sondern auf Grund einer gesetzlich statuierten einseitigen Verpflichtung, der eine Gegenleistung nicht gegenübersteht.
  2. Die Bezeichnung als staatliche Fürsorge reicht indessen nicht aus, um die rechtliche Natur der sozialen Versicherung zu erklären. Denn eine staatliche Fürsorge liegt nicht nur bei der sozialen Versicherung, sondern überall da vor, wo der Staat in irgendeiner Weise zum Schutze oder zur Pflege der Wohlfahrt des einzelnen eingreift. Schule, Wohnungspolitik, Arbeiterschutz sind Betätigungen staatlicher Fürsorge, auf dem Gebiet der Jugend-erziehung hat die staatliche Fürsorge in jüngster Zeit sogar gerade unter diesem Namen einen gesetzestechnischen Ausdruck gefunden<sup>2)</sup>. Und von dem ureigensten Gebiete staatlicher Fürsorge, von der Armenpflege, unterscheidet sich die soziale Versicherung auf das schärfste, die Leistungen der sozialen Versicherung sind nach ausdrücklicher gesetzlicher Vorschrift keine Leistungen der öffentlichen Armenunterstützung, §§ 118 RVO., 92 AVG. Eine staatliche Fürsorge bildet endlich nicht einmal einen Gegensatz zu einer Versicherung im Rechtssinne, den die Vertreter dieser Ansicht gegenüber den Anhängern der Versicherungstheorie doch gerade aufstellen wollen. Denn wenn der Staat selbst im Interesse der Versicherten eine eigentliche Versicherung gesetzlich einführt, so würde auch seine solche Versicherung zweifellos den Charakter einer staatlichen Fürsorge tragen.
- Der Begriff der staatlichen Fürsorge ist darum nicht geeignet, die besondere rechtliche Eigenart der sozialen Versicherung im Gegensatz zu verwandten Einrichtungen, insbesondere Armenunterstützung, Arbeiterschutz und privater Versicherung, zu erklären<sup>3)</sup>.
- C. Den vermittelnden Ansichten, die auf eine einheitliche Konstruktion der gesamten sozialen Versicherung verzichten und einzelne Teile als Versicherung, andere als staatliche Fürsorge erklären, ist zunächst das gleiche zu erwidern, was im ganzen gegen eine Konstruktion der sozialen Versicherung als Versicherung im Rechtssinne bzw. als staatliche Fürsorge gesagt ist. Es kommt hinzu, daß sich diese Konstruktionen mit der Entstehungsgeschichte des sozialen

---

<sup>2)</sup> Preuß. Gesetz über die Fürsorgeerziehung Minderjähriger vom 2. Juli 1900.

<sup>3)</sup> Eine Fürsorge bildet auch nicht den Gegenstand der bei Eintritt eines entschädigungspflichtigen Tatbestandes entstehenden Ansprüche; hierüber vgl. das nähere unten S. 46 ff., insbesondere S. 46 Anm. 1.

Versicherungsrechtes in Widerspruch setzen, das aus einem einheitlichen Gedanken heraus geboren ist und nur einheitlich begriffen werden will.

Über die rechtliche Gleichstellung der Versicherungsberechtigten mit den Versicherungspflichtigen ist unten S. 39/40 das Nähere ausgeführt. Die Konstruktion der Unfallversicherung als Kollektivversicherung der Unternehmer gegen Haftpflicht verkehrt die Grundgedanken der sozialen Versicherung, die nicht die Unternehmer, sondern die Arbeiter gegen künftige Schäden sichern will. Sie widerspricht auch dem in §§ 903, 843 Nr. 1 ausgesprochenen Rechtsgedanken, wonach eine persönliche Ersatzhaftung der Unternehmer bis zu einem gewissen Grade fortbesteht und die berufsgenossenschaftliche Organisation nicht schon für sich allein eine Versicherung gegen Haftpflicht für den Unternehmer darstellt, sondern wonach höchstens mit dieser Organisation eine solche Versicherung als besondere Einrichtung verbunden werden kann.

## Kapitel II.

### **Der Entschädigungsanspruch als subjektives öffentliches Recht gegen den Staat.**

Der Begriff der staatlichen Fürsorge erklärt nicht die rechtliche Natur der sozialen Versicherung, sondern lediglich das Motiv, aus dem heraus die soziale Versicherung geschaffen worden ist. Das Ziel, das sich die staatliche Fürsorgetätigkeit setzte, war eine Sicherung der arbeitenden Bevölkerung gegen künftige Schäden, wie sie in der privaten Versicherung verwirklicht war. Die beiden Konstruktionen von der sozialen Versicherung als Versicherung im Rechtssinne und als staatliche Fürsorge erklären daher lediglich Motiv und Ziel der staatlichen Tätigkeit, nicht aber, in welcher Weise, mit welchen juristischen Mitteln die Betätigung staatlicher Fürsorge das Ziel einer Sicherung gegen Schäden verwirklicht hat.

Dieses juristische Mittel war die Einräumung eines gegen den Staat gerichteten subjektiven öffentlichen Rechts auf Entschädigung an die Angehörigen bestimmter sozialer Bevölkerungsklassen beim Eintritt bestimmter schädigender Ereignisse.

#### § 1.

### **Der Entschädigungsanspruch ein subjektives öffentliches Recht bestimmter sozialer Bevölkerungsklassen.**

Der juristische Schlüssel zu einer einheitlichen rechtlichen Konstruktion der sozialen Versicherung liegt darin, daß das der gesamten sozialen Versicherung gemeinsame Merkmal nicht auf der Schuldnerseite, sondern auf der Gläubigerseite zu suchen ist. Wirtschaftlich mag es die schwierigste Frage gewesen sein, wie die erforderlichen Mittel für

die Entschädigungen aufzubringen sind und wer als zahlungspflichtig anzusehen ist. Hier waren denn auch die Verhältnisse im einzelnen so verschiedenartig, daß eine einheitliche Regelung bis zum heutigen Tage nicht gelungen ist. Die Schwierigkeit der gesetzestechnischen Durchführung der Schuldnerseite darf aber nicht dazu verführen, diese Seite in den Vordergrund zu stellen und, lediglich von ihr ausgehend, mit Hilfe von Begriffen wie Versicherung oder Fürsorge einen einheitlichen Oberbegriff für das gesamte Gebiet zu suchen. Der rechtliche Schwerpunkt der sozialen Versicherung liegt vielmehr nicht in der Entschädigungsverpflichtung, sondern in der Entschädigungsberechtigung, und diese Seite ist für die gesamte soziale Versicherung in den rechtlichen Grundlagen einheitlich gestaltet.

Dieser einheitliche Grundgedanke der gesamten sozialen Versicherung ist bereits in der Kaiserlichen Botschaft vom 17. November 1881 in den Worten angedeutet, die Heilung der sozialen Schäden solle durch eine „positive Förderung des Wohles der Arbeiter“ versucht und ihnen zu diesem Zwecke ein Beistand gewährt werden, „auf den sie Anspruch haben“.

Hiernach baut sich die gesamte soziale Versicherung aus zwei juristischen Momenten auf: der Einräumung eines eigenen publicistischen Rechts auf Entschädigung in bestimmten Fällen (des „Entschädigungsanspruchs“) und der Verknüpfung dieses Rechts mit der Zugehörigkeit zu bestimmten sozialen Klassen.

1. Das erste Moment, der Entschädigungsanspruch, ist ein subjektives Recht, ein „Wollen dürfen“, eine gegebenenfalls im Wege Rechtens erzwingbare Befugnis. Der Entschädigungsanspruch ist ein öffentliches Recht, denn er ist dem einzelnen in seiner Eigenschaft als Glied einer sozialen Gruppe verliehen. Der Entschädigungsanspruch ist ein Anspruch, also ein gegen einen Gegner gerichtetes Recht auf Gewährung einer Leistung. Diese Leistung besteht (näheres vgl. unten S. 46 ff.) in einer Entschädigung für eine infolge bestimmter schädigender Ereignisse (Krankheit, Unfälle usw.) erlittene Einbuße:

Kraft des Entschädigungsanspruches ist der Entschädigungsberechtigte befugt, von dem Entschädigungsverpflichteten eine Entschädigung zu verlangen.

2. Rechte, öffentliche wie private, kann nur erwerben, wer rechtsfähig ist. Die Rechtsfähigkeit ist diejenige Eigenschaft einer Person, welche die Voraussetzung, die rechtliche Möglichkeit jedes Rechtserwerbes bildet. Die allgemeine Rechtsfähigkeit gewährt aber noch nicht die rechtliche Möglichkeit, jedes beliebige Recht zu erwerben, vielmehr gibt es eine Anzahl von Rechten, die nicht jedermann erwerben kann, sondern nur die Mitglieder bestimmter Personenklassen: einen Rechtsschutzanspruch gegenüber dem Ausland kann nur ein Deutscher, einen staatlichen Pensionsanspruch nur ein Beamter oder Offizier erwerben usw. So entspricht also der allgemeinen Rechtsfähigkeit, der rechtlichen Möglichkeit, überhaupt Rechte zu

erwerben, in den verschiedenen Rechtszweigen eine besondere Rechtsfähigkeit, die rechtliche Möglichkeit, gerade bestimmte Rechte zu erwerben.

So ist es auch im sozialen Versicherungsrecht: Die versicherungsrechtlichen Entschädigungsansprüche können nicht von jedermann erworben werden, sondern nur von bestimmten Personen, denen somit eine besondere Rechtsfähigkeit auf dem Gebiete des Versicherungsrechts, eine „Versicherungsfähigkeit“ innewohnt. Eine solche Fähigkeit ist die subjektive Voraussetzung zur Erlangung versicherungsrechtlicher Entschädigungsansprüche.

Das zweite Moment zum Verständnis der rechtlichen Natur der sozialen sogenannten Versicherung besteht nun darin, daß diese Versicherungsfähigkeit gesetzlich verknüpft ist mit der Zugehörigkeit zu bestimmten sozialen Bevölkerungsklassen. Nur wer zu jenen Bevölkerungsklassen gehört, ist versicherungsfähig; wer zu ihnen gehört, ist aber versicherungsfähig kraft Gesetzes auf Grund eben jener Zugehörigkeit <sup>1)</sup>.

Diese rechtliche Eigenschaft der Versicherungsfähigkeit kann nun unmittelbar auf Grund des Gesetzes entstehen, durch die bloße Tatsache des Vorhandenseins der gesetzlich vorgesehenen Qualitäten, wie z. B. lediglich die Abstammung von einem deutschen Vater die rechtliche Eigenschaft der deutschen Staatsangehörigkeit und damit die Fähigkeit, einen Rechtsschutzanspruch gegenüber dem Auslande zu erwerben, verleiht. In solchem Falle, wenn die Eigenschaft der Versicherungsfähigkeit lediglich auf Grund der Tatsache der Zugehörigkeit einer Person zu einer bestimmten Personenklasse ohne das Zutun der betreffenden Person besteht, spricht man auf dem Gebiete des sozialen Versicherungsrechts von „versicherungspflichtigen Personen“.

Die Eigenschaft der Versicherungsfähigkeit kann indessen außer an die Tatsache der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Personenklasse auch noch weiter an eine diesbezügliche Willenserklärung des einzelnen, ein ergänzendes öffentlichrechtliches Rechtsgeschäft geknüpft sein, wie z. B. die Erlangung der Eigenschaft eines preußischen Staatsangehörigen durch einen Reichsdeutschen, der nicht Preuße, sondern etwa Bayer ist, außer an seine Eigenschaft als Deutscher auch noch an die auf seinen Wunsch nicht zu versagende sog. Aufnahme geknüpft ist. In solchem Falle, wenn die Eigenschaft der Versicherungsfähigkeit außer an das Vorhandensein gewisser sozialer Qualitäten, nämlich die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Personenklasse, auch noch an ein ergänzendes öffentlichrechtliches Rechtsgeschäft geknüpft ist, dessen Vornahme oder Nichtvornahme im Belieben des einzelnen

---

<sup>1)</sup> Jene Zugehörigkeit braucht aber nicht die einzige Voraussetzung der Versicherungsfähigkeit zu sein, die Versicherungsfähigkeit kann vielmehr noch an weitere Voraussetzungen, vor allem an eine bestimmte Art der Beschäftigung, geknüpft sein.

steht, spricht man auf dem Gebiet des sozialen Versicherungsrechts von „versicherungsberechtigten Personen“<sup>1)</sup>.

Die Versicherungspflicht und die Versicherungsberechtigung sind hiernach in ihrer rechtlichen Grundlage der Erlangung einer versicherungsrechtlich bedeutsamen Eigenschaft auf Grund der Zugehörigkeit zu bestimmten Personenklassen nicht voneinander unterschieden: Die Versicherungsberechtigung ist wie die Versicherungspflicht keine Befugnis sondern eine rechtliche Fähigkeit, kein Dürfen sondern ein Können, kein Recht sondern eine Eigenschaft, die mit der Zugehörigkeit zu bestimmten sozialen Bevölkerungsklassen gesetzlich verknüpft ist. Während aber die Versicherungspflicht die Eigenschaft der Versicherungsfähigkeit unmittelbar auf Grund des Gesetzes verleiht, bedarf es bei der Versicherungsberechtigung hierzu noch eines in die freie Willensentschließung des einzelnen Berechtigten (oder eines Dritten) gelegten ergänzenden öffentlichrechtlichen Rechtsgeschäftes.

3. Das als „Entschädigungsanspruch“ bezeichnete subjektive öffentliche Recht gelangt für die versicherungsfähigen Personen bei Eintritt bestimmter Ereignisse unmittelbar auf Grund des Gesetzes zur Entstehung. An die rechtliche Eigenschaft der Versicherungsfähigkeit ist bei Eintritt jener Ereignisse die Entstehung des Entschädigungsanspruchs geknüpft, wie an die Eigenschaft eines Beamten bei Eintritt der Dienstunfähigkeit der Anspruch auf Pension, wie an die Eigenschaft eines Deutschen bei Eintritt einer Rechtsverletzung durch das Ausland der Anspruch auf Rechtsschutz.

## § 2.

### Der Entschädigungsanspruch ein gegen den Staat gerichtetes Recht.

Entschädigungs verpflichtet ist der Staat. Er ist es, für den in der Kaiserlichen Botschaft eine Entschädigungspflicht ausdrücklich anerkannt wird<sup>2)</sup>, gegen ihn ist der Entschädigungsanspruch gerichtet. Wie der Staat aber die ihm zustehenden Rechte nicht selbst auszuüben braucht, sondern die Ausübung anderen untergeordneten Verbänden delegieren kann, so kann er auch die Ausübung von Pflichten, die im Rechtssinne seine eigenen sind, auf andere übertragen. Zu diesem Zweck hat der Staat eine Anzahl von Schuldner, die sogenannten Versicherungsträger, als öffentlichrechtliche Genossenschaften zur Erfüllung staatlicher Aufgaben geschaffen und sie als die unmittelbaren Schuldner des Entschädigungsanspruchs bezeichnet. Wenn aber der Staat die Erfüllung seiner Pflichten an andere übertrug, so mußte er diese Ver-

---

<sup>1)</sup> Der Erwerb der Eigenschaft der Versicherungsfähigkeit durch die Versicherungsberechtigten beruht also nicht auf einem Vertrag, sondern auf einer einseitigen empfangsbedürftigen Willenserklärung. Auf diese Willenserklärung wird man die Vorschriften des BGB. §§ 104 ff. über Rechtsgeschäfte analog anwenden dürfen.

<sup>2)</sup> „ein der Gesamtheit gegenüber begründeter Anspruch . . . . .“

pflichteten auch leistungsfähig machen, sie in den Stand setzen, den ihnen auferlegten Pflichten nachzukommen. Und da es sich um die Erfüllung staatlicher Pflichten handelte, so waren auch die ihnen hierzu zur Verfügung gestellten Mittel solche, wie sie der Staat zur Erfüllung seiner eigenen Aufgaben in Anspruch nimmt: Die Beitragspflicht folgt aus der allgemeinen Untertanenpflicht wie die Steuerpflicht, und die Träger der Versicherung üben in der Einforderung der Beiträge ein ihnen zur Ausübung übertragenes staatliches Hoheitsrecht aus, dessen sie zur Erfüllung der ihnen auferlegten staatlichen Entschädigungspflicht bedürfen <sup>1)</sup>.

Zwar sind aus Gründen einer gerechten Verteilung der Lasten in erster Linie diejenigen zur Aufbringung der Mittel herangezogen, die hieran am unmittelbarsten interessiert sind. Aber der Anspruch bleibt darum doch ein solcher, der, wie die Kaiserliche Botschaft sagt, der Gesamtheit gegenüber begründet ist. Darum wurde in den ersten nicht Gesetz gewordenen Entwürfen der Unfallversicherungsgesetze ein Reichszuschuß vorgesehen (vgl. oben S. 6), darum wird bei der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung jede einzelne Rente durch einen Reichszuschuß ergänzt, darum tritt der Staat bzw. die Gemeinde bei Leistungsunfähigkeit der Versicherungsträger als Garant an ihre Stelle, §§ 647, 1335, 305, 389 Abs. II, 390.

Beitragspflicht und Entschädigungspflicht dienen zwar als solche der Erreichung ein und desselben Zweckes, aber nicht anders wie die Erfüllung fast sämtlicher Pflichten der Untertanen gegenüber dem Staate der Erfüllung der staatlichen Aufgaben dient. Daraus erklärt sich einerseits die Selbständigkeit und Unabhängigkeit beider Leistungen voneinander, andererseits die Gebundenheit der Erträge aus den versicherungsrechtlichen Beiträgen für die versicherungsrechtlichen Zwecke.

Das subjektive öffentliche Recht des Entschädigungsanspruchs ist hiernach ein gegen den Staat gerichtetes Recht, dessen Befriedigung der Staat bestimmten zu diesem Zweck von ihm errichteten und leistungsfähig ausgestalteten öffentlichrechtlichen Genossenschaften übertragen hat.

### Dritter Abschnitt.

## Die rechtliche Ausgestaltung des Entschädigungsanspruchs.

### Kapitel I.

#### Voraussetzungen des Entschädigungsanspruchs.

Der Entschädigungsanspruch entsteht auf Grund des Gesetzes bei Vorhandensein der gesetzlichen Voraussetzungen. Diese Voraussetzungen lassen sich in allgemeine Voraussetzungen, die in allen Fällen zur Ent-

<sup>1)</sup> Nur so lassen sich die Vorrechte bei der Beitreibung und im Konkursverfahren erklären.

stehung eines Entschädigungsanspruchs vorhanden sein müssen, und in besondere Voraussetzungen, die nur für einzelne Fälle vorgesehen sind, zerlegen. Während die letzteren, wie z. B. Erfordernis und Dauer einer Wartezeit, von Fall zu Fall verschieden sind und daher in den besonderen Teilen behandelt werden, ist auf die allgemeinen Voraussetzungen bereits hier kurz einzugehen.

Zur Entstehung eines sozialen Entschädigungsanspruchs bedarf es zweier allgemeiner Voraussetzungen:

Einmal ist erforderlich die Zugehörigkeit einer Person zu einer bestimmten Bevölkerungsklasse oder sozialen Gruppe, und zwar regelmäßig die Zugehörigkeit der eigenen Person, ausnahmsweise die Familienzugehörigkeit zu einer solchen Person. Hierdurch entsteht die Versicherungsfähigkeit, d. h., wie oben ausgeführt, die rechtliche Möglichkeit, einen Entschädigungsanspruch zu erlangen.

Die zweite allgemeine Voraussetzung bildet ein Tatbestand, bei dessen Eintritt der Entschädigungsanspruch zur Entstehung gelangt.

## § 1.

### Die versicherungsfähigen Personen.

#### I. Übersicht.

Die Bevölkerungsklassen, denen die Eigenschaft der Versicherungsfähigkeit zusteht, sind zusammenfassend die sogenannten „arbeitenden Bevölkerungsklassen“ in dem Sinne, der diesem Ausdruck im Sprachgebrauch innewohnt, und zwar mit Einschluß des Mittelstandes, also die vorwiegend im wirtschaftlichen Leben tätigen, nach Einkommen und Art der Arbeit den niederen und mittleren sozialen Schichten angehörenden Personen.

Ihr Grundstock setzt sich aus den eigentlichen „Arbeitern“ zusammen, für die die soziale Versicherung ursprünglich in erster Linie geschaffen worden ist. Die soziale Versicherung ist aber (vgl. oben S. 3) über den Kreis der Arbeiter hinaus auch auf andere Personenklassen erstreckt worden, denen einzelne Begriffsmerkmale der Arbeiterklasse fehlen. Der Kreis der versicherungsfähigen Personen ergibt sich daher am deutlichsten, wenn man vom Arbeiter ausgeht und zusieht, welche Begriffsmerkmale der Arbeiterklasse den sonstigen der sozialen Versicherung unterstellten Personenklassen fehlen, von welchen Erfordernissen als Voraussetzung der Versicherungsfähigkeit daher die Gesetzgebung allmählich Abstand genommen hat.

#### II. Die einzelnen Gruppen.

A. Arbeiter ist, wer seine körperliche Arbeitskraft berufsmäßig anderen für gewerbliche oder landwirtschaftliche Arbeiten zur Verfügung stellt:

Diese Begriffsbestimmung enthält 5 Merkmale:

1. Der Arbeiter leistet Arbeit nicht für sein eigenes Unternehmen, sondern für das eines anderen.



2. Dem Arbeiter fehlt die Selbständigkeit, das freie Bestimmungsrecht über die Art der Ausführung seiner Arbeit, er muß vielmehr den Weisungen eines anderen folgen, zu dem er kraft ausdrücklichen oder stillschweigenden Arbeitsvertrages in ein Abhängigkeitsverhältnis getreten ist.
3. Der Arbeiter leistet überwiegend körperliche und nicht geistige Arbeit.
4. Der Arbeiter leistet solche Art von Arbeit, wie sie das wirtschaftliche Leben und der Sprachgebrauch mit dem Begriffe des Arbeiters verbinden.
5. Die Leistung körperlicher Arbeit für andere muß der allgemeinen Richtung seiner regelmäßigen Tätigkeit entsprechen und keinen Ausnahmefall darstellen.

Arbeiter sind auf allen Gebieten der sozialen Versicherung versicherungspflichtig, in der Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung jedoch nur, wenn sie gegen Entgelt arbeiten, in der Unfallversicherung auch bei Leistung unentgeltlicher Arbeit.

- B. Der Unternehmer unterscheidet sich vom Arbeiter dadurch, daß er für sein eigenes, nicht für ein fremdes Unternehmen arbeitet. Die Tätigkeit eines kleinen Unternehmers kann der eines Arbeiters, was die Art der zu leistenden Arbeit betrifft, völlig entsprechen; nur geht die Arbeit des Unternehmers für seine eigene Rechnung, die des Arbeiters dagegen für Rechnung eines anderen.

Die Unternehmer sind nur, soweit sie den Arbeitern wirtschaftlich im wesentlichen gleichstehen, der Versicherung unterstellt, und auch dann sind sie meist nur zur freiwilligen Versicherung zugelassen, oder es ist die Unterstellung der Unternehmer unter die soziale Versicherung der Satzung oder einer Bundesratsverordnung überlassen. Nur in der See-Unfallversicherung sind die kleinen Unternehmer kraft Gesetzes der Versicherung unterstellt, § 1058.

- C. Die Hausgewerbetreibenden unterscheiden sich vom Arbeiter durch das Merkmal der Selbständigkeit. Die Hausgewerbetreibenden sind nach der gesetzlichen Definition solche selbständige Gewerbetreibende, die in eigenen Betriebsstätten im Auftrag oder für Rechnung anderer Gewerbetreibender gewerbliche Erzeugnisse herstellen oder verarbeiten, und zwar ohne Rücksicht darauf, ob sie die Roh- und Hilfsstoffe selbst beschaffen, § 162.

Die Hausgewerbetreibenden stehen demnach darin den Arbeitern gleich, daß sie im Auftrage und für Rechnung anderer arbeiten, sei es eines oder mehrerer Auftraggeber, und unterscheiden sich hierin von den sonstigen Unternehmern <sup>1)</sup>. Sie unterscheiden sich aber von den Arbeitern durch ihre persönliche Selbständigkeit gegenüber ihrem Auftraggeber, sowie dadurch, daß sie ihre Arbeit nicht auf

---

<sup>1)</sup> Die Hausgewerbetreibenden verwerten ihre Erzeugnisse daher nicht selbst und erzielen keinen Unternehmergeinn, sondern eine nach dem Stück bemessene sich wirtschaftlich wesentlich als Arbeitsentgelt darstellende Vergütung.

der Betriebsstätte ihres Arbeitgebers, sondern in eigenen Betriebsstätten, regelmäßig in der eigenen Wohnung verrichten<sup>1)</sup>. Der Begriff des Hausgewerbtreibenden ist auf die Herstellung und Verarbeitung gewerblicher Erzeugnisse beschränkt.

Die Hausgewerbtreibenden sind erst allmählich der Versicherung unterstellt worden. Zurzeit ist der Rechtszustand der, daß sie im Gebiet der Krankenversicherung auf Grund des Gesetzes versicherungspflichtig sind, im Gebiet der Unfallversicherung durch die Satzung der Versicherungsträger, im Gebiet der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung durch Verordnung des Bundesrats für versicherungspflichtig erklärt werden können, §§ 165, 548, 1229.

- D. Eine Anzahl auf geistigem Gebiet tätiger Personen ist in immer wachsendem Maße der sozialen Versicherung unterstellt und damit das Erfordernis vorwiegend körperlicher Arbeit immer mehr aufgegeben worden. Da die soziale Versicherung aber nur solche Personenklassen erfassen will, deren wirtschaftliche Existenz einer gleichen Sicherung bedarf wie die der Arbeiter, weil sie den Arbeitern in wirtschaftlicher Hinsicht tatsächlich gleich oder ähnlich stehen, so ist die Versicherungspflicht bei diesen Personen von der Höhe ihres Einkommens abhängig gemacht.

Von derartigen Personenklassen sind der gesamten sozialen Versicherung insbesondere die Betriebsbeamten unterstellt worden, obwohl sie vorwiegend nicht körperliche Arbeit leisten, sondern an der Leitung des Betriebes beteiligt sind, ferner der Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung die Lehrer und Erzieher, Bühnen- und Orchestermitglieder, und der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung durch das Versicherungsgesetz für Angestellte neuestens auch die Angestellten in leitender Stellung.

- E. Endlich ist auch das Erfordernis einer bestimmten Art der Arbeit, wie sie gerade gewerbliche oder landwirtschaftliche Arbeiter zu verrichten pflegen, als Voraussetzung der Versicherungsfähigkeit aufgegeben worden. Es sind daher der gesamten sozialen Versicherung die Seeleute, der Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung die Dienstboten, obwohl sie vorwiegend häusliche Arbeit verrichten, und die Handlungs-Gehilfen und Lehrlinge, obwohl ihnen vorwiegend die Leistung kaufmännischer Arbeiten obliegt, unterstellt worden.

### III. Gemeinsames Merkmal.

Demnach hat die Gesetzgebung, die vom Arbeiter ausgehend allmählich auch verwandte Personenklassen der sozialen Versicherung

<sup>1)</sup> Letzteres ist aber kein wesentlicher Unterschied vom Arbeiter; denn auch eigentliche Arbeiter, die also im Gegensatz zu den Hausgewerbtreibenden unselbstständig beschäftigt sind, können von ihrem Unternehmer außerhalb der Betriebsstätte beschäftigt werden (sogenannte Heimarbeiter). Bei den Hausgewerbtreibenden ist die Beschäftigung in eigenen Betriebsstätten aber Begriffsmerkmal und für die Art der Arbeit charakteristisch.

unterstellte, schließlich nur an einem einzigen Merkmal als Voraussetzung der Versicherungsfähigkeit festgehalten, nämlich an der Berufsmäßigkeit der geleisteten Arbeit. An diesem Merkmal wird die Gesetzgebung, die insbesondere hinsichtlich der Gruppen zu D und E den Kreis der versicherungsfähigen Personen ständig erweitert, auch festhalten müssen, wenn sie nicht den grundlegenden Rechtscharakter des sozialen Versicherungsrechts als eines Standesrechts bestimmter sozialer Klassen preisgeben will.

## § 2.

### Die entschädigungspflichtigen Tatbestände.

Entschädigungspflichtige Tatbestände, vom Gesetz als „Versicherungsfälle“ bezeichnet, sind solche Tatbestände, an welche die Entstehung eines Entschädigungsanspruchs als Folge geknüpft ist. Bis zum Eintritt dieser Tatbestände haben die versicherungsfähigen Personen noch keinerlei Rechte im technischen Sinn. Sie haben vielmehr auf Grund der Versicherungsfähigkeit lediglich die rechtliche Möglichkeit einen Entschädigungsanspruch zu erwerben und können durch Erfüllung einer Anzahl gesetzlich vorgesehener Erfordernisse, wie z. B. durch das Kleben von Beitragsmarken in der Invalidenversicherung, diese rechtliche Möglichkeit zu der bestimmten Aussicht erweitern, im Falle des Eintritts jener Tatbestände einen Entschädigungsanspruch zu erlangen.

Diese Aussicht stellt zwar wirtschaftlich unzweifelhaft ein Gut, einen Vermögenswert dar. Sie bedeutet aber im juristischen Sinne noch keinerlei Recht, auch nicht ein bedingtes oder befristetes Recht. Man könnte sie vielmehr lediglich als „Rechtsposition“ bezeichnen, die am ehesten der Anwartschaft<sup>1)</sup> der Beamten und Offiziere auf Pension vor dem Eintritt der Dienstunfähigkeit oder der rechtlichen Stellung der gesetzlichen Erben vor dem Eintritt des Erbfalles vergleichbar ist<sup>2)</sup>. Erst durch den Eintritt der entschädigungspflichtigen Tatbestände als auslösender Momente kommt ein Recht im technischen Sinne, der oben näher behandelte „Entschädigungsanspruch“, zur Entstehung<sup>3)</sup>.

Die entschädigungspflichtigen Tatbestände sind vom Gesetz erschöpfend<sup>4)</sup> aufgezählt. Ihre Eigenart besteht darin, daß sie erfahrungs-

---

<sup>1)</sup> Dieser Ausdruck wird freilich von der RVO. und dem AVG. teilweise in anderem Sinne gebraucht, insbesondere zur Bezeichnung der Anrechnungsfähigkeit entrichteter Beiträge.

<sup>2)</sup> Zu vgl. auch die Rechtsstellung der außerehelich Geschwängerten in bezug auf die Ansprüche aus § 1715 BGB. vor der Entbindung.

<sup>3)</sup> Die rechtliche Grundlage der Entschädigungspflicht des sozialen Versicherungsrechts bildet also eine Art obligatio ex lege, die rechtliche Grundlage der Entschädigungspflicht des privaten Versicherungsrechts bildet dagegen die Verpflichtung aus dem Versicherungsvertrag.

<sup>4)</sup> Zwar ist es der Satzung oder einer Bundesratsverordnung in geringem Umfang überlassen, die Reihe der entschädigungspflichtigen Tatbestände zu erweitern, aber nur auf gesetzlich vorgesehene Fälle.

gemäß eine Vermehrung der Ausgaben oder eine Verminderung der Einnahmen zur Folge haben. Sie sind teils einmalige Ereignisse (z. B. Tod, Niederkunft, Unfälle), teils dauernde Zustände (z. B. Krankheit, Invalidität, Alter). Wie die Zahl der versicherungsfähigen Personen, so wird auch die Zahl der entschädigungspflichtigen Tatbestände von der Gesetzgebung ständig erweitert. Die Arbeitslosigkeit ist nach deutschem Recht im Gegensatz zu der neuesten englischen Gesetzgebung in die Reihe der entschädigungspflichtigen Tatbestände bisher nicht aufgenommen.

## Kapitel II.

### Gegenstand des Entschädigungsanspruchs.

#### § 1.

#### Die rechtliche Natur der Entschädigung.

Gegenstand des Entschädigungsanspruchs ist eine „Entschädigung“; sie besteht in einem Ausgleich einer erlittenen Beeinträchtigung der wirtschaftlichen Daseinsmöglichkeit<sup>1)</sup>.

Die wirtschaftliche Daseinsmöglichkeit beruht für diejenigen Bevölkerungsklassen, für die das soziale Versicherungsrecht geschaffen ist, in der tatsächlichen Möglichkeit, entweder ihre eigene Arbeitskraft wirtschaftlich zu verwerten oder durch die wirtschaftliche Verwertung der Arbeitskraft eines anderen die zum Lebensunterhalt erforderlichen Mittel zu erhalten. Wird die Verwertbarkeit der eigenen Arbeitskraft oder der Arbeitskraft des Ernährers beschränkt oder aufgehoben, so erleidet daher die wirtschaftliche Daseinsmöglichkeit eine Beeinträchtigung.

Zweck des sozialen Versicherungsrechtes ist es, die arbeitenden Bevölkerungsklassen (vgl. oben S. 42) gegen derartige Beeinträchtigungen zu „sichern“, und zwar durch Heilung, durch Ausgleich der erlittenen wirtschaftlichen Einbuße. Dieser Ausgleich geschieht

<sup>1)</sup> Nicht angängig erscheint es, die Erwerbsfähigkeit als die gemeinsame Grundlage, als den Gegenstand der gesamten Versicherung zu konstruieren; denn in zahlreichen Fällen, in denen ein versicherungsrechtlicher Entschädigungsanspruch besteht, liegt eine Einbuße an Erwerbsfähigkeit, die ersetzt werden könnte, nicht vor, so bei dem Anspruch auf Sterbegeld, den Ansprüchen der Angehörigen in der Unfallversicherung und in der gesamten Hinterbliebenenversicherung. Nicht die Beeinträchtigung subjektiver Fähigkeiten des Versicherten wird ersetzt, sondern die Beeinträchtigung der objektiven wirtschaftlichen Daseinsmöglichkeit, die durch einen Tatbestand hervorgerufen wird, der erfahrungsgemäß eine Verringerung der Einnahmen oder eine Vermehrung der Ausgaben zur Folge hat.

Nicht angängig ist es ferner, den Gegenstand des Anspruchs in einer staatlichen Fürsorge zu sehen. Denn von einer Fürsorge kann nur dann die Rede sein, wenn für jemanden gesorgt wird, der der Sorge bedarf, wie dies die Armenunterstützung tut: das Maß der Fürsorge richtet sich nach dem Maße des Bedürfnisses. Bei der sozialen Versicherung richtet sich dagegen das Maß der zu gewährenden Leistungen nach dem Maße der durch den einzelnen entschädigungspflichtigen Tatbestand erfahrungsgemäß mutmaßlich erlittenen Einbuße. Eine solche Leistung ist juristisch ein Ersatz, eine Entschädigung, keine Fürsorge.

durch eine Entschädigung, d. h. analog dem Schadensersatz des Privatrechts durch tunlichste Wiederherstellung des wirtschaftlichen Zustandes, wie er vor dem Eintritt der Beeinträchtigung bestanden hat.

Hierzu ist ein doppeltes erforderlich: einmal muß die frühere Arbeitskraft bzw. ihre Verwertbarkeit wiederhergestellt, andererseits muß bis zu dieser Wiederherstellung die durch Verminderung der Arbeitskraft erlittene Einbuße ersetzt werden. Die Wiederherstellung der Arbeitskraft geschieht durch Hebung des beeinträchtigten körperlichen Zustandes im Wege der ärztlichen Behandlung und der Gewährung von Heil- und Hilfsmitteln. Der Ersatz der bis zur Wiederherstellung der Arbeitskraft erlittenen Einbuße erfolgt in der Form von Geldzahlungen oder anderweitiger Gewährung von Unterhalt: Wer geschwächt ist, wird gekräftigt, wer weniger verdienen kann, bekommt die Differenz ersetzt, wer des Ernährers beraubt ist, erhält seinen Unterhalt auf anderem Wege.

Insoweit entspricht also die versicherungsrechtliche Entschädigung dem Schadensersatz des Privatrechts, als auch die Entschädigung in erster Linie auf eine Wiederherstellung des früheren Zustandes abzielt, und zwar desjenigen Zustandes, der der früheren wirtschaftlichen Daseinsmöglichkeit entspricht <sup>1)</sup>.

Die versicherungsrechtliche Entschädigung unterscheidet sich indessen von dem Schadensersatz des Privatrechts in wesentlichen Punkten:

Während nämlich bei einem Schadensersatz nach bürgerlichem Recht in jedem einzelnen Falle der Schaden nach Art und Höhe genau festzustellen und in dem festgestellten Umfange zu ersetzen ist, ist die Entschädigung des Versicherungsrechts nicht nur hinsichtlich der Art des Ersatzes auf im voraus gesetzlich bestimmte Leistungen beschränkt, sondern auch, mit geringen Ausnahmen auf dem Gebiet der Unfall- und Krankenversicherung, innerhalb dieser Leistungen der Höhe nach ein für alle Mal gesetzlich festgestellt. Bei dieser gesetzlichen Bestimmung ist freilich versucht worden, Art und Höhe der

---

<sup>1)</sup> Eine Beeinträchtigung der wirtschaftlichen Daseinsmöglichkeit durch den Eintritt eines entschädigungspflichtigen Tatbestandes kann nicht nur für den durch jenen Tatbestand Betroffenen selbst, sondern auch für andere, insbesondere seine Angehörigen, eintreten: Dann kann auch ein Entschädigungsanspruch nicht nur in der Person des unmittelbar Betroffenen, sondern es kann neben diesem Entschädigungsanspruch oder an seiner Stelle ein Entschädigungsanspruch der Angehörigen zur Entstehung kommen.

In wessen Person also der Entschädigungsanspruch zur Entstehung gelangt, bemißt sich nach Lage des einzelnen Falles. Wirtschaftlich ist ist zwar die Entstehung des Entschädigungsanspruchs allemal ein wertvolles Gut für den von dem entschädigungspflichtigen Tatbestand Betroffenen, denn es ist für ihn von Wichtigkeit, nicht nur seine eigene Daseinsmöglichkeit, sondern auch die seiner Angehörigen gesichert zu wissen. Rechtlich braucht der Entschädigungsanspruch aber nicht in seiner Person zu entstehen, es kann vielmehr durch den Eintritt eines entschädigungspflichtigen Tatbestandes in seiner Person auch eine andere Person entschädigungsberechtigt werden. Hauptfälle dieser Art sind das Sterbegeld in der Krankenversicherung, § 201, und die Entschädigungsansprüche der Angehörigen und Hinterbliebenen in der Unfallversicherung, §§ 598, 586 ff.

Entschädigung im allgemeinen tunlichst der Art und Höhe des voraussetzlichen Schadens anzupassen. Im einzelnen Falle findet eine solche Anpassung aber nicht statt, der Entschädigungsberechtigte erhält vielmehr einerseits die Entschädigungsleistungen ohne Rücksicht darauf, ob er einen tatsächlichen Schaden überhaupt erlitten hat <sup>1)</sup>, andererseits aber auch nur die gesetzlichen Entschädigungsleistungen ohne Rücksicht darauf, ob sein tatsächlicher Schaden den Umfang dieser Leistungen übersteigt <sup>2)</sup>.

## § 2.

### Entschädigungsleistungen.

Die Entschädigung setzt sich aus einzelnen Leistungen zusammen.

- a) Diese Leistungen sind keine öffentlichen Armenunterstützungen; denn sie werden nicht als ein Almosen gewährt, auf das der Empfänger keinen Anspruch hat, sondern auf Grund eines eigenen Rechtes, dessen Durchsetzung gegebenenfalls in einem gerichtlichen Verfahren erstritten werden kann, §§ 118 RVO., 92 AVG.
- b) Während die Entstehung des Entschädigungsanspruches als solchen an den Eintritt eines entschädigungspflichtigen Tatbestandes geknüpft ist, entstehen die Ansprüche auf die einzelnen Entschädigungsleistungen erst mit der Fälligkeit der jeweilig geschuldeten Leistung.
- c) Die Leistungen sind nach Art und Umfang gesetzlich bestimmt. Der Schuldner kann nicht beliebige andere Leistungen an ihrer Stelle gewähren. Nur die Gewährung bestimmter ebenfalls gesetzlich festgestellter Ersatzleistungen ist dem Schuldner gestattet, z. B. die Gewährung einer Anstaltbehandlung an Stelle einer Rentenzahlung; insofern steht ihm also eine *facultas alternativa* zu.
- d) Der Entschädigungsanspruch als solcher ist an die Person des Berechtigten geknüpft und unvererblich. Auch Abtretung, Verpfändung und Pfändung sind daher unzulässig. Für die Ansprüche auf die einzelnen Leistungen gilt zwar regelmäßig <sup>3)</sup> das Gleiche. Soweit die Leistungen indessen fällig sind, geht der Anspruch auf diese Leistungen in einer von der gesetzlichen Erbfolge bisweilen abweichenden Reihenfolge (zu vergleichen §§ 614, 1302 RVO., 66 AVG.) auf die Erben über.

<sup>1)</sup> Z. B. wenn der Unfallverletzte unentgeltlich arbeitete oder wenn der über 70 Jahre Alte noch voll erwerbsfähig ist.

<sup>2)</sup> Auch ist der Ersatz den zur Verfügung stehenden Mitteln und dem Zweck der Versicherung entsprechend nicht immer ein voller, sondern bleibt hinter dem entstandenen Schaden oft absichtlich zurück. Hierdurch soll zugleich dem Anreiz zur Simulation vorgebeugt werden.

<sup>3)</sup> Ausnahmsweise ist nach §§ 119 RVO., 93 AVG. Übertragung, Verpfändung und Pfändung zulässig

a) wegen eines Vorschusses auf den Anspruch, den der Berechtigte von seinem Arbeitgeber oder von einem Organ oder Mitglied eines Organs des Versicherungsträgers erhalten hat,

- e) Der Entschädigungsanspruch im ganzen wie die Ansprüche auf die einzelnen Entschädigungsleistungen sind vielfach den gleichen Grundsätzen unterworfen wie die Ansprüche des bürgerlichen Rechts. Insbesondere unterliegen auch diese Ansprüche dem Einfluß des Zeitablaufs, sei es in der Form von Ausschlußfristen, mit deren Ablauf die Ansprüche erlöschen <sup>1)</sup>, sei es in der Form der Verjährung, nach deren Ablauf dem Verpflichteten lediglich das Einrederecht zusteht, trotz Fortbestehens des Anspruchs die Leistung zu verweigern <sup>2)</sup>. Aber auch andere Einwendungen und Einreden im Sinne der privatrechtlichen Lehre können die Geltendmachung dieser Ansprüche ausschließen <sup>3)</sup> bzw. ein Recht zur Verweigerung der geschuldeten Leistung begründen <sup>4)</sup>.

### Kapitel III.

## Schuldner des Entschädigungsanspruchs. (Die Träger der Versicherung.)

### § 1.

#### Begriff und Organisation der Träger der Versicherung.

##### I. Begriff.

Die Schuldner des Entschädigungsanspruches werden vom Gesetz als „Träger der Versicherung“ bezeichnet.

- A. Die Träger der Versicherung sind öffentliche Genossenschaften oder Anstalten zur Erfüllung von Aufgaben, die (vgl. oben S. 40/41) an sich dem Staat obliegen. Sie sind juristische Personen des öffentlichen Rechts, haben aber als solche mit Ausnahme der Reichs-

b) wegen der in § 850 Abs. IV der Zivilprozeßordnung genannten Alimentationsforderungen,

c) wegen der Ersatzforderungen von Gemeinden und Armenverbänden für pflichtgemäße Unterstützungen (§ 1531) oder von Arbeitgebern und Kassen, die an ihre Stelle getreten sind; stets aber nur in Höhe der Ersatzansprüche,

d) wegen rückständiger längstens 3 Monate fälliger Beiträge.

Mit Genehmigung des Versicherungsamts bzw. Rentenausschusses ist die Abtretung auch in anderen Fällen zulässig. Vgl. ferner §§ 621, 622, 955, 1117, 1325.

<sup>1)</sup> So im Falle der versäumten Anmeldung nach § 1546. Die Rechtsprechung hat freilich für das bisherige Recht diesen Fall als einen Fall der Verjährung behandelt und einen Verzicht auf die „Einrede der Verjährung“ zugelassen. Vgl. ferner § 1300.

<sup>2)</sup> Vgl. z. B. §§ 29 Abs. III, 223 RVO.

<sup>3)</sup> Beispiel für Einwendungen:

a) gegenüber dem Anspruch im ganzen: Wegfall der Bedürftigkeit im Fall der §§ 593, 1260—1262.

b) gegenüber dem Anspruch auf die einzelnen Leistungen: Erfüllung, Aufrechnung.

<sup>4)</sup> Beispiel für Einreden:

a) gegenüber dem Anspruch im ganzen: Versagung gemäß §§ 557 Abs. I, 1254 Abs. II.

b) gegenüber dem Anspruch auf die einzelnen Leistungen: Verjährung.

versicherungsanstalt für Angestellte (vgl. § 97 AVG.) nicht die Eigenschaft einer öffentlichen Behörde. Sie sollen die Angelegenheiten der sozialen Versicherung praktisch durchführen. Zu diesem Zwecke sind sie errichtet und durch diesen Zweck wird zugleich ihr Tätigkeitsgebiet umgrenzt. Sie besorgen diese Angelegenheiten zwar als eigene im Wege der Selbstverwaltung (vgl. unten § 2), sind aber dem Staate hierzu rechtlich verpflichtet und unterstehen daher der staatlichen Aufsicht (vgl. unten Kap. IV § 2).

- B. Die Träger der Versicherung sind Zusammenfassungen der an der sozialen Versicherung Beteiligten. Die Zusammenfassung beruht teils auf räumlicher Grundlage, indem die Organisation nach örtlichen Bezirken erfolgt und alle in diesem Bezirke Wohnenden umfaßt, teils auf beruflicher Grundlage, indem die Organisation sich auf der Gliederung der Menschen nach verschiedenen Berufszweigen aufbaut und alle dem gleichen Berufe Angehörigen zusammenschließt, teils endlich auf einer Vereinigung beider Momente.
- C. Die Träger der Versicherung werden in der Krankenversicherung als Krankenkassen, in der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung als Versicherungsanstalten bzw. als Reichsversicherungsanstalt für Angestellte, in der Unfallversicherung als Berufsgenossenschaften bezeichnet, §§ 3 RVO., 96 AVG. Die Krankenkassen beruhen ebenso wie die Berufsgenossenschaften teils auf örtlicher, teils auf beruflicher Grundlage, die Versicherungsanstalten sind lediglich auf örtlicher Grundlage aufgebaut.

## II. Organisation.

- A. Als juristische Personen bedürfen die Träger der Versicherung zur Bildung und Betätigung eines Willens bestimmter aus einzelnen physischen Personen bestehender Organe, durch die sie handelnd in das Wirtschafts- und Rechtsleben eingreifen können<sup>1)</sup>. Auch diese Organe sind keine öffentlichen Behörden, und ihre Mitglieder sind regelmäßig nicht staatliche Beamte. Nur im Gebiet der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung ist den Vorständen der Versicherungsanstalten und den Rentenausschüssen der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte die Eigenschaft einer öffentlichen Behörde beigelegt, §§ 1343 RVO., 123 AVG.
- B. Die Organe der Versicherungsträger sind teils notwendig auf Grund des Gesetzes, teils zulässig auf Grund einer Bestimmung der Satzung. Welche Organe notwendig oder zulässig sind, ist bei den einzelnen Trägern der Versicherung verschieden. Doch sind zwei Organe als notwendig allen Trägern der Versicherung ge-

<sup>1)</sup> Zu unterscheiden von den Organen und ihren Mitgliedern sind die Angestellten, die auf Grund vertraglicher Vereinbarung Angelegenheiten der Versicherungsträger zu verrichten haben, aber nur im inneren Geschäftsverkehr der Versicherungsträger tätig werden und niemals nach außen Vertretungsmacht besitzen. Praktisch ist freilich ihre Stellung bisweilen von nicht geringerer Bedeutung als die der Mitglieder der Organe.



meinsam, ein Organ für die laufende Verwaltung und ein Repräsentativorgan.

1. Als Organ der laufenden Verwaltung besteht der Vorstand, bei der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte „Direktorium“ genannt. Der Vorstand besorgt alle Geschäfte, soweit sie nicht durch Gesetz oder Satzung anderen Organen vorbehalten sind. Er hat ferner die Stellung eines gesetzlichen Vertreters und vertritt als solcher den Träger der Versicherung gerichtlich und außergerichtlich. Seine Vertretungsmacht nach außen ist selbst durch die Satzung nur insoweit beschränkbar, als das Gesetz ausnahmsweise eine Beschränkung zuläßt. Doch braucht die Vertretung nicht stets dem Gesamtvorstand zuzustehen, sondern kann durch die Satzung auch einzelnen Mitgliedern, vor allem dem Vorsitzenden, übertragen werden, § 5 RVO.
  2. Das Repräsentativorgan, das etwa einer Generalversammlung entspricht, wird in der Krankenversicherung und Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung der Arbeiterversicherung als Ausschuß, in der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung der Angestelltenversicherung als Verwaltungsrat, in der Unfallversicherung als Genossenschaftsversammlung bezeichnet. Es besteht regelmäßig aus gewählten Vertretern der Beteiligten, nur ausnahmsweise in der gewerblichen Unfallversicherung kann es aus sämtlichen Mitgliedern bestehen. Diesem Organ steht vor allem eine Kontrolle über die gesamte Verwaltung, die Mitwirkung bei besonders wichtigen Angelegenheiten, meist <sup>1)</sup> auch die Aufstellung und Änderung der Satzung zu.
- C. Die Zusammensetzung des einzelnen Organs ist zwar in den verschiedenen Zweigen der sozialen Versicherung verschiedenartig geregelt. Doch ist bei sämtlichen Organen eine Mitwirkung der Beteiligten in unbesoldeten Ehrenämtern, bisweilen sogar eine Besetzung der Organe ausschließlich mit Laien, ausdrücklich gesetzlich vorgesehen. Um aber eine Gewähr dafür zu schaffen, daß jene an der Verwaltung der Versicherungsträger beteiligten Laien die erforderlichen Eigenschaften besitzen, um den Interessen der Beteiligten gerecht zu werden und den von Seiten des Staates zu stellenden Anforderungen zu genügen, ist die Mitwirkung von Laien im Ehrenamt als Mitglieder der Organe der Versicherungsträger nach drei Richtungen hin gesetzlich geordnet, nämlich einmal hinsichtlich des Kreises der in Betracht kommenden Personen, ferner hinsichtlich der Art ihrer Berufung zu den Ehrenämtern und endlich hinsichtlich einer Gewähr für eine ordnungsmäßige Amtsführung.
1. Was den Personenkreis betrifft, so sind zu den Ehrenämtern in den Organen der Versicherungsträger wählbar volljährige

---

<sup>1)</sup> Nämlich in der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung der Arbeiterversicherung und in der Unfallversicherung, ferner in der Krankenversicherung hinsichtlich der Satzungsänderung.

Deutsche ohne Unterschied des Geschlechtes<sup>1)</sup>, und zwar als Vertreter der Unternehmer, wenn sie mindestens einen Versicherungspflichtigen beschäftigen, der bei dem betreffenden Versicherungsträger versichert ist, als Vertreter der Versicherten, wenn sie bei dem betreffenden Versicherungsträger selbst versichert sind<sup>2)</sup>, §§ 12—14 RVO., 112—114, 134, 147, 151 AVG.

Die Wählbarkeit geht durch strafgerichtliche Aberkennung der Fähigkeit zur Bekleidung öffentlicher Ämter, ferner durch Strafverfolgung (Eröffnung des Hauptverfahrens) wegen eines Verbrechens oder eines Vergehens, das diesen Verlust zur Folge haben kann, sowie durch gerichtliche Anordnung einer Verfügungsbeschränkung über das Vermögen (insbesondere Konkursöffnung) verloren, § 12 RVO., §§ 112, 134, 147 AVG.

Die Annahme der Wahl ist den Vertretern der Unternehmer zur Pflicht gemacht und kann nur aus bestimmten nach dem Gesetz oder der Satzung zugelassenen Gründen abgelehnt werden, §§ 17, 18, 24 Abs. IV RVO., 116, 117, 136, 137, 152, 153 AVG. Die Vertreter der Versicherten sind dagegen zur Annahme eines Ehrenamtes nicht gezwungen. Doch sind sie in der Übernahme und Erfüllung ehrenamtlicher Pflichten ihren Arbeitgebern gegenüber gesichert, §§ 22, 139, 140 RVO., 119, 136, 152, 345—346 AVG.

## 2. Die Berufung zu den Ehrenämtern geschieht durch Wahl.

Wer wahlberechtigt ist, ist in den einzelnen Versicherungszweigen verschieden geregelt, jedoch besteht regelmäßig allgemeines Wahlrecht. Das Stimmrecht der Unternehmer kann nach bestimmten Maßstäben verschieden abgestuft werden, insbesondere auf Grund der Zahl der von ihnen beschäftigten Personen oder der Höhe der gezahlten Löhne oder Beiträge. Die Wahl ist geheim und regelmäßig unmittelbar.

Als Wahlmodus ist einheitlich der Grundsatz der Verhältniswahl aufgestellt, §§ 15 RVO., 111, 134, 149 AVG.<sup>3)</sup>

Die Verhältniswahl bildet den Gegensatz zur Mehrheitswahl: Während bei einer Mehrheitswahl die Kandidaten nur derjenigen Partei gewählt werden, welche die Mehrheit besitzt, Kandidaten anderer Parteien dagegen aus der Wahl nicht hervorgehen können, sollen bei der Verhältniswahl die Kandidaten aller Parteien nach Verhältnis der zahlenmäßigen Stärke der einzelnen Partei gewählt werden. Gehören z. B. von 9000 Wählern 6000 der Partei A und 3000 der Partei B an und sind 12 Kandidaten

<sup>1)</sup> Jedoch dürfen bei den richterlichen Entscheidungen des Rentenausschusses der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte als Beisitzer nur Männer mitwirken, § 131 AVG. Zu den Ehrenämtern bei den Versicherungsbehörden (Kap. IV) sind nur Männer wählbar.

<sup>2)</sup> Über Arbeitgeber, die zugleich Versicherte sind, vgl. § 14 Abs. II RVO.

<sup>3)</sup> Dies gilt aber nur für die Wahl zum Mitglied eines Organs, dagegen nicht für Wahlen innerhalb eines Organs.

zu wählen, so würden bei einer Mehrheitswahl alle 12 Kandidaten der Partei A und kein einziger Kandidat der Partei B gewählt sein, bei einer Verhältniswahl dagegen 8 Kandidaten der Partei A und 4 Kandidaten der Partei B.

Die praktische Durchführung der Verhältniswahl geschieht meist mit Hilfe von Wahlvorschlagslisten, welche die einzelnen Parteien vor der Wahlhandlung zur Veröffentlichung einreichen<sup>1)</sup>. Die Listen enthalten die Namen derjenigen Kandidaten, welche für die Wahl in Vorschlag gebracht werden. Die einzelnen Wähler können bei Abgabe ihrer Stimme, die durch Stimmzettel erfolgt, entweder lediglich unter den verschiedenen Listen die Wahl haben, für eine dieser Listen aber unverändert<sup>2)</sup> stimmen müssen; dann spricht man von gebundenen Listen. Oder aber die Wähler können bei Abgabe ihrer Stimme eine eigene Liste bilden, sei es durch Entnahme von Kandidaten aus mehreren Wahlvorschlagslisten („panachieren“ oder „mischen“), sei es durch Wählen solcher Kandidaten, die in keiner Wahlvorschlagsliste genannt sind („Wilde“). Dann spricht man von freien Listen<sup>3)</sup> 4).

Für die Ermittlung des Wahlergebnisses gibt es verschiedene Wege. Der einfachste Weg besteht darin, daß man die Zahl der abgegebenen Stimmen durch die Zahl der zu wählenden Kandidaten teilt, in obigem Beispiel also  $9000 : 12 = 750$ . Die Zahl der für jeden Wahlvorschlag abgegebenen Stimmen dividiert durch diese Zahl („Verteilungszahl“ oder „Wahl-

<sup>1)</sup> Mehrere Parteien können auch Wahlvorschläge mit der Bestimmung einreichen, daß ihre Wahlvorschläge im Verhältnis zu den Wahlvorschlägen anderer Parteien als ein gemeinsamer Wahlvorschlag angesehen werden sollen (sog. gebundene Listen). Es wird dies insbesondere dann geschehen, wenn mehrere Parteien zwar auf die Aufstellung eigener Kandidaten nicht verzichten wollen, zueinander aber näher stehen als zu anderen Parteien.

<sup>2)</sup> Doch können die Wähler das Recht haben, innerhalb der Wahlvorschlagsliste je nach dem Kandidaten, den sie bevorzugen, die Reihenfolge zu ändern („einfach gebundene“ Listen im Gegensatz zu den „streng gebundenen“ Listen).

<sup>3)</sup> Sind z. B. zwei Wahlvorschläge eingegangen und sind auf Wahlvorschlag I die Kandidaten A, B, C und D, auf Wahlvorschlag II die Kandidaten X, Y, Z und U vorgeschlagen, so darf der Wähler bei dem System der streng gebundenen Listen nur einen Stimmzettel abgeben, der entweder A, B, C, D oder X, Y, Z, U lautet. Bei den einfach gebundenen Listen darf er zwar auch nur eine der beiden Gruppen wählen, aber er darf innerhalb der Gruppen die Reihenfolge ändern, also z. B. einen Stimmzettel mit C, B, A, D oder X, U, Z, Y abgeben. Bei den freien Listen mit Panachieren darf sich der Wähler aus den 8 genannten Kandidaten seinen Stimmzettel zusammenstellen, also etwa A, C, Y und Z wählen, bei den freien Listen mit Zulassung von Wilden darf er endlich einem Bewerber seine Stimme geben, der sich unter jenen 8 Namen nicht befindet, also etwa A, X, K und L auf seinen Stimmzettel setzen.

<sup>4)</sup> Bisweilen dürfen die Wähler auch, anstatt jedem Kandidaten eine Stimme zu geben, einem einzelnen Kandidaten mehrere Stimmen geben (sog. „Kumulieren“ oder „Stimmhäufen“). Der Stimmzettel würde dann gemäß dem Beispiel in der vorigen Anmerkung etwa A, B, B, C oder Z, Z, Z lauten.

quotient“) ergibt dann die Zahl der auf jeden Wahlvorschlag entfallenden Kandidaten:  $\frac{6000}{750} = 8$ ;  $\frac{3000}{750} = 4$  <sup>1)</sup>.

Über die Giltigkeit der Wahlen entscheidet in der Arbeiterversicherung die Aufsichtsbehörde, § 33 RVO. <sup>2)</sup>, in der Angestelltenversicherung hinsichtlich der Wahlen zum Verwaltungsrat der Reichskanzler, § 111 AVG., zu den Rentenausschüssen die oberste Verwaltungsbehörde, § 134 AVG., zu den Vertrauensmännern die untere Verwaltungsbehörde, § 149 AVG.

Die Wahlzeit dauert in der Arbeiterversicherung 4 Jahre, in der Angestelltenversicherung 6 Jahre, § 16 RVO., §§ 115 136, 152 AVG.

3. Eine ordnungsmäßige Amtsführung der gewählten Inhaber von Ehrenämtern ist in dreifacher Weise gewährleistet, zivilrechtlich, strafrechtlich und disziplinarrechtlich.
  - a) Die zivilrechtliche Gewährleistung geschieht dadurch, daß die Mitglieder der Organe dem Versicherungsträger für eine getreue Geschäftsverwaltung haften, und zwar wie Vormünder ihren Mündeln, also für jedes Verschulden, Vorsatz wie Fahrlässigkeit, § 23 RVO. <sup>3)</sup> <sup>4)</sup>.
  - b) In strafrechtlicher Beziehung ist bestimmt, daß Mitglieder von Organen, die vorsätzlich zum Nachteil des Versicherungsträgers handeln, einer Gefängnisstrafe verfallen, neben der auf Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte und, falls die Handlung in der Absicht begangen ist, sich oder einem anderen einen Vermögensvorteil zu verschaffen, auf Geldstrafe erkannt werden kann, § 23 Abs. II RVO. <sup>5)</sup>.
  - c) Eine disziplinarrechtliche Ahndung pflichtwidriger Amtsführung endlich kann sowohl im Wege einer Ordnungsstrafe wie einer eigentlichen Disziplinarstrafe erfolgen.

Zur Verhängung von Ordnungsstrafen ist der Vorsitzende befugt, falls ein Mitglied sich der Erfüllung seiner Pflichten entzieht. Die Beschwerde geht an die Aufsichtsbehörde, in

---

<sup>1)</sup> Dieser Weg führt freilich wegen der Notwendigkeit der Verteilung überschüssiger Stellen nach der Reihenfolge der Größe der Reste oft zu ungenauen Ergebnissen.

<sup>2)</sup> Vgl. aber § 1352 Abs. III RVO.

<sup>3)</sup> In der Angestelltenversicherung fehlt es an einer entsprechenden Bestimmung. Da dort die beamteten Elemente stärker vertreten sind, so wird im allgemeinen § 839 BGB. die etwa erforderliche Handhabe bieten.

<sup>4)</sup> Bei Beratung über solche Gegenstände, welche ihre oder ihrer Angehörigen Privatinteressen berühren, müssen sich die Mitglieder der Teilnahme an der Beratung und Abstimmung enthalten, sich auch während der Beratung aus dem Sitzungszimmer entfernen, § 23 Abs. III RVO.

<sup>5)</sup> Auch hierfür fehlt eine entsprechende Bestimmung in der Angestelltenversicherung; den erforderlichen Schutz bieten gegebenenfalls bei den beamteten Mitgliedern die Vorschriften der §§ 331 ff. des Strafgesetzbuchs über Verbrechen und Vergehen im Amte.

der Angestelltenversicherung an das Schiedsgericht, §§ 19, 20 RVO., 139 AVG.

Ein eigentliches disziplinarisches Eingreifen findet statt, wenn von einem Gewählten Tatsachen bekannt werden, die seine Wählbarkeit oder seine Vertrauenswürdigkeit für die Geschäftsführung ausschließen, insbesondere eine grobe Verletzung seiner Amtspflicht darstellen. In solchem Falle ist der Gewählte durch Beschluß seines Amtes zu entheben. Der Beschluß erfolgt regelmäßig durch den Vorstand (dagegen geht die Beschwerde an den Beschlußsenat des Reichsversicherungsamts), bei Krankenkassen durch die Aufsichtsbehörde (dagegen geht die Beschwerde an die Beschluskammer des Oberversicherungsamts), in der Angestelltenversicherung bei Mitgliedern des Verwaltungsrats durch diesen (dagegen geht die Beschwerde an den Reichskanzler), bei den Beisitzern der Rentenausschüsse durch den Vorsitzenden (dagegen geht die Beschwerde an das Schiedsgericht), bei den Vertrauensmännern durch die untere Verwaltungsbehörde (dagegen geht die Beschwerde an die höhere Verwaltungsbehörde), §§ 24 RVO., 120, 138, 154 AVG. Der Enthebungsbeschluß hat, soweit ein Wahlausschließungsgrund vorlag oder nachträglich die Voraussetzungen der Wählbarkeit wegfallen, lediglich deklaratorische, im übrigen konstitutive Bedeutung.

## § 2.

### Die Selbstverwaltung der Träger der Versicherung.

Mit dem Namen Selbstverwaltung bezeichnet man bei den Trägern der Versicherung drei verschiedene Gebiete:

1. Einmal gilt als ein Ausfluß der Selbstverwaltung die Befugnis der Träger der Versicherung, im Wege der Satzung verbindliche Normen zu setzen. Diese Befugnis hat indessen mit dem Rechtsbegriff der Selbstverwaltung nichts zu tun, sie ist vielmehr ein Stück eigener Gesetzgebungsgewalt (Autonomie), das den Trägern der Versicherung verliehen ist, und das daher oben S. 26 bei den Quellen des Versicherungsrechts behandelt worden ist.
2. Ferner bezeichnet man als Selbstverwaltung der Träger der Versicherung den Grundsatz, daß die Geschäfte der Versicherungsträger durch Laien im Ehrenamt und nicht durch besoldete Beamte besorgt werden. Die Frage der Besoldung ist indessen für den Begriff der Selbstverwaltung ohne Bedeutung. Dieser Grundsatz ist daher in § 1 bei der Organisation der Versicherungsträger besprochen. Er ist bei den Trägern der Versicherung nicht restlos durchgeführt, vielmehr werden insbesondere auf dem Gebiet der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung vielfach die Geschäfte der Versicherungsträger durch besoldete, teilweise sogar durch staatliche Beamte geführt.

3. Nach der herrschenden Lehre bedeutet Selbstverwaltung den Gegensatz zum Verwalteterwerden. Sie liegt dann vor, wenn eine oberste Gewalt die ihr zustehenden Hoheitsrechte nicht unmittelbar mittels ihres eigenen Beamtenkörpers durchführt, sondern sich darauf beschränkt, lediglich die Normen für die Ausübung ihrer Hoheitsrechte aufzustellen und ihre Durchführung zu beaufsichtigen, während die Durchführung selbst untergeordneten Körperschaften überlassen bleibt.

In diesem Sinne steht den Trägern der Versicherung eine Selbstverwaltung in weitestem Maße zu. Sie verwalten ihre Angelegenheiten nach eigenem Ermessen und durch eigene Organe und eigene Angestellte innerhalb eines Rahmens, der ihnen durch die in Gesetz oder Satzung aufgestellten Normen gesteckt ist. In welcher Weise sie die versicherungsrechtlichen Angelegenheiten am zweckmäßigsten erfüllen, bleibt ihnen überlassen, sofern sie sich nur innerhalb der Schranken jener Normen halten. Lediglich die Kontrolle, ob dies geschehen ist, wird vom Staat im Wege der unten zu besprechenden Aufsicht geübt <sup>1)</sup>.

#### Kapitel IV.

### Verwirklichung des Entschädigungsanspruchs. (Die Versicherungsbehörden.)

#### § 1.

#### Begriff und Organisation der Versicherungsbehörden.

##### I. Begriff.

- A. Die Durchführung der Angelegenheiten der Versicherung erfolgt zwar durch die Versicherungsträger im Wege der Selbstverwaltung. Da die Träger der Versicherung indessen, wie oben ausgeführt, staatliche Pflichten zu erfüllen haben, so ist der Staat an der Erfüllung dieser Pflichten durch Verwirklichung der Entschädigungsansprüche in hohem Maße interessiert. Darum sind von Seiten des Staates besondere Einrichtungen getroffen worden, welche die Verwirklichung der Entschädigungsansprüche zu sichern haben. Diese Einrichtungen bestehen in einer staatlichen Behördenorganisation für die Zwecke der Versicherung, der es obliegt, die Ver-

---

<sup>1)</sup> Als ein Teil der Selbstverwaltung werden bisweilen auch die Strafbefugnisse bezeichnet, die den Versicherungsträgern gegenüber ihren Mitgliedern beigelegt sind. Nach der obigen Begriffsbestimmung der Selbstverwaltung ist auch dies unzutreffend, vielmehr handelt es sich dabei teilweise um eine strafrechtliche Autonomie, teilweise lediglich um eine eigene Strafverhängungsbefugnis. Das Recht auf Strafe steht in allen Fällen den Trägern der Versicherung und nicht dem Staate zu. Ein Verzicht auf die Strafe durch Erlaß oder Milderung kann daher durch das Staatsoberhaupt als Repräsentant der Staatsgewalt im Wege der Begnadigung nicht erfolgen. Anders bei den durch die Versicherungsbehörden verhängten Strafen.

wirklichung des Entschädigungsanspruchs, die durch die Träger der Versicherung als Schuldner der Entschädigungsansprüche erfolgt, auch staatlich zu gewährleisten. Diese vom Staate zum Zwecke der Verwirklichung der Entschädigungsansprüche eingerichteten Behörden heißen „Versicherungsbehörden“. Sie sind für die gesamte soziale Versicherung, mit Ausnahme der Angestelltenversicherung, einheitlich gestaltet worden.

- B. Die Aufgaben der Versicherungsbehörden bestehen in Verwaltung und (verwaltungsgerichtlicher) Rechtsprechung <sup>1)</sup>.
1. Da die Aufgaben der Verwaltung im sozialen Versicherungsrecht vorwiegend von den Versicherungsträgern selbst erledigt werden, so sind die Versicherungsbehörden auf diesem Gebiet mehr auf eine Ergänzung, insbesondere auf die in § 2 behandelte Aufsicht, sowie auf eine Mitwirkung in besonders wichtigen Fällen durch Zustimmung oder Genehmigung <sup>2)</sup> angewiesen.
  2. Daher überwiegt bei der Tätigkeit der Versicherungsbehörden, vor allem in den oberen Instanzen, die Rechtsprechung in erheblichem Maße; sie bildet in der Angestelltenversicherung sogar die alleinige Aufgabe der Versicherungsbehörden. Die Rechtsprechung zerfällt in Spruch- und Beschlußfähigkeit. Das Nähere über die Form der Rechtsprechung und den Gang des Verfahrens wird unten im Versicherungsprozeß behandelt.

## II. Organisation.

Auch der Aufbau der Versicherungsbehörden im einzelnen soll erst beim Streitverfahren behandelt und hier nur ein kurzer Überblick über die Grundzüge ihrer Organisation gegeben werden.

A. Die Versicherungsbehörden der Arbeiterversicherung bauen sich einheitlich in 3 Instanzen übereinander auf, in unterster Instanz den Versicherungsämtern, in mittlerer Instanz den Obergesundheitsämtern, in oberster Instanz dem Reichsversicherungsamt und den Landesversicherungsämtern <sup>1)</sup>.

Sie sind Reichs-, Staats- oder Gemeindebehörden. In unterster Instanz sollen sie regelmäßig, in mittlerer Instanz können sie anderen

<sup>1)</sup> Das Reichsversicherungsamt ist auch an der Rechtssetzung beteiligt, da ihm vielfach der Erlaß ausführender Rechtsverordnungen übertragen ist, vgl. oben S. 26.

<sup>2)</sup> Bei der Zustimmung haben die Versicherungsbehörden nicht nur die Rechtmäßigkeit, sondern auch die Zweckmäßigkeit einer Maßregel nachzuprüfen. Bei der Genehmigung sind die Versicherungsbehörden auf die Prüfung der Rechtmäßigkeit der zu genehmigenden Maßregel beschränkt. Diese Terminologie ist aber im Gesetz nur in der Krankenversicherung und auch dort nicht einmal streng durchgeführt, vgl. z. B. § 324 RVO.

<sup>1)</sup> Über die Abgrenzung der Zuständigkeit zwischen Reichsversicherungsamt und Landesversicherungsämtern vgl. unten S. 412. Landesversicherungsämter, die vor dem Inkrafttreten der RVO. für das Gebiet eines Bundesstaates errichtet waren, können bestehen bleiben, wenn zu ihrem Bezirke mindestens 4 Obergesundheitsämter gehören. Neue Landesversicherungsämter dürfen dagegen nicht errichtet werden, § 105 RVO.

Verwaltungsbehörden als besondere Abteilungen angegliedert werden, das Reichsversicherungsamt bildet eine selbständige Behörde.

Bei allen Versicherungsbehörden sind aus Wahlen hervorgehende Laien im Ehrenamt zur Mitwirkung neben den staatlichen Verwaltungsbeamten berufen. Sie nehmen hauptsächlich an der Rechtsprechung in kollegialisch gebildeten Spruch- oder Beschlußabteilungen teil, die bei den Versicherungsämtern als „Ausschüsse“, bei den Oberversicherungsämtern als „Kammern“, beim Reichsversicherungsamt und den Landesversicherungsämtern als „Senate“ bezeichnet werden. In oberster Instanz nehmen auch Richter an der Rechtsprechung teil.

- B. Als Behörden der Angestelltenversicherung, denen, wie ausgeführt, eine lediglich rechtsprechende Tätigkeit obliegt, sind Schiedsgerichte und ein Oberschiedsgericht gebildet. Sie entscheiden als höhere Instanzen über die Rechtmäßigkeit von Bescheiden und Beschlüssen der Organe der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte im Falle eines Streitverfahrens. Auch an ihrer Tätigkeit nehmen aus Wahlen hervorgehende Laien im Ehrenamt neben den staatlichen Beamten teil.

## § 2.

### Die Aufsicht der Versicherungsbehörden.

- A. Die wichtigste Tätigkeit der Versicherungsbehörden auf dem Gebiet der Verwaltung besteht in der Aufsicht über die Versicherungsträger; sie bildet die Ergänzung zu der Selbstverwaltung der Versicherungsträger und zugleich deren Schranke.

Soweit die Durchführung der Aufgaben der Versicherung nach Zweckmäßigkeitsgrundsätzen erfolgt, verwalten die Versicherungsträger ihre Angelegenheiten selbständig. Dieses Handeln nach freiem Ermessen und nach Grundsätzen der Zweckmäßigkeit findet indessen, wie alle Verwaltungstätigkeit, seine Schranke in den Bestimmungen des objektiven Rechts, mag es sich dabei um staatliches oder autonomes Recht handeln. Daß diese Schranke von den Versicherungsträgern eingehalten werde, ist der Gegenstand der Aufsicht.

Die Aufsicht der Versicherungsbehörden erstreckt sich daher nicht auf die Zweckmäßigkeit der Tätigkeit der Versicherungsträger, sondern nur auf ihre Rechtmäßigkeit, § 30 RVO. <sup>1)</sup> Hier aber ergreift sie alle Tätigkeit der Versicherungsträger sowohl in positivem wie in negativem Sinne: sie erstreckt sich sowohl darauf, daß die Versicherungsträger alles tun, was nach den Rechtsvorschriften zu ihren Pflichten gehört, wie darauf, daß sie alles unterlassen, was

<sup>1)</sup> Daß bei Genehmigung der Satzung, abgesehen von den Krankenkassen, auch die Zweckmäßigkeit der Bestimmungen zu prüfen ist, steht dem nicht entgegen, da die Genehmigung der Satzung einen Teil der sonstigen Verwaltungs-, nicht der Aufsichtstätigkeit der Versicherungsbehörden bildet.



den Rechtsvorschriften widerspricht, wobei unter Rechtsvorschriften nicht nur ihr Buchstabe, sondern ihr Sinn und Zweck zu verstehen ist <sup>1)</sup>).

- B. Das Mittel, durch welches eine solche Aufsichtstätigkeit ermöglicht wird, ist ein dreifaches, einmal das der Kontrolle, andererseits das des Zwanges, endlich das des Selbsteintritts.
1. Die Aufsichtsbehörden müssen die Möglichkeit einer Prüfung haben, ob die Verwaltung der Versicherungsträger nach den Vorschriften von Gesetz und Satzung vor sich geht. Daher haben sie das Recht, in weitestgehender Weise über alle Gegenstände der Verwaltung unter Vorlegung von etwa vorhandenen Belegen, Urkunden und Verhandlungen Auskunft zu verlangen, und zwar von allen bei der Verwaltung der Versicherungsträger beteiligten Personen, sowohl von den Mitgliedern der Organe, wie von den Angestellten der Versicherungsträger, § 31 Abs. I und II RVO.  
Soweit ferner Beschlüsse der Organe des Versicherungsträgers gegen Gesetz oder Satzung verstoßen, hat sie der Vorsitzende des Vorstandes durch Beschwerde an die Aufsichtsbehörde zu beanstanden. Die Ausführung des Beschlusses ist dann bis zur Entscheidung der Beschwerde auszusetzen, § 8 RVO. (vgl. auch § 1355).
  2. Die Versicherungsbehörden müssen ferner das Recht haben, falls bei der Verwaltung der Versicherungsträger Gesetz oder Satzung nicht beobachtet werden, diese Beobachtung zu erzwingen. Das Gesetz ermächtigt daher die Versicherungsbehörden, Mitglieder von Organen sowie Angestellte der Versicherungsträger durch Geldstrafen bis zu 1000 M. zur Befolgung von Gesetz und Satzung anzuhalten, § 31 Abs. III RVO.
  3. Endlich kann die Aufsichtsbehörde, falls ihrer Anweisung zur Vornahme einer bestimmten Verwaltungshandlung von Seiten eines Versicherungsträgers nicht entsprochen wird, diese Verwaltungshandlung an Stelle der an sich zuständigen Organe oder Angestellten des Versicherungsträgers selbst vornehmen oder durch andere von ihr bestellte Personen auf Kosten des Versicherungsträgers vornehmen lassen. Derartige Befugnisse sind den Versicherungsbehörden insbesondere in den §§ 32, 379, 689, 975, 1146 RVO. verliehen.
- C. Aufsichtsbehörden.
1. Aufsichtsbehörden der Arbeiterversicherung sind hinsichtlich der Krankenkassen die Versicherungsämter, hinsichtlich der Berufsgenossenschaften und Versicherungsanstalten das Reichsversicherungsamt bzw. die Landesversicherungsämter. Gegen die Entscheidungen der Versicherungsämter gibt es regelmäßig die Beschwerde an die höhere Instanz, die Entscheidungen des Reichs-

---

<sup>1)</sup> Der Aufsicht unterstehen auch die von dem Versicherungsträger errichteten oder unterhaltenen Genesungs-, Heil- und Pflegeanstalten, § 34 RVO.

versicherungsamts und der Landesversicherungsämter sind dagegen endgültig, nur gegen die Versagung der Genehmigung der Satzung gibt es Beschwerde an den Bundesrat, §§ 681, 683, 796, 973, 1144, 1194, 1339, 1341.

2. Bei der Angestelltenversicherung ist mit Rücksicht darauf, daß im Direktorium der Reichsversicherungsanstalt vorwiegend staatliche Beamte tätig sind, eine staatliche Aufsicht nur in geringem Maße ausgebaut. Die Versicherungsbehörden (Schiedsgerichte und Oberschiedsgericht) sind hier, wie oben ausgeführt, lediglich auf eine rechtsprechende Tätigkeit beschränkt und haben keinerlei Aufsichtsbefugnisse. Soweit Maßregeln im Aufsichtswege erforderlich werden, stehen sie dem Reichskanzler (Reichsamt des Innern) zu.

## Kapitel V.

### Verhältnis des Entschädigungsanspruchs zu anderen Ansprüchen.

Mit dem Entschädigungsanspruch können andere Ansprüche konkurrieren, und zwar sowohl mehrere Ansprüche des sozialen Versicherungsrechts untereinander, wie auch Ansprüche des sozialen Versicherungsrechts mit Ansprüchen aus anderen Rechtsgebieten, vor allem mit Ansprüchen des Privatrechts. Ein solches Zusammentreffen liegt vor, wenn dem Entschädigungsberechtigten mehrere Ansprüche zustehen oder zuzustehen scheinen, die auf Ausgleich einer erlittenen Beeinträchtigung der wirtschaftlichen Daseinsmöglichkeit für den gleichen Zeitraum gerichtet sind.

Hierbei sind zwei Fälle zu unterscheiden, je nachdem die verschiedenen Ansprüche auf Grund des gleichen Tatbestandes entstanden sind oder auf Grund verschiedener Tatbestände.

Hat derselbe Tatbestand verschiedene gesetzliche Vorschriften erfüllt, auf Grund deren Ansprüche entstehen <sup>1)</sup>, ein Fall, der der Ideal Konkurrenz des Strafrechts entspricht, so spricht man auf dem Gebiet des sozialen Versicherungsrechts von „Einheit des Leistungsgrundes“.

Haben dagegen verschiedene Tatbestände entweder mehrere gesetzliche Vorschriften oder aber ein und dieselbe Vorschrift mehrmals erfüllt, auf Grund deren Ansprüche entstehen <sup>2)</sup>, ein Fall, der der Real Konkurrenz des Strafrechts entspricht, so spricht man auf dem Gebiet des sozialen Versicherungsrechts von „Verschiedenheit des Leistungsgrundes“.

<sup>1)</sup> Wenn z. B. ein- und derselbe Unfall, etwa ein Sturz vom Baugerüst, dauernde Invalidität und schließlich den Tod eines Arbeiters zur Folge hat, der Familienvater ist.

<sup>2)</sup> Wenn z. B. der vom Bau gefallene Arbeiter an Typhus erkrankt.

Für solche Fälle werden durch ein Zusammentreffen mehrerer Ansprüche folgende Möglichkeiten eröffnet:

- a) Die Ansprüche beeinflussen sich gegenseitig überhaupt nicht, sondern stehen im Außen- und Innenverhältnis selbständig nebeneinander. Der Berechtigte kann von jedem die ganze Leistung verlangen, jeder Schuldner muß die von ihm geschuldete Leistung voll gewähren.
- b) Die Ansprüche stehen zwar selbständig nebeneinander, der Berechtigte kann von jedem Schuldner die ganze Leistung verlangen. Das Gesetz hat aber einen Höchstbetrag für die Summe beider Leistungen bestimmt. Soweit dieser Höchstbetrag überschritten werden würde, kann der eine der Schuldner die Leistung des Mehrbetrages verweigern (Einrede des überschrittenen Gesamthöchstbetrages).
- c) Die Ansprüche stehen zwar selbständig nebeneinander, der Berechtigte kann von jedem Schuldner die ganze Leistung verlangen. Der im Innenverhältnis der Schuldner untereinander bestehende Ersatzanspruch des einen Schuldners gegen den anderen ist aber aus der dem Entschädigungsberechtigten geschuldeten Leistung zu befriedigen. Insoweit darf die Leistung dem Entschädigungsberechtigten verweigert werden (Einrede des Ersatzanspruchs).
- d) Die Ansprüche stehen zwar selbständig nebeneinander, der Berechtigte kann von jedem Schuldner die ganze Leistung verlangen. Die Gewährung der Leistung durch den einen Schuldner bringt aber das gesamte Schuldverhältnis zum Erlöschen und schließt ohne weiteres die Ansprüche gegen die übrigen Schuldner aus (Gesamtschuldverhältnis).
- e) Die Ansprüche entstehen zwar in der Person des Berechtigten selbständig nebeneinander, der Anspruch gegen den einen Schuldner geht aber (ganz oder teilweise) ohne weiteres kraft Gesetzes auf den anderen Schuldner über, der sich aus diesem Anspruch schadlos halten kann (*cessio legis*).
- f) Der zugrunde liegende Sachverhalt erfüllt zwar mehrere nach dem Gesetz Anspruch begründende Tatbestände. Die Anwendbarkeit der einen gesetzlichen Bestimmung schließt aber als *lex specialis* die Anwendbarkeit der anderen gesetzlichen Bestimmung als *lex generalis* aus, oder aber die eine Bestimmung ergänzt die andere, so daß in Wahrheit nur eine gesetzliche Bestimmung in Betracht kommt (Gesetzeskonkurrenz).

Diese sechs Wege sind für das Zusammentreffen von Entschädigungsansprüchen des sozialen Versicherungsrechts mit anderen Ansprüchen sämtlich beschritten worden. Dagegen findet sich die weitere Möglichkeit, daß eine von mehreren Schuldnern geschuldete Leistung nur einmal, und zwar teilweise von dem einen, teilweise von dem anderen Schuldner verlangt werden könnte, nirgends vorgesehen.

Die Wahl des einen oder anderen Weges geschieht im wesentlichen nach Gesichtspunkten der Zweckmäßigkeit und entbehrt daher vielfach der einheitlichen Grundgedanken.

Immerhin findet sich eine Anzahl gemeinsamer Grundsätze:

Bei Verschiedenheit des Leistungsgrundes bestehen in allen Fällen die Ansprüche selbständig nebeneinander, und es muß jeder Schuldner die volle Leistung gewähren ohne Rücksicht auf die Leistung des anderen Schuldners (Fall a). Eine Ausnahme von diesem Grundsatz besteht lediglich für die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung, für die einmal bei Zusammentreffen von gleichzeitigen Invaliden- und Hinterbliebenenansprüchen nach § 1318 RVO. die niedrigere Rente ruht, andererseits bei Zusammentreffen mit Ansprüchen der Unfallversicherung nach § 1311 RVO. und bei Zusammentreffen von Ansprüchen aus der Angestelltenversicherung und Arbeiterversicherung nach §§ 73, 74 AVG. die Einrede des überschrittenen Gesamthöchstbetrages besteht (Fall b) <sup>1)</sup>.

Bei Einheit des Leistungsgrundes ist das Zusammentreffen von Ansprüchen des sozialen Versicherungsrechts untereinander von dem Zusammentreffen solcher Ansprüche mit Ansprüchen aus anderen Rechtsgebieten zu unterscheiden.

Im ersteren Falle stehen zwar die Ansprüche an sich nebeneinander, die Haftung der Schuldner im Innenverhältnis ist aber derartig geordnet, daß gegenüber den Trägern der Unfallversicherung die Haftung der beiden anderen Versicherungsträger <sup>2)</sup> eine nur subsidiäre ist, eine Inanspruchnahme von Seiten des Berechtigten daher Ersatzansprüche gegen die Träger der Unfallversicherung erzeugt. Hierdurch werden vielfach eigenartige Rechtsverhältnisse geschaffen, die vor allem zu der Einrede des Ersatzanspruches führen (Fall c).

Im letzteren Falle, also bei Konkurrenz sozialer Entschädigungsansprüche mit Schadensersatzansprüchen des bürgerlichen Rechts stehen, wenn die bürgerlichrechtlichen Ansprüche auf rechtsgeschäftlicher Grundlage beruhen, beide Ansprüche regelmäßig selbständig im Innen- und Außenverhältnis unbeeinflußt nebeneinander (Fall a). Eine Ausnahme hiervon besteht lediglich für die Entschädigungsansprüche der Krankenversicherung, denen § 189 bei Zusammentreffen mit Ansprüchen aus privatrechtlichen Versicherungsverträgen, um eine Überversicherung zu verhindern, eine Einrede des überschrittenen Gesamthöchstbetrages (Fall b) entgegenstellt.

Wenn die bürgerlichrechtlichen Schadensersatzansprüche dagegen unmittelbar auf Grund des Gesetzes entstehen, so liegt bald Gesetzeskonkurrenz vor, wonach die Anwendbarkeit der einen oder anderen Gesetzesvorschrift ausgeschlossen wird (vgl. z. B. § 898 RVO. — Fall f) bald tritt auch ein Rechtsübergang kraft Gesetzes (*cessio legis*) zum Zwecke der Befriedigung etwaiger Ersatzansprüche ein (vgl. z. B. §§ 1542 RVO., 91 AVG — Fall e).

<sup>1)</sup> Vgl. auch § 188 RVO.

<sup>2)</sup> Dagegen stehen die Ansprüche aus Krankenversicherung und Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung im Außen- wie im Innenverhältnis selbständig und unbeeinflußt nebeneinander.

**Zweiter Teil.**

**Der Entschädigungsanspruch  
bei Krankheit.**

**(Das Recht der Krankenversicherung.)**

## Erster Abschnitt.

# Voraussetzungen des Entschädigungsanspruchs.

Die Entstehung eines Entschädigungsanspruchs auf dem Gebiet der Krankenversicherung ist regelmäßig an drei, ausnahmsweise an vier Voraussetzungen geknüpft.

- a) Die erste Voraussetzung bildet die Zugehörigkeit zu einem bestimmten Personenkreis. Nicht jedermann ist fähig, einen Entschädigungsanspruch zu erlangen, also versicherungsfähig, sondern nur, wer bestimmten sozialen Klassen angehört.
- b) Die versicherungsfähigen Personen können aber einen Entschädigungsanspruch nur dann erwerben, wenn sie Mitglieder einer Krankenkasse sind. Das sind sie zum großen Teil ohne weiteres, lediglich auf Grund des Gesetzes; ausnahmsweise ist der Erwerb der Mitgliedschaft aber noch an die Erfüllung weiterer Erfordernisse geknüpft.
- c) Die Mitgliedschaft gibt beim Eintritt bestimmter auslösender Momente (Krankheit, Niederkunft, Tod) regelmäßig auch Anspruch auf Entschädigung. In einzelnen besonderen Fällen hängt die Entstehung oder der Umfang von Entschädigungsansprüchen aber von einer dritten Voraussetzung, nämlich einer bestimmten Dauer der Mitgliedschaft ab.
- d) Die letzte Voraussetzung endlich bildet ein Tatbestand, an welchen die Entstehung eines Entschädigungsanspruchs als Folge gesetzlich geknüpft ist (entschädigungspflichtiger Tatbestand). Solche Tatbestände bilden Krankheit, Niederkunft und Tod.

Hiernach gliedert sich die Darstellung der Voraussetzungen des Entschädigungsanspruchs auf dem Gebiet der Krankenversicherung, in die Zugehörigkeit zu einem bestimmten Personenkreise (Kapitel I), die Mitgliedschaft (Kapitel II), die Dauer der Mitgliedschaft (Kapitel III) und die entschädigungspflichtigen Tatbestände (Kapitel IV).

## Kapitel I.

### Personenkreis.

Der Kreis der Personen, die einen Entschädigungsanspruch auf dem Gebiet der Krankenversicherung erlangen können, zerfällt in die Ver-

sicherungspflichtigen und die Versicherungsberechtigten. Die Versicherungspflichtigen unterstehen der Versicherung zwangsweise ohne Rücksicht auf ihren Willen und ohne ihr Zutun, lediglich auf Grund des Gesetzes. Die Versicherungsberechtigten unterstehen der Versicherung freiwillig auf Grund einer Willens-(Beitritts-) Erklärung, deren Abgabe ihrem freien Ermessen überlassen ist <sup>1)</sup> <sup>2)</sup>.

### A. Versicherungspflicht.

Die Versicherungspflicht erfaßt nur bestimmte soziale Gruppen.

Wer diesen Gruppen angehört, ist aber nicht ohne weiteres kraft seiner Zugehörigkeit zu ihnen versicherungspflichtig; er erlangt diese Eigenschaft vielmehr nur unter zwei Voraussetzungen, von denen die einen einen positiven, die andere einen negativen Inhalt hat:

- a) Positiv wird ein bestimmten gesetzlichen Anforderungen entsprechendes Beschäftigungsverhältnis vorausgesetzt.
- b) Negativ dürfen nicht gewisse Ausnahmen vorliegen, welche den Eintritt der Versicherungspflicht ausschließen.

Demnach werden zunächst die versicherungspflichtigen Personengruppen (§ 1), dann die Erfordernisse der versicherungspflichtigen Beschäftigung (§ 2) und schließlich die Ausnahmen behandelt, welche die Versicherungspflicht ausschließen (§ 3) oder im Einzelfall Durchbrechungen zulassen (§ 4).

#### § 1.

#### Die versicherungspflichtigen Personen.

##### I. Übersicht über die versicherungspflichtigen Gruppen.

Die Versicherungspflicht ist auf solche soziale Gruppen beschränkt, die wirtschaftlich unselbständig sind, also ihre Arbeitskraft in abhängiger Stellung verwerten. Nur die Hausgewerbetreibenden sind trotz ihrer persönlichen Selbständigkeit versicherungspflichtig.

Die unselbständig Beschäftigten sind indessen nicht durchweg versicherungspflichtig, sondern nur insoweit, als es das Gesetz ausdrücklich vorschreibt. Diese Bestimmung erfolgt verschieden. Teils wird die Stellung bestimmt, die ohne Rücksicht auf den Berufszweig versicherungspflichtig macht, teils sind bestimmte Berufszweige der Versicherungspflicht als solche unterworfen.

<sup>1)</sup> Über den tieferen Unterschied zwischen Versicherungspflicht und Versicherungsberechtigung vgl. S. 39, 40.

<sup>2)</sup> Streit über die Versicherungspflicht oder die Versicherungsberechtigung bestimmter Personen entscheidet der Beschlußausschuß des Versicherungsamts und auf Beschwerde endgültig das Oberversicherungsamt § 405 Abs. II, vgl. S. 116, 117. Die bisher ergangenen grundsätzlichen Entscheidungen des Reichsversicherungsamts sind in den Amtlichen Nachrichten dieser Behörde veröffentlicht und in einer Anleitung betr. den Kreis der nach der R.V.O. gegen Invalidität und Krankheit versicherten Personen (AN. 1912, S. 720 ff.) systematisch zusammengestellt.

Danach gliedern sich die versicherungspflichtigen Personengruppen wie folgt:

- A. Personen in niederer Stellung (Arbeiter, Gesellen, Gehilfen, Lehrlinge, Dienstboten).
- B. Personen in gehobener Stellung (Betriebsbeamte, Werkmeister und Angestellte in ähnlich gehobener Stellung), sofern ihre Beschäftigung den Hauptberuf bildet.
- C. Personen in bestimmten Berufen:
  1. Handelsgehilfen und Lehrlinge, Gehilfen und Lehrlinge in Apotheken,
  2. Bühnen- und Orchestermitglieder,
  3. Lehrer und Erzieher,
  4. Schiffsbesatzung, soweit sie nicht durch die Seemannsordnung oder das Handelsgesetzbuch im Fall der Krankheit versorgt ist.
 Hierzu kommen dann noch als besondere Gruppe die Hausgewerbetreibenden, § 165 <sup>1)</sup>.

## II. Die versicherungspflichtigen Gruppen im einzelnen :

- A. Die weitaus größte Gruppe bilden die Personen in niederer Stellung (Arbeiter, Gehilfen, Gesellen, Lehrlinge, Dienstboten). Sie umfaßt die gesamte eigentliche Arbeiterschaft aller Berufszweige, insbesondere in Land- und Forstwirtschaft, Industrie, Gewerbe<sup>2)</sup>, Handel, Hauswirtschaft, Staats-, Kommunal- und Kirchendienst <sup>3)</sup>.
  1. Arbeiter im engen Sinne sind Personen, die ihre körperliche Arbeitskraft im wesentlichen als ausführende Hilfskräfte berufsmäßig anderen für gewerbliche oder landwirtschaftliche Arbeiten zur Verfügung stellen <sup>4)</sup>. Die Arbeit kann einfachster Art sein (z. B. Modellstehen), aber auch erhebliche Kenntnisse und Fähigkeiten erfordern (z. B. Präzisionsmechaniker). Auch Vorarbeiter sind Arbeiter.
  2. Gehilfen sind Hilfspersonen aller Art, deren Tätigkeit nach ihrer wirtschaftlichen und sozialen Wertung der eines Arbeiters entspricht (z. B. Maurerpolier, Kellner, Schreiber, Polizeidiener, Kassenboten).

<sup>1)</sup> Die Landesregierungen können für ihr Gebiet die Versicherungspflicht über den reichsgesetzlichen Umfang hinaus auf solche Gruppen von Beschäftigten erstrecken, die schon beim Inkrafttreten der RVO. zur Eingehung einer landesrechtlichen Krankenversicherung verpflichtet waren, § 167.

<sup>2)</sup> Die im Wandergewerbe Beschäftigten, die der Arbeitgeber von Ort zu Ort mit sich führt, sind nur insoweit versicherungspflichtig, als der Arbeitgeber eines Wandergewerbescheines bedarf (§ 55 Gewerbeordnung), § 459. Der Bundesrat kann aber die Versicherungspflicht auch auf Beschäftigte ausdehnen, die ein Arbeitgeber, der keines Wandergewerbescheines bedarf (§ 59 Gewerbeordnung), von Ort zu Ort mit sich führt, § 465 Abs. II. Selbständige Wandergewerbetreibende sind nicht versicherungspflichtig, aber unter Umständen beitragsberechtigt, vgl. S. 76.

<sup>3)</sup> Die in der Land-, Forst- und Hauswirtschaft Beschäftigten sind erst durch die RVO. der Versicherungspflicht unterworfen worden.

<sup>4)</sup> Näheres vgl. S. 42.



3. Gesellen sind die fachmäßig ausgebildeten Hilfskräfte im Handwerk.
  4. Lehrlinge sind die zu ihrer (insbesondere gewerblichen) Fachausbildung beschäftigten Personen.
  5. Dienstboten sind die mit niederen häuslichen oder landwirtschaftlichen Diensten beschäftigten, regelmäßig in den Haushalt des Dienstherrn aufgenommenen Personen. Im einzelnen entscheidet sich die Frage, wer Dienstbote ist, nach den landesrechtlichen Gemeindeordnungen <sup>1)</sup>.
- B. Personen in gehobener Stellung (Betriebsbeamte, Werkmeister und Angestellte in ähnlich gehobener Stellung). Ihre Versicherungspflicht hängt davon ab, daß die Beschäftigung den Hauptberuf bildet, d. h. für die Lebensstellung bestimmend ist.
1. Der Begriff des Betriebsbeamten erfordert:
    - a) einen Betrieb. Das ist ganz allgemein ein Inbegriff fortlaufender wirtschaftlicher, d. h. auf Erwerb gerichteter Tätigkeiten. Einen Betrieb bildet z. B. auch die Tätigkeit eines Rechtsanwaltsbureaus oder einer Darlehnskasse, nicht aber die Ausübung obrigkeitlicher Befugnisse oder der Einzelhaushalt;
    - b) eine hauptsächlich leitende und beaufsichtigende Stellung unter Zurücktreten der körperlichen Mitarbeit (z. B. Privatförster, Inspektor einer Versicherungsgesellschaft).
  2. Werkmeister sind Personen, bei denen körperliche Mitarbeit und betriebsleitende Tätigkeit ungefähr von gleicher Bedeutung sind (z. B. Zuschneider in einem Bekleidungsgeschäft).
  3. Schließlich gehören in diese Gruppe alle Angestellten in ähnlich gehobener Stellung wie die Betriebsbeamten und Werkmeister ohne Rücksicht darauf, ob die Beschäftigung in einem Betrieb stattfindet oder nicht. Auszuscheiden sind einerseits die niederen, lediglich ausführenden Arbeiter, andererseits Personen mit höherer wissenschaftlicher Tätigkeit. Danach gehören hierher hauptsächlich Beamte mittlerer Stufe in öffentlichen und privaten Verwaltungen und Geschäftsbetrieben jeder Art (z. B. Registratoren, Gemeindeschreiber, Postagenten, Fleischbeschauer, Privatsekretäre, Hausdiener).
- C. Personen in bestimmten Berufen:
1. Handlungsgehilfen und Lehrlinge, Gehilfen und Lehrlinge in Apotheken. Handlungsgehilfen sind Personen, die in einem Handelsgewerbe zur Leistung kaufmännischer Dienste

---

<sup>1)</sup> Werden Dienstboten auch in dem Betrieb oder anderen Erwerbsgeschäft des Dienstherrn beschäftigt, so ist diese Beschäftigung für ihre Versicherung maßgebend, sofern sie nicht für sich allein als vorübergehende Dienstleistung versicherungsfrei wäre, § 439. Die Landesregierungen können für ihr Gebiet die Versicherungspflicht der Dienstboten beseitigen, soweit für diese zur Zeit der Verkündung der RVO. landesrechtlich Fürsorge im Krankheitsfalle getroffen, diese Fürsorge den Regelleistungen der Krankenkassen gleichwertig und die Belastung der Dienstboten keine höhere ist, § 440.

- angestellt sind (z. B. Buchhalter, Verkäufer, Reisende), § 59 des Handelsgesetzbuchs.
2. Bühnen- und Orchestermitglieder ohne Rücksicht auf den Kunstwert ihrer Leistungen und die Art des Unternehmens. Bühne und Orchester sind im weitesten Sinne zu verstehen (z. B. auch Zirkus).
  3. Lehrer und Erzieher, ohne Rücksicht auf die Vorbildung und den Lehrgegenstand, also auch in Fachschulen. Unterricht in rein körperlichen Fertigkeiten (wie Reiten, Fechten) gehört aber nur dann hierher, wenn er zugleich der Erziehung dient, insbesondere in den Lehrplan einer Erziehungsanstalt aufgenommen ist.
  4. Zur Schiffsbesatzung gehören alle auf einem Schiff angestellten Personen ohne Rücksicht auf die Art ihrer Beschäftigung (z. B. Schiffer, Schiffsoffiziere, Maschinisten, Aufwärter usw.). Die Besatzung von Fahrzeugen der Binnenschifffahrt ist stets, die Besatzung von deutschen Seefahrzeugen <sup>1)</sup> aber nur insoweit versicherungspflichtig als sie nicht bereits durch die Bestimmungen der Seemannsordnung oder des Handelsgesetzbuches <sup>2)</sup> in Krankheitsfällen versorgt ist. Dabei ist zu beachten, daß die Beschäftigung auf deutschen Seefahrzeugen auch bei Auslandsreisen stets als inländische gilt. Über die Versicherungspflicht entscheidet also nur die Staatszugehörigkeit des Seefahrzeugs, nicht der Ort der Beschäftigung.
- D. Die Hausgewerbetreibenden sind selbständige Gewerbetreibende, die in eigenen Betriebsstätten im Auftrage und für Rechnung anderer Gewerbetreibender gewerbliche Erzeugnisse herstellen oder bearbeiten, § 162 <sup>3)</sup>. Die Reichsversicherungsordnung hat sie mit Rücksicht auf ihre ungünstige wirtschaftliche Lage der Krankenversicherungspflicht unterworfen, während dies bisher nur durch statutarische Bestimmung oder Beschluß des Bundesrats geschehen konnte.
- Die von den Hausgewerbetreibenden in ihrem hausgewerblichen Betriebe beschäftigten Personen nennt die Reichsversicherungsordnung hausgewerblich Beschäftigte, beide Gruppen zusammen hausgewerbliche Versicherungspflichtige, § 468 <sup>4)</sup>.

<sup>1)</sup> Als deutsches Seefahrzeug gilt jedes Fahrzeug, das unter deutscher Flagge fährt und ausschließlich oder vorzugsweise zur Seefahrt benutzt wird, § 163. Das Recht zur Führung der Reichsflagge ist in dem Gesetz vom 22. Juni 1899 (RGBl. 1899 S. 619) geregelt.

<sup>2)</sup> §§ 59 bis 62 der Seemannsordnung (RGBl. 1902, S. 175 und 1904, S. 167) und §§ 553 bis 553 b des Handelsgesetzbuchs.

<sup>3)</sup> Näheres s. S. 43, 44.

<sup>4)</sup> Eine bei Verkündung der RVO. bereits bestehende statutarische Versicherung der Hausgewerbetreibenden für einen Bezirk oder ein Gewerbe kann auf Antrag der beteiligten Gemeinden durch die oberste Verwaltungsbehörde aufrecht erhalten werden. Voraussetzung ist aber, daß Auftraggeber und Hausgewerbetreibende im Bezirk des Versicherungsamts oder in einem von der obersten Verwaltungsbehörde bestimmten größeren Bezirk ihren Betriebsitz haben und daß die gewährten Leistungen denen der RVO. mindestens gleichwertig sind, § 488.

## § 2.

**Die versicherungspflichtige Beschäftigung.**

Wer zu den in § 1 behandelten Personengruppen gehört, ist nicht schlechthin versicherungspflichtig. Er wird dies vielmehr nur insoweit, als er eine bestimmt geartete Beschäftigung ausübt. Ein Arbeiter ist also nicht als solcher versicherungspflichtig, sondern nur wenn und solange er in einem Arbeitsverhältnis steht <sup>1)</sup>.

Um Versicherungspflicht zu erzeugen, muß die Beschäftigung bestimmten Anforderungen genügen.

1. Es muß eine wirkliche Beschäftigung sein. Die Verpflichtung, unter bestimmten Voraussetzungen Arbeit zu leisten, reicht nicht aus. So ist die zur Hofarbeit verpflichtete Frau eines Gutsarbeiters nur in der Zeit, in der sie tatsächlich arbeitet, versicherungspflichtig. Beschäftigung ist aber auch die ständige mit Unfreiheit verbundene Dienstbereitschaft, wie sie z. B. bei Diensthofen besteht.
2. Die Beschäftigung muß eine unselbständige sein, es muß also ein Beschäftigungsverhältnis bestehen. Der Beschäftigte muß einem Arbeitgeber persönlich untergeordnet und wirtschaftlich von ihm abhängig sein <sup>2)</sup>. Ob ein derartiges Verhältnis besteht, ist nicht nach dem bürgerlichen Arbeitsvertrag, sondern lediglich nach der tatsächlichen Gestaltung des Falles zu entscheiden <sup>3)</sup>.

Ein versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis ist auch zwischen Verwandten möglich. Es bedarf aber jeweils einer genauen Prüfung, ob tatsächlich ein Unterordnungsverhältnis vorliegt und nicht vielmehr ein gemeinschaftliches Familienleben mit gegenseitiger unverbindlicher Hilfeleistung. Die Beschäftigung eines Ehegatten durch einen anderen begründet nach ausdrücklicher gesetzlicher Vorschrift keine Versicherungspflicht, § 159.

Der Grundsatz der Unselbständigkeit ist zugunsten der Hausgewerbetreibenden durchbrochen. Sie sind trotz ihrer persönlichen Unabhängigkeit von ihrem Auftraggeber stets versicherungspflichtig. Auch bei den Lehrern und Erziehern ist Unselbständigkeit nicht erforderlich <sup>4)</sup>. Sie sind also auch dann versicherungspflichtig, wenn sie im eigenen Hause wechselnde Auftraggeber unterrichten (z. B. Musik- oder Sprachlehrer; nicht aber Inhaber von Lehranstalten).

<sup>1)</sup> Eine Ausnahme bilden die unständig Beschäftigten und die Hausgewerbetreibenden, die ohne Rücksicht auf ihre einzelnen Beschäftigungs- und Auftragsverhältnisse schlechweg versicherungspflichtig sind, § 162 Abs. II und S. 78.

<sup>2)</sup> Selbständige Unternehmer sind nicht versicherungspflichtig, sondern nur unter bestimmten Voraussetzungen versicherungsberechtigt.

<sup>3)</sup> Unter Umständen kann ein Arbeitsvertrag überhaupt fehlen, wie z. B. bei den sogen. mittelbaren Arbeitsverhältnissen, bei denen die Arbeiten ganz oder zum Teil von Dritten verrichtet werden, die zwar nicht der Arbeitgeber selbst einstellt, auf deren Beschäftigung er aber rechnet oder rechnen mußte (z. B. Frauen von Pfortnern oder Gutsverwaltern).

<sup>4)</sup> Dies folgt zwar nicht aus dem Text, wohl aber aus der Entstehungsgeschichte des Gesetzes.

Dagegen sind Bühnen- und Orchestermitglieder nur bei unselbständiger Beschäftigung versicherungspflichtig.

3. Die Beschäftigung muß eine entgeltliche <sup>1)</sup> sein. Der Arbeitgeber muß dem Beschäftigten eine vermögenswerte Leistung gewähren, die nach beiderseitiger Auffassung eine Vergütung für die Arbeit darstellt. Unerheblich ist aber,
- a) ob die Leistung vertraglich bedungen ist oder nur gewohnheitsmäßig gewährt wird;
  - b) worin die Leistung besteht. Zum Entgelt gehören außer Lohn und Gehalt auch Sachleistungen jeder Art <sup>2)</sup> (z. B. Einkauf in eine Versorgungsanstalt, Gewährung der Gelegenheit zu Nebenerwerb, Befreiung von Verbindlichkeiten). Auch Bezug lediglich freien Unterhalts macht im Gegensatz zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung versicherungspflichtig.
  - c) wer die Leistung gewährt. Entgelt sind insbesondere auch die von Dritten gewissermaßen für Rechnung des Arbeitgebers gemachten Leistungen (z. B. Trinkgelder, Gebühren), auf die einzelne Berufsklassen statt fester Entlohnung angewiesen sind, § 160 <sup>3)</sup>.

Die Höhe des Entgelts ist bei den Personen in niederer Stellung und bei der Schiffsbesatzung mit Ausschluß des Schiffers unerheblich; bei den übrigen Gruppen schließt ein regelmäßiger Jahresarbeitsverdienst über 2500 M. die Versicherungspflicht aus. Lehrlinge sind ohne Rücksicht auf Bezug eines Entgelts stets versicherungspflichtig, § 165 Abs. 2 <sup>4)</sup>.

4. Die Beschäftigung muß einen gewissen Umfang haben. Vorübergehende Dienstleistungen, d. h. geringfügige, für die wirtschaft-

<sup>1)</sup> Auf dem Gebiet der Unfallversicherung macht auch Beschäftigung ohne Entgelt versicherungspflichtig.

<sup>2)</sup> Der Wert der Sachbezüge bestimmt sich nach Ortspreisen, die das Versicherungsamt festsetzt, § 165 Abs. II.

<sup>3)</sup> Ebenso kann die Leistung unter Umständen an einen Dritten erfolgen, z. B. an den Ehemann für seine ohne gesonderte Bezahlung mittätige Frau.

<sup>4)</sup> Nach der Bedeutung des Entgelts ergibt sich also folgende Gruppierung der Versicherungspflichtigen:

1. Ohne Rücksicht auf Bezug eines Entgelts: Lehrlinge. Lehrlinge, die ohne Entgelt beschäftigt werden, erhalten aber kein Krankengeld, § 494.
2. Nur bei Beschäftigung gegen Entgelt, aber ohne Rücksicht auf seine Höhe: Niedere Beschäftigte und Schiffsbesatzung mit Ausnahme des Schiffers.
3. Nur bei Beschäftigung gegen Entgelt und nur bei einem Jahresarbeitsverdienst bis 2500 M.:
  - a) Beschäftigte in gehobener Stellung, wenn die Beschäftigung den Hauptberuf bildet,
  - b) Beschäftigte in bestimmten Berufen: Handlungsgehilfen, Apothekerhilfen, Bühnen- und Orchestermitglieder, Lehrer und Erzieher, Schiffer.

liche Existenz unwesentliche Beschäftigungen, insbesondere solche, die gelegentlich oder nebenher verrichtet werden, sind nach näherer Bestimmung einer noch ausstehenden Bundesratsverordnung versicherungsfrei, § 168.

5. Die Beschäftigung darf nicht eine höhere, rein geistige sein. Mit Hochschulbildung ausgestattete Personen mit selbständiger wissenschaftlicher oder künstlerischer Tätigkeit (z. B. Hausgeistliche, Assistenzärzte) sind versicherungsfrei. Dieser Grundsatz ist aber insoweit durchbrochen, als bestimmte höhere Berufsklassen als solche der Versicherungspflicht unterstellt sind (besonders Lehrer und Erzieher, Bühnen- und Orchestermitglieder).
6. Die Beschäftigung muß eine freiwillige sein, sie muß auf freiem wirtschaftlichen Austausch von Leistung und Gegenleistung beruhen. Beschäftigung auf Grund obrigkeitlichen Zwangs, wie sie bei Strafgefangenen und Insassen von Arbeitshäusern und Besserungsanstalten vorkommt, macht nicht versicherungspflichtig.
7. Die Beschäftigung muß eine erlaubte sein. Tätigkeiten, die dem Gesetz oder den guten Sitten zuwiderlaufen, haben auf dem Gebiet des sozialen Versicherungsrechts so wenig Bedeutung wie auf dem des Privatrechts.

Hiermit sind die Erfordernisse der versicherungspflichtigen Beschäftigung erschöpft. Nicht erforderlich ist im Gegensatz zur Unfallversicherung, daß die Beschäftigung in bestimmten Arten von Betrieben stattfindet.

### § 3.

#### Versicherungsfreiheit.

Bestimmte Personengruppen, deren Beschäftigung an sich allen Voraussetzungen der Versicherungspflicht genügt, bleiben gleichwohl versicherungsfrei. Dabei handelt es sich um generelle Ausnahmen, die ohne weiteres jeden erfassen, der die Voraussetzungen erfüllt. Der gesetzgeberische Grund für diese Durchbrechung liegt teils darin, daß den Versicherungsfreien eine gleichwertige Fürsorge anderweit sicher ist, teils darin, daß ihre Beschäftigung nur den Übergang zu einer gesicherten Stellung bildet.

Die Versicherungsfreiheit ist entweder durch die Reichsversicherungsordnung vorgeschrieben oder der Anordnung durch die obersten Verwaltungsbehörden überlassen.

1. Nach der Reichsversicherungsordnung sind versicherungsfrei
  - a) Personen, die in Betrieben oder im Dienste des Reichs, eines Bundesstaats, eines Gemeindeverbandes, einer Gemeinde oder eines Versicherungsträgers beschäftigt werden, und Lehrer und Erzieher an öffentlichen Schulen. Voraussetzung ist, daß ihnen von ihrem Arbeitgeber ein Anspruch auf eine der regelmäßigen Kranken-

hilfe gleichwertige Fürsorge gewährleistet ist <sup>1)</sup>. Beamteneigenschaft ist nicht erforderlich, § 169.

- b) Beamte des Reichs, eines Bundesstaats, eines Gemeindeverbands, einer Gemeinde oder eines Versicherungsträgers und Lehrer und Erzieher an öffentlichen Schulen, solange sie lediglich für ihren Beruf ausgebildet werden, § 172 Nr. 1. Ob Beamteneigenschaft besteht, ist nach den für die dienstliche Stellung maßgebenden gesetzlichen und Verwaltungsvorschriften zu entscheiden.
  - c) Personen des Soldatenstandes, die eine an sich versicherungspflichtige Beschäftigung im Dienste oder während der Vorbereitung zu einem bürgerlichen Beruf unter den Voraussetzungen zu a) ausüben, § 172 Nr. 2.
  - d) Personen, die während der wissenschaftlichen Ausbildung für ihren künftigen Beruf gegen Entgelt unterrichten, § 172 Nr. 3.
  - e) Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen, Schulschwestern, und ähnliche Personen, die sich aus religiösen und sittlichen Beweggründen gemeinnützig (z. B. mit Krankenpflege oder Unterricht) beschäftigen und als Entgelt nicht mehr als freien Unterhalt beziehen, § 172 Nr. 4.
2. Die Anordnung der Versicherungsfreiheit durch die oberste Verwaltungsbehörde setzt voraus, daß den Beschäftigten von ihrem Arbeitgeber Ansprüche auf eine der regelmäßigen Krankenhilfe gleichwertige Fürsorge <sup>1)</sup> gewährleistet sind oder daß sie lediglich für ihren Beruf ausgebildet werden.

Die Anordnung erfolgt nur auf Antrag des Arbeitgebers. Diesem Antrag

- a) muß stattgegeben werden, wenn ihn öffentliche, nicht unter Nr 1 a fallende Verbände oder Körperschaften hinsichtlich der in ihrem Betrieb oder Dienst Beschäftigten stellen, § 170 <sup>2)</sup>;
- b) kann nach freiem Ermessen der Verwaltungsbehörde stattgegeben werden, wenn nicht öffentliche Körperschaften die Befreiung der in ihrem Betrieb oder Dienst Beschäftigten oder nicht öffentliche Schulen Befreiung ihrer Lehrer und Erzieher beantragen, § 171.

#### § 4.

#### Befreiung von der Versicherungspflicht.

Die Befreiung von der Versicherungspflicht betrifft im Gegensatz zu der Versicherungsfreiheit (§ 3) immer nur einzelne Personen. Diese sind zwar zunächst versicherungspflichtig, sie können aber von der Versicherungspflicht befreit werden und zwar entweder von der Ver-

<sup>1)</sup> Ein derartiger Anspruch muß mindestens umfassen entweder Krankenhilfe in Höhe und Dauer der Regelleistungen der Krankenkassen oder für die gleiche Zeit Gehalt, Ruhegeld oder ähnliche Bezüge im anderthalbfachen Betrage des Krankengeldes.

<sup>2)</sup> Vgl. auch § 170 Abs. II.

sicherungspflicht überhaupt oder von der Versicherungspflicht hinsichtlich eines bestimmten einzelnen Beschäftigungsverhältnisses.

### I. Eine Befreiung von der Versicherungspflicht überhaupt

kennt das Gesetz nur bei Personen, die dauernd nur zu einem geringen Teil arbeitsfähig sind (sog. Halbinvaliden), § 173 <sup>1)</sup>.

Eine Beschränkung der Arbeitsfähigkeit schließt an sich die Versicherungspflicht nicht aus, sofern tatsächlich noch eine Beschäftigung und nicht nur der Versuch einer solchen vorliegt. Um aber die Verwertung der noch vorhandenen Arbeitskraft zu erleichtern, läßt das Gesetz Befreiung zu. Die Befreiung ist an einen Antrag des beschränkt Arbeitsfähigen und die Zustimmung des vorläufig unterstützungspflichtigen Armenverbands gebunden. Über den Antrag entscheidet der Kassenvorstand, und wenn dieser die Befreiung ablehnt, auf Beschwerde endgültig das Versicherungsamt, § 175.

Die Befreiung wirkt vom Eingang des Antrags ab. Sie endet mit dem Wegfall ihrer Voraussetzungen, also mit Wiedererlangung einer erheblichen Arbeitsfähigkeit, Zurücknahme des Antrags seitens des Befreiten oder Zurücknahme der Zustimmung des Armenverbands.

### II. Befreiung hinsichtlich eines bestimmten Beschäftigungsverhältnisses.

#### A. Eine derartige Befreiung ist zulässig

1. bei Lehrlingen, die im Betriebe ihrer Eltern beschäftigt sind, § 174 Nr. 1,
2. bei Personen, die bei Arbeitslosigkeit in Arbeiterkolonien oder ähnlichen Wohltätigkeitsanstalten vorübergehend beschäftigt werden, § 174 Nr. 2.
3. bei land- und forstwirtschaftlich Beschäftigten <sup>2)</sup> und Dienstboten, falls
  - a) sie gegen ihren Arbeitgeber für den Fall der Erkrankung einen Rechtsanspruch auf eine Entschädigung haben, die den Leistungen der zuständigen Krankenkasse <sup>3)</sup> gleichwertig ist <sup>4)</sup>,
  - b) der Arbeitgeber diese Entschädigung allein trägt,

<sup>1)</sup> Auch bei Hausgewerbetreibenden, denen ein jährliches Gesamteinkommen von mindestens 2 500 M. sicher ist, kann durch Bundesratsbeschluß Befreiung von der Versicherungspflicht zugelassen werden, § 467.

<sup>2)</sup> Nach § 417 gilt als in der Landwirtschaft beschäftigt auch, wer

a) in landwirtschaftlichen Nebenbetrieben beschäftigt wird,

b) in landwirtschaftlichen Betrieben beschäftigt wird, die Nebenbetriebe eines gewerblichen Betriebs, aber nicht bei der gewerblichen Berufsgenossenschaft versichert sind.

Alle Bestimmungen über Landwirtschaft gelten auch für die Forstwirtschaft, § 161.

<sup>3)</sup> Anders als bei der Versicherungsfreiheit werden hier also zum Vergleich nicht die regelmäßigen Leistungen der Krankenversicherung herangezogen, sondern die bestimmten Leistungen, auf die der einzelne Versicherte bei seiner Kasse tatsächlich Anspruch hätte.

<sup>4)</sup> Der Arbeitgeber kann diese Entschädigung durch Versicherung bei einer Privatgesellschaft gewähren.

- c) seine Leistungsfähigkeit sicher ist und
  - d) er den Befreiungsantrag für seine sämtlichen landwirtschaftlich Beschäftigten oder für seine sämtlichen Dienstboten <sup>1)</sup> stellt, soweit sie vertraglich zu regelmäßiger Arbeit für mindestens zwei Wochen verpflichtet sind, § 418.
- B. Die Befreiung erfolgt auf Antrag des Arbeitgebers und wirkt auch hier vom Eingang des Antrags an. Über den Antrag entscheidet der Kassenvorstand und, wenn dieser ablehnt, auf Beschwerde endgültig das Versicherungsamt, im Falle Ziffer 3 aber das Oberversicherungsamt, §§ 175, 418.
- C. Die Befreiung erlischt:
- 1. regelmäßig mit Ablauf des Arbeitsvertrags. Tritt der bisher Befreite in ein neues Beschäftigungsverhältnis, so ist er wieder ohne weiteres und mit allen gesetzlichen Folgen versicherungspflichtig;
  - 2. ausnahmsweise vor Ablauf des Arbeitsvertrages, wenn der Arbeitgeber den Befreiten zur Kasse anmeldet. Bei Befreiung von landwirtschaftlich Beschäftigten und Dienstboten (vgl. oben A Ziffer 3) muß der Arbeitgeber seine sämtlichen Befreiten anmelden. Außerdem erlischt bei ihnen die Befreiung, wenn das Versicherungsamt mangelnde Leistungsfähigkeit feststellt.
- Auch hier tritt mit dem Erlöschen wieder Versicherungspflicht ein; aber für Versicherungsfälle, die bei Ablauf der Befreiung bereits eingetreten sind, hat die Kasse nichts zu leisten, § 419 <sup>2)</sup>.
- D. Die landwirtschaftlich Beschäftigten und die Dienstboten (A Ziffer 3) sind gegen Schädigung durch die Befreiung noch besonders geschützt:
- 1. Die Zeit der Befreiung wird für sie hinsichtlich ihrer späteren versicherungsrechtlichen Stellung ebenso behandelt, als wenn sie während der Dauer Mitglieder einer Krankenkasse gewesen wären, § 419 Abs. II <sup>3)</sup>.
  - 2. Falls der Arbeitgeber seinen Verpflichtungen nicht nachkommt, muß die Kasse eintreten, die sich dann an den Arbeitgeber hält, § 422.

## B. Versicherungsberechtigung.

Die Versicherungsberechtigten gehören der Versicherung auf Grund ihrer Beitrittserklärung an, die sie nach freier Entschließung abgeben oder nicht abgeben können. Das Gesetz unterscheidet den Fall, daß ein

<sup>1)</sup> Diese Bestimmung will verhüten, daß der Arbeitgeber die schlechten Risiken der Kasse überläßt.

<sup>2)</sup> Ebensowenig wenn ein Befreiter vor Ablauf der Befreiung wegen Erwerbslosigkeit aus der Beschäftigung ausscheidet und dann binnen drei Wochen und nach Ablauf der Befreiung ein Versicherungsfall eintritt (§ 214); denn hier beruht der Entschädigungsanspruch lediglich auf der Zeit der Befreiung. Natürlich hat der Befreite in diesem Falle Ansprüche gegen den Arbeitgeber auch nach Ablauf der Befreiung.

<sup>3)</sup> Das Gesetz beschränkt sich darauf, dies in zwei besonderen Fällen hervorzuheben, nämlich hinsichtlich der freiwilligen Weiterversicherung und des Anspruchs auf Wochenhilfe.



bisher nicht Versicherter der Versicherung freiwillig beitrifft, sogen. Selbstversicherung (§ 1), und den, daß ein bereits Versicherter nach Erlöschen der Versicherungspflicht die Versicherung freiwillig fortsetzt, sog. Weiterversicherung (§ 2). Beide Gruppen werden vielfach verschieden behandelt.

### § 1.

#### Die Selbstversicherung.

Zur Selbstversicherung sind nur diejenigen Personengruppen berechtigt, denen das Gesetz diese Befugnis ausdrücklich zuerkennt. Es sind dies:

- a) Dieselben Personen, die regelmäßig versicherungspflichtig sind (mit Ausnahme der Hausgewerbetreibenden), wenn sie aus irgend einem besonderen Grunde ausnahmsweise nicht versicherungspflichtig sind. Solche Gründe können z. B. Beschäftigung ohne Entgelt oder Versicherungsfreiheit sein, § 176 Nr. 1.

Dieser Grundsatz ist jedoch hinsichtlich der wegen Verrichtung nur vorübergehender Dienstleistungen versicherungsfreien Personen durchbrochen. Diese sind nämlich nicht schlechweg zu freiwilligem Beitritt berechtigt, sondern nur insoweit, als es der Bundesrat bestimmt. Ohne diese Einschränkung würde auch die kürzeste vorübergehende Dienstleistung zu freiwilligem Beitritt berechtigen, § 176 Abs. II.

- b) Personen, die ohne eigentliches Arbeitsverhältnis und ohne Entgelt im Betrieb eines Angehörigen tätig sind, § 176 Nr. 2.  
 c) Gewerbetreibende und andere Betriebsunternehmer<sup>1)</sup>, die in ihren Betrieben regelmäßig keine oder höchstens zwei Versicherungspflichtige beschäftigen, § 176 Nr. 3.  
 d) Personen, die beim Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung landesrechtlich zum freiwilligen Beitritt befugt waren, nach näherer Bestimmung der obersten Verwaltungsbehörde des Bundesstaats, § 177.

In allen vier Fällen ist der freiwillige Beitritt nur zulässig, wenn das jährliche Gesamteinkommen 2500 M. nicht übersteigt.

Die Krankenkassen können durch ihre Satzung das Recht zum Beitritt noch von bestimmten weiteren Voraussetzungen abhängig machen, die dann nur für diese einzelne Kasse gelten<sup>2)</sup>.

Das Recht, der Versicherung auf Grund freiwilligen Beitritts weiterhin anzugehören, erlischt, sobald das regelmäßige jährliche Gesamteinkommen 4000 M. übersteigt, § 178<sup>3)</sup> 4). Mit diesem Recht endet aber

<sup>1)</sup> Nicht aber Personen, die nur Dienstboten beschäftigen.

<sup>2)</sup> Diese weiteren Voraussetzungen werden bei der Mitgliedschaft dargestellt; vgl. S. 80.

<sup>3)</sup> Hierdurch soll eine zu weitgehende Beschränkung der freien ärztlichen Praxis verhütet werden.

<sup>4)</sup> Der Wegfall der übrigen Beitrittsvoraussetzungen hebt also das Recht zur Selbstversicherung nicht auf.

nicht ohne weiteres auch die Mitgliedschaft bei der Krankenkasse (vgl. S. 80).

## § 2.

### Die Weiterversicherung.

Die Weiterversicherung beruht wie die Selbstversicherung auf dem freien Willen des Versicherungsberechtigten; sie unterscheidet sich aber von der Selbstversicherung dadurch, daß sie sich an eine beendete Pflichtversicherung anschließt.

Die Weiterversicherung setzt nach § 313 voraus:

- a) daß die Versicherung eine bestimmte Zeit bestanden hat; ob bei einer oder verschiedenen (auch knappschaftlichen) Krankenkassen, ist gleichgültig. Die erforderliche Mindestdauer beträgt entweder unmittelbar vor dem Erlöschen der Versicherungspflicht ununterbrochen 6 Wochen oder ohne Rücksicht auf Unterbrechungen innerhalb der letzten 12 Monaten 26 Wochen;
- b) daß nicht durch ein neues Beschäftigungsverhältnis Versicherungspflicht eintritt. Dagegen schließt das Recht zur Selbstversicherung die Weiterversicherung nicht aus, was bei der vielfach verschiedenen Behandlung beider Versicherungsarten wichtig ist;
- c) daß sich das Mitglied regelmäßig im Inland aufhält.

Das Recht, der Versicherung auf Grund der Weiterversicherung fernerhin anzugehören, erlischt, wenn das regelmäßige jährliche Gesamteinkommen 4000 M. übersteigt. Die Mitgliedschaft bleibt aber auch hier wie bei der Selbstversicherung zunächst bestehen (vgl. S. 81).

## Kapitel II.

### Mitgliedschaft.

Die Zugehörigkeit zum Kreise der Versicherungspflichtigen oder Versicherungsberechtigten genügt für sich allein zur Entstehung eines Entschädigungsanspruchs noch nicht, vielmehr ist hierzu noch die Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse erforderlich. Die Versicherungsfähigen können also Entschädigungsansprüche nur erwerben, wenn sie Kassenmitglieder sind, und diese Möglichkeit verbleibt ihnen nur solange, als die Mitgliedschaft andauert.

Hiernach ist die Mitgliedschaft nach Voraussetzungen und Dauer näher zu behandeln (§§ 1 und 2) und dann zu untersuchen, inwieweit ausnahmsweise ohne Mitgliedschaft Entschädigungsansprüche entstehen können (§ 3).

## § 1.

### Mitgliedschaft der Versicherungspflichtigen.

#### I. Beginn der Mitgliedschaft.

- A. Die Versicherungspflichtigen sind regelmäßig ohne weiteres Mitglieder der zuständigen <sup>1)</sup> Krankenkasse. Ihre Mitgliedschaft be-

<sup>1)</sup> Über die Zuständigkeit vgl. S. 110, 113, 115, 116, 126.

ginnt ohne Rücksicht auf Anmeldung oder Beitragszahlung mit dem Tage des Eintritts in die versicherungspflichtige Beschäftigung, § 306. Von diesem Zeitpunkte ab entstehen also bei Eintritt eines entschädigungspflichtigen Tatbestandes Entschädigungsansprüche, § 206<sup>1)</sup>.

- B. Ausnahmsweise hängt die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger von der Eintragung in ein von der Kasse geführtes Mitgliederverzeichnis ab. Diese Eintragungspflicht ist zum Schutze der Kasse für zwei schwer zu überwachende Gruppen von Versicherungspflichtigen eingeführt, die auch sonst erhebliche versicherungsrechtliche Besonderheiten aufweisen, nämlich
1. für die unständig Beschäftigten. Das sind Personen, deren Beschäftigung jeweils auf weniger als eine Woche entweder nach der Art der Beschäftigung beschränkt zu sein pflegt <sup>2)</sup> (z. B. landwirtschaftliche Tagelöhner, Hafenarbeiter usw.) oder durch den Arbeitsvertrag tatsächlich beschränkt ist <sup>3)</sup>, §§ 442—449;
  2. für die hausgewerblichen Versicherungspflichtigen, also sowohl die Unternehmer hausgewerblicher Betriebe, als die von ihnen hausgewerblich Beschäftigten, § 468.

Der Versicherungspflichtige soll sich selbst zur Eintragung anmelden. Die Eintragung erfolgt aber auch von Amts wegen, sobald die Kasse einen Eintragungspflichtigen in Erfahrung bringt <sup>4)</sup>. Die Kasse kann Personen zur Feststellung ihrer Versicherungspflicht laden und durch Zwangsstrafen, bis zu 10 M. zum Erscheinen und Aussagen anhalten.

Mit der Eintragung beginnt die Mitgliedschaft. Sie bleibt auch erhalten, wenn der Eingetragene vorübergehend nicht gegen Entgelt beschäftigt oder nicht hausgewerblich tätig ist. Diese Fortdauer der Mitgliedschaft beruht aber nicht etwa auf der formellen Wirkung der Eintragung, sondern darauf, daß die unständig Beschäftigten und hausgewerblichen Versicherungspflichtigen als solche versicherungspflichtig sind, nicht nur wie die übrigen Versicherungspflichtigen hinsichtlich bestimmter einzelner Beschäftigungsverhältnisse <sup>5)</sup>.

## II. Ende der Mitgliedschaft.

- A. Die Mitgliedschaft <sup>6)</sup> Versicherungspflichtiger erlischt regelmäßig mit dem Wegfall der Versicherungspflicht (also z. B. mit dem Ende

<sup>1)</sup> Soweit nicht ausnahmsweise eine bestimmte Dauer der Mitgliedschaft erforderlich ist (vgl. hierüber Kapitel III).

<sup>2)</sup> Im Einzelfall kann sie auch einmal länger dauern.

<sup>3)</sup> Unständig Beschäftigte sind überhaupt nicht versicherungspflichtig, wenn sie nur vorübergehende Dienstleistungen verrichten; vgl. S. 71, 72.

<sup>4)</sup> Die Versicherungsämter, Gemeinde- und Polizeibehörden, Ausgabestellen der Quittungskarten (§ 1419) sowie alle Organe und Angestellten der Versicherungsträger haben der Kasse gegebenenfalls Mitteilung zu machen, § 444 Abs. II.

<sup>5)</sup> Geht der Eingetragene zu einer Beschäftigung über, die ihn der regelmäßigen Versicherungspflicht unterwirft, so setzt die neue Mitgliedschaft die frühere unmittelbar fort; es erfolgt dann zunächst lediglich ein Vermerk im Verzeichnis, § 449.

<sup>6)</sup> Nicht aber auch ein daraus bereits erwachsener Entschädigungsanspruch.

der Beschäftigung oder bei den Beschäftigten in gehobener Stellung mit Steigerung des regelmäßigen Jahresarbeitsverdienstes über 2500 M.).

Das gilt auch für die Eintragungspflichtigen (I. B). Sobald diese durch dauernde Aufgabe der unständigen oder hausgewerblichen Beschäftigung aufhören, versicherungspflichtig zu sein, erlischt ihre Mitgliedschaft; die dann auf Antrag oder von Amts wegen vorzunehmende Löschung hat nur klarstellende (deklaratorische) Bedeutung, § 447 <sup>1)</sup>).

B. Ausnahmsweise überdauert die Mitgliedschaft oder ihre Wirkungen die Versicherungspflicht, so daß also auch nach ihrem Erlöschen der Eintritt eines entschädigungspflichtigen Tatbestandes noch Entschädigungsansprüche erzeugt. Eine derartige Fortdauer der Versicherung findet statt

1. während des Bezuges von Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit. Bei Arbeitsunfähigkeit dauert die Versicherungspflicht fort, so lange das versicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnis besteht. Mit diesem endet sie. Nach ausdrücklicher Vorschrift bleibt aber auch nach dem Erlöschen der Versicherungspflicht bei Arbeitsunfähigkeit <sup>2)</sup> die Mitgliedschaft bestehen, bis der Anspruch auf Kassenleistungen endet, § 311.

2. Bei freiwilliger Weiterversicherung. Vergl. S. 77.

3. Bei Ausscheiden wegen Erwerbslosigkeit, § 214. Hier handelt es sich aber nicht um eine Erstreckung, sondern um Nachwirkung der Mitgliedschaft. Der Ausscheidende bleibt nicht Mitglied, er behält aber gleichwohl die Möglichkeit, bei Eintritt eines Versicherungsfalls Entschädigungsansprüche zu erwerben. Hierdurch soll verhütet werden, daß ein Versicherter durch kurze Unterbrechung der Mitgliedschaft (z. B. bei Wechsel des Arbeitgebers) Schaden erleidet.

Diese Fortdauer der Versicherung setzt voraus:

a) daß der Ausscheidende in den letzten 12 Monaten mindestens 26 Wochen oder unmittelbar vor dem Ausscheiden mindestens 6 Wochen versichert gewesen ist; ob bei einer oder verschiedenen Kassen, ist gleichgiltig;

b) daß die Mitgliedschaft wegen Erwerbslosigkeit erloschen ist, d. h. aus tatsächlichem Mangel einer entgeltlichen Beschäftigung, ohne daß es auf den Grund ihres Wegfalls ankäme (also z. B. auch bei Erwerbslosigkeit infolge von Vertragsbruch).

Die Nachwirkung der Versicherung dauert 3 Wochen <sup>3)</sup>. Sie endet aber schon früher; wenn die Erwerbslosigkeit durch Wieder-

---

<sup>1)</sup> Eine zu Unrecht erfolgte Löschung beendet die Mitgliedschaft, weil diese stets sowohl Versicherungspflicht als Eintragung erfordert.

<sup>2)</sup> Vgl. S. 84.

<sup>3)</sup> Sterbegeld wird auch später gewährt, wenn die Krankenhilfe bis zum Tod gedauert hat.

aufnahme der Arbeit <sup>1)</sup> entfällt oder wenn der Erwerbslose sich im Ausland aufhält <sup>2)</sup>).

Die nach dem Ausscheiden erwachsenden Entschädigungsansprüche sind auf die Regelleistungen <sup>3)</sup> der Kasse beschränkt.

## § 2.

### Mitgliedschaft der Versicherungsberechtigten.

#### 1. Selbstversicherung.

Die zur Selbstversicherung Berechtigten werden nur dann Mitglieder einer Kasse, wenn sie von ihrer Beitrittsbefugnis Gebrauch machen. Dies geschieht durch schriftliche oder mündliche Anmeldung beim Vorstand oder der gemeinsamen Meldestelle <sup>4)</sup>. Mit dem Tage des Beitritts beginnt die Mitgliedschaft und damit die Möglichkeit Entschädigungsansprüche zu erwerben. Eine beim Beitritt bereits bestehende Krankheit erzeugt aber keinen Entschädigungsanspruch, § 310.

Die Selbstversicherten stellen erfahrungsgemäß schlechte Risiken dar. Das Gesetz gibt den Kassen daher die Möglichkeit, sich durch die Satzung gegen übermäßige Belastung zu schützen, §§ 176, 310.

- a) Sie können das Beitrittsrecht beschränken, indem sie mit Zustimmung des Oberversicherungsamtes eine bestimmte Altersgrenze <sup>5)</sup> setzen, Vorlage eines ärztlichen Zeugnisses verlangen oder eine ärztliche Untersuchung vornehmen. Ist die Altersgrenze überschritten oder das ärztliche Zeugnis nicht beigefügt oder verweigert der Beitretende die Untersuchung, so ist seine Anmeldung unwirksam. Genügt das Zeugnis nicht oder ist der Untersuchte erkrankt, so kann die Kasse den Beitritt binnen einem Monat mit Wirkung von der Meldung an zurückweisen.
- b) Sie können die freiwillig Beitretenden in den Leistungen schlechter stellen, insbesondere eine Wartezeit für sie einführen

Die Mitgliedschaft auf Grund freiwilligen Beitritts endet:

- a) durch Mitteilung des Vorstands, sobald dieser erfährt, daß ein Mitglied durch Steigerung seines regelmäßigen Gesamteinkommens über 4000 M. die Versicherungsfähigkeit verloren hat. Bis zu dieser Mitteilung bleibt also die Mitgliedschaft bestehen, §§ 178, 314 Abs. II;
- b) durch schriftliche oder mündliche Austrittserklärung (Abmeldung), die dem freiwillig Beigetretenen jederzeit freisteht;

<sup>1)</sup> Nicht schon mit Abschluß eines Arbeitsvertrags.

<sup>2)</sup> Die Satzung kann den Anspruch belassen.

<sup>3)</sup> Vgl. S. 89, 97, 99.

<sup>4)</sup> Vgl. S. 132.

<sup>5)</sup> Gewöhnlich wird das 40. Lebensjahr gewählt.

- c) durch Nichtentrichtung der Beiträge an 2 aufeinanderfolgenden Zahltagen, deren erster mindestens 4 Wochen <sup>1)</sup> zurückliegt (vermuteter Verzicht), § 314 Abs. I;
- d) durch Eintritt der Versicherungspflicht <sup>2)</sup>, welche die rechtliche Natur der Mitgliedschaft ändert.

Die Mitgliedschaft dauert trotz Vorliegens eines Endigungsgrundes fort, solange die Kasse einem Arbeitsunfähigen Leistungen zu gewähren hat, § 311.

## 2. Weiterversicherung.

Wer die Mitgliedschaft nach dem Erlöschen der Versicherungspflicht freiwillig fortsetzen will, muß es der Krankenkasse anzeigen. Die Anzeige kann entweder ausdrücklich durch Erklärung oder stillschweigend durch Zahlung der vollen satzungsgemäßen Beiträge geschehen. In beiden Fällen muß die Erklärung binnen drei Wochen nach dem Wegfall der Versicherungspflicht<sup>3)</sup> erfolgen.

Die Möglichkeit dieser nachträglichen Erklärung benachteiligt die Kasse insofern, als häufig nur eine eintretende Erkrankung die Weiterversicherung veranlassen wird. Um diese Gefahr abzuschwächen, legt das Gesetz nur der Anzeige in der ersten Woche volle Wirksamkeit bei. Dagegen erzeugt die Anzeige in der zweiten oder dritten Woche bei Krankheiten, die in dieser Zeit<sup>4)</sup> eintreten, keine Entschädigungsansprüche, sondern nur bei Krankheiten während der ersten und nach der dritten Woche, § 313 Abs. II.

Mitglieder, welche sich freiwillig weiterversichern, werden regelmäßig wie versicherungspflichtige Mitglieder behandelt<sup>5)</sup>.

Die Mitgliedschaft auf Grund der Weiterversicherung endet auf die gleiche Weise, wie die auf Grund der Selbstversicherung (vgl. oben unter Ziffer 1) außerdem endet sie auch durch Aufgabe des regelmäßigen Aufenthalts im Inland, §§ 178, 312 bis 314.

## § 3.

### Entschädigung ohne Mitgliedschaft.

Die Mitgliedschaft ist die kraft gesetzlichen Zwanges oder nach eigener Willensentschließung eintretende Rechtsfolge bestimmter Eigenschaften. Fehlen diese Eigenschaften, so kommt eine Mitgliedschaft nicht zustande. Das gilt sowohl, wenn ein nicht Versicherungspflichtiger als

<sup>1)</sup> Die Satzung kann die Fristen verlängern. Zu beachten ist, daß bei Arbeitsunfähigkeit und während des Bezugs des Wochen- und Schwangerengelds für die Dauer der Leistungen keine Beiträge zu entrichten sind, § 383.

<sup>2)</sup> Bei Eintragungspflichtigen jedoch erst mit der Eintragung.

<sup>3)</sup> Bei Fortdauer der Mitgliedschaft wegen Arbeitsunfähigkeit und Bezugs von Kassenleistungen ist das Ende der Kassenleistungen maßgebend, § 313 Abs. II. Bei Eintragungspflichtigen entscheidet die Löschung im Verzeichnis, § 447 Abs. III. Dagegen muß bei Ausscheiden wegen Erwerbslosigkeit die Fortsetzung sofort nach dem Ausscheiden erfolgen.

<sup>4)</sup> Bei Ausscheiden wegen Erwerbslosigkeit kommt aber die dreiwöchige Fortdauer der Versicherung in Frage; vgl. S. 79.

<sup>5)</sup> Als Ausnahme vergl. z. B. § 193 Abs. III.

versicherungspflichtig angemeldet wird und Beiträge für ihn bezahlt werden, als auch wenn ein nicht Versicherungsberechtigter seinen freiwilligen Beitritt erklärt.

Durften aber in solchen Fällen die Beteiligten annehmen, beim Eintritt eines Versicherungsfalls entschädigt zu werden, so wäre es unbillig, sie, wenn ein solcher tatsächlich eingetreten ist, zurückzuweisen. Das Gesetz läßt daher ausnahmsweise auch für Nichtmitglieder Entschädigungsansprüche entstehen, § 213.

Diese formelle Versicherung setzt voraus:

- a) vorschriftsmäßige, nicht vorsätzlich unrichtige Anmeldung<sup>1)</sup>,
- b) ununterbrochene und unbeanstandete Beitragsentrichtung während dreier Monate.

Die entstehenden Entschädigungsansprüche sind die gleichen, als hätte eine wirkliche Mitgliedschaft bestanden.

Die formelle Versicherung endet, sobald die Beitragsleistung unterbrochen wird oder die Kasse sie beanstandet. Bereits entstandene Entschädigungsansprüche werden aber hierdurch nicht berührt.

### Kapitel III.

#### Dauer der Mitgliedschaft.

Die Mitglieder einer Krankenkasse haben bei Eintritt eines Versicherungsfalls regelmäßig ohne weiteres Anspruch auf Entschädigung. Ausnahmsweise hängt aber die Entstehung des Anspruchs auf einzelne oder alle Leistungen davon ab, daß die Mitgliedschaft schon eine bestimmte Zeit hindurch bestanden hat.

1. Das Gesetz selbst kennt eine derartige Vorschrift nur für die Ansprüche auf Wochenhilfe<sup>2)</sup>. Um einer Ausnutzung der Kassen durch Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung kurz vor der Niederkunft vorzubeugen, ist hier die Entstehung eines Anspruchs davon abhängig gemacht, daß die Wöchnerin in dem letzten Jahre vor der Niederkunft mindestens 6 Monate versichert gewesen ist<sup>3)</sup>. Diese Versicherung braucht aber weder bei derselben Kasse noch ununterbrochen bestanden zu haben, §§ 195, 198, 300<sup>4)</sup>.
2. Die Krankenkassen können durch ihre Satzung die Entstehung oder den Umfang der Entschädigungsansprüche innerhalb bestimmter gesetzlicher Grenzen davon abhängig machen, daß ein Mitglied ihnen schon eine bestimmte Zeit angehört hat. Solche Wartezeiten sind zulässig:
  - a) hinsichtlich aller Leistungen bis zu 6 Wochen für die freiwillig Beitretenden, die unständig Beschäftigten und die hausgewerblich Versicherungspflichtigen, §§ 207, 451, 487;

<sup>1)</sup> Bei vermeintlicher Versicherungspflicht durch den Arbeitgeber, bei beabsichtigtem freiwilligen Beitritt durch den Beitretenden selbst.

<sup>2)</sup> Vgl. S. 97.

<sup>3)</sup> Auch die Mitgliedschaft bei knappschaftlichen Krankenkassen zählt.

<sup>4)</sup> Bei Schwangerenunterstützung ist ununterbrochene sechsmonatliche Mitgliedschaft bei der in Anspruch genommenen Kasse erforderlich, § 199.

b) hinsichtlich der freiwilligen Mehrleistungen <sup>1)</sup> bis zu 6 Monaten für alle Mitglieder, soweit sie nicht binnen der letzten 12 Monate bereits für mindestens 6 Monate Anspruch auf Mehrleistungen einer Krankenkasse <sup>2)</sup> gehabt haben, § 208.

Die Bedeutung dieser Wartezeiten liegt darin, daß Versicherungsfälle, die vor ihrer Zurücklegung eintreten, überhaupt keinen Anspruch auf Leistungen oder auf Mehrleistungen erzeugen, auch nach Ablauf der Wartezeit nicht <sup>3)</sup>.

Als Wartezeit zählt nur die Mitgliedschaft bei der in Anspruch genommenen Kasse selbst. Diese Mitgliedschaft braucht aber nicht fortlaufend bestanden zu haben, sondern kann bis zu 26 Wochen unterbrochen worden sein, §§ 209, 451 Abs. II, 487 <sup>4)</sup>.

#### Kapitel IV.

### Entschädigungspflichtige Tatbestände.

Entschädigungspflichtige Tatbestände oder Versicherungsfälle sind solche Tatbestände, an welche nach ausdrücklicher gesetzlicher Vorschrift die Entstehung eines Entschädigungsanspruchs geknüpft ist. Die Krankenversicherung kennt drei solcher Tatbestände: Krankheit (§ 1), Niederkunft (§ 2) und Tod (§ 3).

Tritt ein solcher Tatbestand zu den übrigen Voraussetzungen hinzu, so entsteht ein Entschädigungsanspruch <sup>5)</sup>. Nicht erforderlich ist, daß die Mitgliedschaft vor dem Eintritt des Versicherungsfalles bestanden hat. Auch wenn eine Person erst nach Eintritt des Versicherungsfalles Mitglied einer Kasse wird <sup>6)</sup>, erwirbt sie einen Anspruch. Nur bei freiwilligem Beitritt erzeugt eine bereits vorhandene Krankheit keinen Entschädigungsanspruch, § 310 Abs. II <sup>7)</sup>.

Ist ein Entschädigungsanspruch einmal entstanden, so ist er selbständig und von der Fortdauer der Mitgliedschaft unabhängig <sup>8)</sup>.

<sup>1)</sup> Vgl. S. 94.

<sup>2)</sup> Auch einer knappschaftlichen.

<sup>3)</sup> Verschieden hiervon sind die sogenannten Karenzzeiten, die nur eine Befristung bereits bestandener Ansprüche darstellen (z. B. die Nichtgewährung von Krankengeld während der ersten 3 Krankheitstage).

<sup>4)</sup> Scheiden Versicherte zur Erfüllung ihrer Dienstpflicht in Heer oder Marine aus, so erhöht sich die zulässige Unterbrechungsdauer um diese Dienstzeit, § 209 Abs. II.

<sup>5)</sup> Der entschädigungspflichtige Tatbestand braucht aber nicht stets in der Person des Versicherten selbst einzutreten; ausnahmsweise erzeugen auch Versicherungsfälle in der Person von Angehörigen Ansprüche; vgl. S. 95, 98, 99.

<sup>6)</sup> Das Vorliegen eines Versicherungsfalles an sich hindert den Eintritt der Mitgliedschaft nicht, soweit tatsächlich eine versicherungspflichtige Beschäftigung erfolgt. Kranke, die freiwillig beitreten wollen, können aber zurückgewiesen werden; vgl. S. 80.

<sup>7)</sup> Eine weitere Ausnahme bilden die landwirtschaftlich Beschäftigten und die Dienstboten, welche nach Ablauf der Befreiung wieder Mitglieder werden. Auch sie erlangen aus Versicherungsfällen, die zu dieser Zeit bereits eingetreten sind, keine Ansprüche gegen die Kasse. Vgl. S. 75.

<sup>8)</sup> Freiwillige Mehrleistungen kann die Kasse aber auch in der Weise begrenzen, daß sie mit der Mitgliedschaft wegfallen.



## § 1.

**Krankheit.**

- A. Krankheit ist ein anormaler körperlicher oder geistiger Zustand, der Heilbehandlung erfordert oder arbeitsunfähig macht. Der gesetzliche Krankheitsbegriff deckt sich demnach nicht mit dem der medizinischen Wissenschaft. Diese kennt teils weitergehend Krankheiten, die weder Heilbehandlung erfordern noch arbeitsunfähig machen, teils nimmt sie trotz noch vorhandener Arbeitsunfähigkeit keine Krankheit mehr an.
1. Krankheit ist ein anormaler Zustand. Beeinträchtigungen, die durch die natürliche Entwicklung bedingt werden, (z. B. Altersschwäche, Wochenbett) sind, soweit sie ihren normalen Verlauf nehmen, keine Krankheiten.
  2. Der anormale Zustand muß
    - a) entweder Heilbehandlung, d. h. ärztliche Behandlung oder Heilmittel erfordern. Keine Krankheiten sind daher z. B. angeborene Mißbildungen <sup>1)</sup> oder Schönheitsfehler. Ob Heilbehandlung erforderlich ist, entscheidet sich nach objektiver sachverständiger Beurteilung, nicht nach der Ansicht des Versicherten;
    - b) oder arbeitsunfähig machen. Ob vorübergehend oder dauernd, ist gleichgültig. Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn der Kranke seiner bisherigen Erwerbstätigkeit <sup>2)</sup> nicht mehr oder nur unter der Gefahr, seinen Zustand zu verschlimmern, nachgehen kann. Die Möglichkeit, zu einem anderen Beruf überzugehen, macht nicht arbeitsfähig im Sinne der Krankenversicherung; ebensowenig die Erzielung eines geringfügigen Verdienstes.

Die Arbeitsunfähigkeit muß durch den anormalen Zustand herbeigeführt sein. Dann erfüllt sie aber für sich allein den Begriff der Krankheit, auch wenn Heilbehandlung nicht erforderlich (z. B. aussichtslos oder abgeschlossen) ist.
  3. Auf die Ursache der Krankheit kommt es nicht an. Insbesondere erzeugt eine Krankheit auch dann Entschädigungsansprüche, wenn sie verschuldet <sup>3)</sup> ist oder auf Unfall <sup>4)</sup> oder kränklicher Veranlagung beruht.
- B. Die Krankheit beginnt mit dem Zeitpunkt, wo die Heilbehandlung erforderlich wird oder die Arbeitsunfähigkeit eintritt. Wann die

<sup>1)</sup> Wohl aber die durch diese veranlaßte Störungen.

<sup>2)</sup> Es kommt hier also lediglich der Beruf in Frage; anders bei Prüfung der Invalidität auf dem Gebiet der Invalidenversicherung.

<sup>3)</sup> Die Satzung kann aber das Krankengeld (nicht auch die Krankenpflege) ganz oder teilweise versagen, wenn der Erkrankte sich die Krankheit vorsätzlich oder durch schuldhaftige Beteiligung an Schlägereien oder Raufhändeln zugezogen hat, § 192. Vgl. S. 96, 97.

<sup>4)</sup> Sie erzeugt dann auch auf dem Gebiet der Unfallversicherung Entschädigungsansprüche; über das Verhältnis dieser Ansprüche vgl. S. 370 ff.

- Krankheit im Sinne der Medizin begonnen hat, wann sie dem Erkrankten zum Bewußtsein gekommen ist, oder wann er ärztliche Hilfe in Anspruch genommen hat, ist unerheblich.
- C. Die Krankheit endet, wenn sowohl die Notwendigkeit der Heilbehandlung als die Arbeitsunfähigkeit entfallen sind. Treten sie später wieder ein, so liegt eine neue Krankheit vor und folglich auch ein neuer Versicherungsfall, und zwar auch dann, wenn sie auf derselben nicht behobenen Krankheitsursache beruhen. Andererseits liegt nur eine Krankheit vor, wenn vor dem Wegfall der Behandlungsnotwendigkeit oder der Arbeitsunfähigkeit eine neue Krankheitsursache zur erstenhinzutritt, mag sie auch von dieser medizinisch völlig unabhängig sein. Danach stellen z. B. die einzelnen Anfälle eines chronisch Kranken selbständige Krankheiten dar <sup>1)</sup>, während nur eine Krankheit vorliegt, wenn ein akut Erkrankter im Verlauf der Krankheit das Bein bricht.
- D. Die aus der Krankheit erwachsenden Entschädigungsansprüche sind verschieden, je nachdem die Krankheit nur Heilbehandlung erfordert oder zugleich oder ausschließlich Arbeitsunfähigkeit herbeiführt. Im ersten Falle wird nur die erforderliche Krankenpflege gewährt, während die Folgen der Arbeitsunfähigkeit durch Krankengeld ausgeglichen werden.

## § 2.

### Niederkunft.

1. Die Niederkunft ist ein selbständiger, entschädigungspflichtiger Tatbestand, aus dem besonders geartete Ansprüche auf Entschädigung (Wochenhilfe) erwachsen, § 195.
  - a) Die Niederkunft ist ein normaler Vorgang und als solcher keine Krankheit. Geht sie bei anormalem Verlauf in eine Krankheit über oder besteht neben ihr und unabhängig von ihr eine solche, so erwachsen aus beiden Versicherungsfällen Ansprüche. Die Ansprüche aus der Krankheit ruhen jedoch, soweit sie sich mit denen aus der Niederkunft decken, § 195 Abs. III.
  - b) Eheliche und uneheliche Geburt stehen sich gleich. Ob eine Frühgeburt oder Fehlgeburt eine Niederkunft ist, hängt davon ab, ob nach der Dauer der Schwangerschaft ein lebendes Kind hätte geboren werden können <sup>2)</sup>.
2. Die Krankenkassen können durch ihre Satzung noch anderen mit der Niederkunft zusammenhängenden Tatbeständen die Eigenschaft von Versicherungsfällen verleihen, nämlich
  - a) der Schwangerschaft, soweit sie arbeitsunfähig macht oder Behandlung erfordert, § 199;
  - b) dem Stillen eines Neugeborenen, § 200.

<sup>1)</sup> Gegen die hiernach mögliche Ausnutzung durch chronische Kranke kann sich die Kasse durch Beschränkung der Leistungen schützen; vgl. S. 96.

<sup>2)</sup> Ist eine Niederkunft nicht anzunehmen, so wird regelmäßig der Tatbestand der Krankheit gegeben sein.

## § 3.

**Tod.**

Der Tod <sup>1)</sup> ist entschädigungspflichtiger Tatbestand ohne Rücksicht auf seine Ursache, also auch dann, wenn er durch Unfall <sup>2)</sup> oder Selbstmord herbeigeführt ist.

Ist der Tod ohne vorübergehende Krankheit eingetreten, so erzeugt er Entschädigungsansprüche nur dann, wenn der Verstorbene zur Zeit des Todes die Voraussetzungen für Gewährung der Entschädigung erfüllt hat. Ist der Tod aber die Folge einer Krankheit, so wird sein Eintritt unter bestimmten Voraussetzungen auf den Beginn der Krankheit zurückbezogen, so daß also auch der Tod nach Erlöschen der Mitgliedschaft Entschädigungsansprüche erwachsen läßt. Voraussetzung hierfür ist,

- a) daß der Verstorbene beim Beginn der tödlichen Krankheit Mitglied war,
- b) daß der Tod eine Folge der gleichen nicht gehobenen Krankheitsursache ist,
- c) daß der Verstorbene vor dem Ausscheiden aus der Mitgliedschaft arbeitsunfähig geworden und bis zum Tode geblieben ist,
- d) daß der Tod binnen einem Jahre nach Ablauf der Krankenhilfe eingetreten ist, § 202.

Ist die Krankheit nach dem Ausscheiden aus der Mitgliedschaft wegen Erwerbslosigkeit, aber während der Erwerbslosigkeit und binnen drei Wochen nach dem Ausscheiden eingetreten, so wird der Tod berücksichtigt, wenn die Krankenhilfe bis zum Tode gedauert hat, § 214 Abs. II.

**Zweiter Abschnitt.****Gegenstand des Entschädigungsanspruchs.**

Kraft des Entschädigungsanspruchs kann der Entschädigungsberechtigte Ersatz des Schadens verlangen, der ihm durch Krankheit, Niederkunft und Tod entsteht. Die Entschädigung erfolgt durch gesetzlich oder satzungsgemäß ein für allemal bestimmte Leistungen.

- A. Die Entschädigungsleistungen sind Sach- oder Geldleistungen.
  1. Auf die Sachleistungen (ärztliche Behandlung, Heilmittel) haben alle Mitglieder in gleicher Weise Anspruch; nur nach dem wechselnden tatsächlichen Bedürfnis treten Verschiedenheiten ein.
  2. Dagegen sind die Geldleistungen, die den entgehenden Arbeitsverdienst ersetzen sollen, je nach der Verdiensthöhe der einzelnen Mitglieder verschieden bemessen. Dieser Bemessung dient der Grundlohn.

<sup>1)</sup> Als Ende des menschlichen Lebens, also z. B. nicht die Todgeburt; wohl aber genügt Todeserklärung, §§ 13 ff. BGB.

<sup>2)</sup> Dann entstehen auch Entschädigungsansprüche auf dem Gebiet der Unfallversicherung; über das Verhältnis dieser Ansprüche vgl. S. 370.

Die Bestimmung des Grundlohnes kann nach verschiedenen Systemen erfolgen, unter denen die Kasse die Wahl hat, §§ 180, 181:

- a) Die Satzung kann als Grundlohn den wirklichen Arbeitsverdienst <sup>1)</sup> der Mitglieder festsetzen, wobei dieser aber nur bis zu 6 Mark in Ansatz kommt. Ändert sich der Verdienst, so ändert sich zugleich auch der Grundlohn. Dieses System ist nur üblich, wo eine zuverlässige Ermittlung des tatsächlichen Verdienstes möglich ist, also besonders bei Betriebs- und Innungskrankenkassen.
- b) Die große Mehrzahl der Kassen bestimmt den Grundlohn nach Lohnstufen: Die Mitglieder werden nach ihrer verschiedenen Lohnhöhe in Gruppen zusammengefaßt und für diese Gruppen wird ein einheitlicher Grundlohn bis zu 6 Mark bestimmt (z. B. I. Stufe: Löhne bis zu 1,49 M. Grundlohn 1 M.; II. Stufe: Löhne von 1,50 M. bis 2,49 M. Grundlohn 2 M.; usw.) Die Bestimmung des Grundlohns nach diesem System bedarf der Zustimmung des Oberversicherungsamts. Ändert sich der Lohn, so tritt ein hierdurch veranlasster Wechsel der Lohnstufe nicht sofort, sondern erst mit der nächsten Beitragszahlung ein <sup>2)</sup>.
- c) Statt nach der Lohnhöhe können die Mitglieder auch nach beliebigen anderen Gesichtspunkten (z. B. Beruf, Stellung, Geschlecht, Alter, Wohnort) zu Klassen zusammengefaßt und als Grundlohn für diese Klassen ihr durchschnittlicher Tagesentgelt bis zu 5 Mark festgesetzt werden. Auch hier bedarf die Festsetzung der Zustimmung des Oberversicherungsamts. Ändern sich die für die Klassenzugehörigkeit maßgebenden Tatsachen, so tritt das Mitglied sofort in die neue Klasse über.

Die Klasseneinteilung empfiehlt sich bei einfachen (insbesondere ländlichen) Verhältnissen, wo sich leicht Klassen mit gleichartigen Verdienstverhältnissen bilden lassen.

- d) Schließlich kann in bestimmten Fällen als Grundlohn der Ortslohn bestimmt werden. Als Ortslohn gilt der ortsübliche Tagesentgelt gewöhnlicher Tagearbeiter. Das Oberversicherungsamt setzt ihn getrennt nach Geschlecht und Alter <sup>3)</sup> einheitlich <sup>4)</sup>

<sup>1)</sup> Schwankt dieser, so ist der Durchschnitt eines Zeitraums maßgebend, innerhalb dessen sich die Schwankungen ausgleichen.

<sup>2)</sup> Die Satzung kann aber sofortige Wirksamkeit der Änderung vorschreiben. Sie kann auch gestatten, daß ein Mitglied bei vorübergehender Lohnverminderung in seiner Lohnstufe bleibt, wenn es den Mehrbetrag der Beiträge selbst übernimmt oder der Arbeitgeber zustimmt, § 382 (Ausnahme in § 462).

<sup>3)</sup> Und zwar für Personen unter 16 Jahren, vom 16.—21. und über 21 Jahren. Die Versicherten unter 16 Jahren heißen Jugendliche, sie können in Kinder (bis 14 Jahren) und junge Leute geschieden werden. Lehrlinge zählen zu den jungen Leuten, § 150.

<sup>4)</sup> Ausnahmen bei erheblichen Abweichungen der Lohnhöhe sind zulässig, § 150 Abs. III.

für den Bezirk jedes Versicherungsamtes fest. Die Festsetzung erfolgt alle vier Jahre neu<sup>1)</sup> und wird veröffentlicht, §§ 149—152.

Für die unständig Beschäftigten und die hausgewerblichen Versicherungspflichtigen gilt wegen ihrer regelmäßig ungünstigen wirtschaftlichen Lage und ihres schwankenden, schwer zu ermittelnden Verdienstes stets der Ortslohn als Grundlohn, §§ 450, 480. Landkrankenkassen<sup>2)</sup> können ihn durch ihre Satzung für ihre Mitglieder mit Ausnahme der Personen in gehobener Stellung und der Facharbeiter einführen, § 181. Hiernach kann also bei derselben Kasse der Grundlohn für die einzelnen Mitglieder verschieden bestimmt werden.

- e) Die in der Satzung vorgesehene Bestimmung des Grundlohnes gilt auch für freiwillig beigetretene Mitglieder. Soweit sich aber für diese kein Grundlohn bestimmen läßt (z. B. weil sie keinen Entgelt beziehen), muß ihn die Satzung besonders vorschreiben, z. B. den Ortslohn, § 180 Abs. V.

Mitglieder, welche die Mitgliedschaft freiwillig fortsetzen, bleiben in ihrer bisherigen Klasse oder Stufe; sie können aber auch in eine niedrigere übertreten, § 313.

- B. Die Leistungen sind je nach den entschädigungspflichtigen Tatbeständen verschieden. In der folgenden Darstellung werden zunächst die Entschädigungsleistungen im Fall der Krankheit (Kap. I), der Niederkunft (Kap. II) und des Todes (Kap. III) behandelt. Dann werden die besonders gearteten Leistungen, die nur einzelne Gruppen von Versicherten erhalten, der Übersichtlichkeit halber zusammengefaßt (Kap. IV). Schließlich werden die Gründe dargestellt, aus welchen die geschuldeten Entschädigungsleistungen in Wegfall kommen können. (Kap. V).

## Kapitel I.

### Leistungen im Fall der Krankheit. (Krankenhilfe.)

Die Leistungen, welche die Entschädigungsberechtigten erhalten, sind nicht bei allen Krankenkassen die gleichen. Das Gesetz schreibt zwar bestimmte Leistungen vor, die regelmäßig gewährt werden müssen (§ 1). An Stelle dieser Regelleistungen können aber im Einzelfall andere Leistungen treten.

<sup>1)</sup> Zunächst bis 31. Dezember 1914; Änderungen in der Zwischenzeit gelten nur bis zur nächsten allgemeinen Festsetzung, § 151.

<sup>2)</sup> In Bezirken ohne Landkrankenkasse kann dies auch die allgemeine Ortskrankenkasse für solche Mitglieder, die regelmäßig einer Landkrankenkasse anzugehören haben. Umgekehrt darf eine Landkrankenkasse, der wegen Fehlens einer allgemeinen Ortskrankenkasse ausnahmsweise gewerbliche Mitglieder angehören, für diese den Ortslohn nicht zugrunde legen, § 181.

- a) Das Gesetz selbst ermächtigt die Kassen vielfach, statt der geschuldeten Regelleistung bestimmte andere Leistungen zu gewähren, die eigentlich geschuldete Leistung durch andere Leistungen, die das Gesetz für gleichwertig erklärt, zu ersetzen. Der Entschädigungsberechtigte hat auf diese Ersatzleistungen keinen Anspruch; er kann stets nur die eigentlich geschuldete Leistung verlangen. Die Kasse kann sich aber von der Verpflichtung zur Gewährung jener Leistung dadurch befreien, daß sie an ihrer Stelle die Ersatzleistung gewährt. In einzelnen Fällen ist hierzu allerdings die Zustimmung des Entschädigungsberechtigten erforderlich (§ 2).
- b) Die Kasse kann innerhalb bestimmter Grenzen über das Maß der Regelleistungen hinausgehen, hauptsächlich indem sie durch ihre Satzung die Regelleistungen nach Umfang und Dauer erweitert oder bestimmte freiwillige Leistungen einführt. Auf derartige Mehrleistungen haben die Mitglieder teils einen Rechtsanspruch, teils ist die Gewährung dem freien Ermessen der Kasse im Einzelfall überlassen (§ 3).
- c) Unter das Maß der Regelleistungen darf im allgemeinen nicht gegangen werden. Nur in einigen Ausnahmefällen sind Beschränkungen der Leistungen zulässig (§ 4).

## § 1.

### Regelleistungen.

Die Leistungen, die der Entschädigungsberechtigte im Fall der Krankheit regelmäßig verlangen kann, sind Krankenpflege und Krankengeld. Beide Leistungen zusammen bilden die regelmäßige Form der Krankenhilfe, § 182.

#### A. Die Krankenpflege.

Die Krankenpflege bezweckt Heilung oder Linderung der Krankheit. Sie setzt sofort mit dem Beginn der Krankheit ein und umfaßt ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei und kleinen anderen Heilmitteln, § 182 Nr. 1.

1. Ärztliche Behandlung ist grundsätzlich Behandlung durch approbierte Ärzte und Zahnärzte. Anderen Personen (z. B. Badern, Heildienern, Hebammen, Krankenwärtern, Masseuren, Zahntechnikern) darf die Behandlung nur insoweit übertragen werden, als der Arzt es anordnet oder in dringenden Fällen ein Arzt nicht zugezogen werden kann. Die Behandlung von Zahnkrankheiten mit Ausnahme von Mund- und Kieferkrankheiten darf mit Zustimmung des Erkrankten auch durch Zahntechniker erfolgen, §§ 122, 123<sup>1)</sup>.

Der Erkrankte hat nur Anspruch auf die im Einzelfall notwendige ärztliche Behandlung. Er kann daher kostspielige Kuren

---

<sup>1)</sup> Die oberste Verwaltungsbehörde kann die Behandlung durch Nichtärzte in weiterem Umfang zulassen; vgl. die §§ 122 Abs. II, 123.

und Behandlung durch Spezialärzte nur verlangen, wenn dem Bedürfnis nicht auch auf billigere Weise genügt werden kann.

Die nähere Regelung der ärztlichen Behandlung steht im freien Ermessen der Kasse <sup>1)</sup>. Sie kann die Auswahl des Arztes entweder dem Versicherten überlassen oder ihn allgemein oder im Einzelfall vorschreiben. Je nach der größeren oder geringeren Freiheit, die sie dem Kranken läßt, unterscheidet man:

- a) das System der Kassenärzte: Die Behandlung erfolgt nur durch bestimmte Ärzte, die in einem festen Vertragsverhältnis zur Kasse stehen. Soweit es die Kasse aber nicht erheblich mehr belastet, soll sie ihren Mitgliedern die Auswahl zwischen mindestens zwei Ärzten freilassen, § 369.
- b) die beschränkt freie Ärztwahl: Der Kranke hat die freie Wahl unter einer Liste von Ärzten, die sich zur Behandlung von Kassenpatienten nach den allgemeinen Bedingungen der Kasse bereit erklärt haben.
- c) die unbeschränkt freie Ärztwahl: Der Kranke kann unter allen im Kassenbezirke praktizierenden Ärzten frei wählen.

Die Vorzüge und Nachteile dieser Systeme sind sehr umstritten und wohl nur nach den jeweiligen Verhältnissen zu entscheiden. Tatsächlich verbreitet sind nur die beiden ersten.

Der Kranke darf nur die von der Kasse bestimmten Ärzte in Anspruch nehmen. Läßt er sich von anderen behandeln, so kann die Kasse, von dringenden Fällen<sup>2)</sup> abgesehen, die Bezahlung ablehnen. Zwischen mehreren von der Kasse bestellten Ärzten hat er die Wahl, wenn er die etwaigen Mehrkosten übernimmt. Die Satzung kann aber im Interesse einer einheitlichen Behandlung den Arztwechsel während der gleichen Krankheit oder in dem gleichen Geschäftsjahr von ihrer Zustimmung abhängig machen, §§ 368, 369.

2. Heilmittel sind die Heilung oder Linderung der Krankheit zweckenden Mittel<sup>3)</sup>. Auf Arzneien<sup>4)</sup> hat der Kranke stets, auf andere Heilmittel nur dann Anspruch, wenn sie kleinere<sup>5)</sup> sind. Den Begriff der kleineren Heilmittel umgrenzt das Gesetz nicht scharf, sondern erläutert ihn nur durch die Beispiele „Brillen

<sup>1)</sup> Genügt aber die ärztliche Behandlung den berechtigten Anforderungen der Versicherten nicht, so greift das Oberversicherungsamt ein; vgl. §§ 372, 373.

<sup>2)</sup> Hier hat auch der Arzt einen unmittelbaren Anspruch gegen die Kasse (§§ 683, 812 BGB.).

<sup>3)</sup> Nicht also Vorbeugungsmittel und nicht Hilfsmittel, die nach beendetem Heilverfahren notwendig sind, um die Arbeitsfähigkeit herzustellen oder zu erhalten (z. B. Krücken).

<sup>4)</sup> Arzneien sind diejenigen Heilmittel, welche nach der Kaiserl. Verordnung vom 22. November 1901 nur in den Apotheken feilgehalten werden dürfen.

<sup>5)</sup> Nicht auch auf Zuschuß zu größeren. — Als kleine Heilmittel hat die Praxis bisher solche bis zum Werte von etwa 20 M. angesehen.

und Bruchbänder“. Die Satzung kann aber zur Vermeidung von Streitigkeiten mit Zustimmung des Oberversicherungsamts für kleinere Heilmittel einen Höchstbetrag festsetzen, § 193.

Für den Bezug von Arzneimitteln können die Kassen bestimmte Apotheken und für den Bezug der dem freien Verkehr überlassenen Arzneimittel auch andere Bezugsquellen, mit denen sie Vorzugsbedingungen vereinbart haben, vorschreiben. Die Bezahlung der von anderer Seite bezogenen Arznei können sie dann, von dringenden Fällen abgesehen, ablehnen <sup>1)</sup>, § 375.

3. Ärztliche Behandlung und Heilmittel sind grundsätzlich als Sachleistung zu gewähren. Eine Abfindung in Geld ist auch mit Zustimmung des Erkrankten regelmäßig unzulässig. Ausnahmsweise können aber an Stelle der Krankenpflege Geldleistungen treten,

a) wenn eine Kasse keinen Vertrag zu angemessenen Bedingungen mit einer ausreichenden Zahl von Ärzten schließen kann oder diese den Vertrag nicht einhalten. In solchen Fällen kann die Kasse mit widerruflicher Genehmigung des Oberversicherungsamts statt der Krankenpflege eine Barleistung bis zu zwei Dritteln des Durchschnittsbetrages ihres gesetzlichen Krankengeldes (also bis zu einem Drittel ihres durchschnittlichen Grundlohnes) gewähren, § 370 <sup>2)</sup>;

b) wenn sich Mitglieder, welche die Mitgliedschaft freiwillig fortsetzen, nicht im Bezirk der Kasse oder des Versicherungsamts aufhalten. Für diese kann die Satzung statt der Krankenpflege einen Geldbetrag von mindestens dem halben Krankengeld vorsehen, § 193 Abs. III;

c) wenn ein Mitglied nach Eintritt eines Versicherungsfalles seinen Aufenthalt im Inland aufgibt, ohne daß die Krankenhilfe ruht, § 217. Über diese Abfindung vgl. S. 93, 94.

#### B. Das Krankengeld.

Das Krankengeld soll für den entgehenden Arbeitsverdienst entschädigen <sup>3)</sup>. Der Ersatz ist aber den Mitteln der Kasse entsprechend und zur Verhütung der Simulation nur ein beschränkter. Hieraus erklären sich folgende Bestimmungen, § 182 Nr. 2:

1. Das Krankengeld wird nur gewährt, wenn die Krankheit Arbeitsunfähigkeit <sup>4)</sup> zur Folge hat.
2. Es wird aber nur dann vom Beginn der Arbeitsunfähigkeit gewährt, wenn diese nach dem 3. Krankheitstage eintritt. Tritt sie

<sup>1)</sup> Im Interesse kleiner Landapotheken können die höheren Verwaltungsbehörden anordnen, daß die Kasse die Bezahlung einfacher, regelmäßig ohne ärztliche Verschreibung abgegebener Arzneimittel nicht ablehnen darf, wenn diese anderweitig bezogen sind und ihr Preis den von der höheren Verwaltungsbehörde festgesetzten Höchstpreis nicht übersteigt, § 376.

<sup>2)</sup> Wegen der Einzelheiten vgl. § 370.

<sup>3)</sup> Lehrlinge, die ohne Entgelt beschäftigt werden, erhalten deshalb auch kein Krankengeld, § 494.

<sup>4)</sup> Über den Begriff der Arbeitsunfähigkeit vgl. S. 84.



schon vorher ein, so erzeugt sie innerhalb der ersten 3 Tage der Krankheit (der sog. Karenztage) keinen Anspruch auf Krankengeld. Dieses beginnt also frühestens mit dem 4. Krankheitstage.

3. Das Krankengeld wird nur für Arbeitstage gewährt, d. h. für Tage, an denen der Erkrankte ohne die Erkrankung voraussichtlich gearbeitet hätte. Dabei kommt es sowohl auf die im Gewerbe oder im Betrieb des Erkrankten übliche Regelung der Arbeitszeit, als auf sein besonderes Arbeitsverhältnis an. So haben Kellner und Dienstboten regelmäßig auch für Sonntage Anspruch auf Krankengeld, eine Waschfrau, die wöchentlich nur an drei Tagen zu arbeiten pflegt, aber nur für diese Tage.
4. Das Krankengeld hat die Höhe des halben Grundlohnes. Vgl. oben S. 87, 88. Es wird ratenweis mit Ablauf jeder Woche ausbezahlt, § 210.

#### C. Dauer der Krankenhilfe, § 183.

Die Krankenhilfe endet <sup>1)</sup> mit dem Wegfall der Krankheit, spätestens aber mit dem Ablauf der 26. Woche nach dem Beginn der Krankheit <sup>2)</sup> oder, wenn das Krankengeld erst von einem späteren Tage an bezogen wird, nach diesem Tage. Fällt in die Zeit des Krankengeldbezuges eine Zeit, in der nur Krankenpflege, also kein Krankengeld gewährt wird, so wird diese Zeit bis zu 13 Wochen auf die Dauer des Krankengeldbezuges nicht angerechnet.

Endet der Krankengeldbezug vor Ablauf der 26. Woche nach dem Beginn der Krankheit, so wird die Krankenpflege bis zum Ablauf der 26. Woche nach dem Beginn des Krankengeldbezuges gewährt. Ist das Krankengeld aber über die 26. Woche nach dem Beginn der Krankheit hinaus zu bezahlen, so endet nach ausdrücklicher gesetzlicher Bestimmung mit ihm auch der Anspruch auf Krankenpflege.

Beispiel: 25 Wochen Krankenpflege ohne Krankengeld, dann 1 Woche Krankenpflege mit Krankengeld, dann wieder 20 Wochen Krankenpflege ohne Krankengeld: Es bleiben noch 18 Wochen für weiteren Krankengeldbezug; denn die 26-wöchige Frist beginnt erst mit der 26. Woche und die 27. bis 39. Woche werden nicht angerechnet.

### § 2.

#### Ersatzleistungen.

Statt der regelmäßig zu gewährenden Krankenpflege und des Krankengeldes kann die Kasse als Ersatzleistungen Krankenhauspflege in Verbindung mit Hausgeld und in besonderen Fällen Kapitalabfindung gewähren, §§ 184, 217.

1. Die Gewährung der Krankenhauspflege ist dem pflichtgemäßen Ermessen der Kasse überlassen. Einen Rechtsanspruch auf sie haben

<sup>1)</sup> Der Beginn ist hinsichtlich der einzelnen Leistungen verschieden; vgl. oben.

<sup>2)</sup> Da der Erkrankungstag selbst nach den §§ 124, 125 nicht mitzählt, beträgt bei Arbeitsunfähigkeit vom Beginn der Krankheit an die Entschädigungsdauer 183 Tage.

die Mitglieder nicht. Jedoch soll die Kasse möglichst Krankenhauspflege gewähren,

- a) wenn die Krankheit eine Behandlung oder Pflege verlangt, die in der Familie des Erkrankten nicht möglich ist,
- b) wenn die Krankheit ansteckend ist,
- c) wenn der Zustand oder das Verhalten des Kranken eine fortgesetzte Beobachtung erfordern, insbesondere also auch bei begründetem Simulationsverdacht.

Der Kranke muß sich die Gewährung der Krankenhilfe in Form der Krankenhauspflege regelmäßig gefallen lassen <sup>1)</sup>. Nur wenn er einen eigenen Haushalt hat oder Mitglied des Haushaltes seiner Familie ist, bedarf es seiner Zustimmung <sup>2)</sup>. Ausnahmsweise ist aber auch in diesem Falle die Zustimmung nicht erforderlich, wenn der Kranke wiederholt der Krankenordnung oder den Anordnungen des behandelnden Arztes zuwidergehandelt hat, oder wenn einer der Fälle vorliegt, in denen Krankenhauspflege gewährt werden soll (oben a bis c).

Die Krankenhauspflege umfaßt Kur und Verpflegung in einem Krankenhaus, also sowohl Heilbehandlung (einschließlich Operationen), als freie Wohnung und Beköstigung <sup>3)</sup>. Die Satzung kann den Vorstand ermächtigen, die Krankenhauspflege nur durch bestimmte Krankenhäuser zu gewähren, § 371. Fehlt aber eine solche Bestimmung, so soll die Kasse dem Mitglied unter mehreren geeigneten Krankenhäusern, welche die Krankenhauspflege zu den gleichen Bedingungen übernehmen, die Auswahl überlassen.

Durch Gewährung der Krankenhauspflege kommt die Kasse ihrer vollen Entschädigungspflicht nach. Lehnt sie der Kranke ab, so hat er für die Dauer seiner Weigerung keinerlei andere Ansprüche. Nur soweit seine Zustimmung erforderlich ist, tritt bei ihrer Verweigerung die regelmäßige Krankenhilfe ein.

Neben der Krankenhauspflege hat der Erkrankte Anspruch auf ein Hausgeld im Betrag des halben satzungsgemäßen Krankengelds, wenn er bisher Angehörige ganz oder überwiegend von seinem Arbeitsverdienste unterhalten hat, § 186. Das Hausgeld ist für die Angehörigen bestimmt und kann, damit es ihnen auch wirklich zugute kommt, unmittelbar an sie gezahlt werden. Der Anspruch auf Hausgeld steht aber nur dem Mitglied selbst, nicht seinen Angehörigen zu.

2. Gibt ein Mitglied nach Eintritt des Versicherungsfalles seinen Aufenthalt im Inlande auf, ohne daß die Krankenhilfe ruht, (vgl. S. 106), so kann ihn die Krankenkasse für die fortlaufende Gewährung der Krankenhilfe durch eine einmalige Geldzahlung ab-

<sup>1)</sup> Zwangsweise Verbringung in ein Krankenhaus ist aber unzulässig.

<sup>2)</sup> Bei einem Minderjährigen über 16 Jahren genügt seine Zustimmung; verweigert er sie, so kann sie der gesetzliche Vertreter ersetzen.

<sup>3)</sup> Auch etwaige Überführungskosten.

finden, §§ 217, 218. Diese Abfindung soll der Kasse die Kosten und Unbequemlichkeiten der Leistung ins Ausland ersparen. Sie steht daher im freien Ermessen der Kasse. Der Berechtigte hat weder einen Anspruch darauf, noch ist seine Zustimmung erforderlich.

Die Abfindung erfolgt durch einmalige Geldzahlung. Diese muß dem Werte der Kassenleistungen entsprechen, auf die der Berechtigte im Inland nach der voraussichtlichen Dauer der Krankheit Anspruch haben würde. Für die Krankenpflege wird ein Pauschbetrag von drei Achteln des Grundlohnes eingesetzt. Entsteht Streit, so ist das Gutachten des Arztes maßgebend, über den die Beteiligten sich einigen, sonst des beamteten Arztes.

Die Abfindung erledigt den abgefundenen Krankheitsfall endgültig, so daß der Abgefundene auch bei etwaiger Rückkehr keine Ansprüche mehr erheben kann.

### § 3.

#### Mehrleistungen.

Die Mehrleistungen, welche die Kasse über das Maß der Regelleistungen hinaus gewähren kann, beruhen entweder unmittelbar auf dem Gesetz oder auf einer Bestimmung der Satzung.

1. Das Gesetz selbst ermächtigt die Krankenkassen, Hilfe und Wartung durch Krankenpfleger, Krankenschwestern oder andere Pfleger zu gewähren, namentlich wenn Krankenhauspflege geboten aber nicht ausführbar ist oder ein wichtiger Grund vorliegt, den Kranken in seinem Haushalt oder in seiner Familie zu belassen. Diese Hauspflege ist nur im beiderseitigen Einverständnis der Kasse und des Mitglieds zulässig. Sie stellt eine Erweiterung der Krankenpflege dar und wird regelmäßig neben dem Krankengeld gewährt. Die Satzung kann aber gestatten <sup>1)</sup>, bis zu einem Viertel des Krankengelds abzuziehen. Insoweit stellt dann die Hauspflege eine Ersatzleistung dar, § 185.
2. Die Krankenkassen können durch ihre Satzung bestimmte Mehrleistungen einführen, auf die dann, soweit nicht unten etwas anderes bemerkt ist, jedes Mitglied in gleicher Weise einen Rechtsanspruch hat:
  - a) Die Satzung kann die Dauer der Krankenhilfe bis auf ein Jahr erweitern, § 187 Nr. 1.
  - b) Sie kann Fürsorge für Genesende bis zur Dauer eines Jahres nach Ablauf der Krankenhilfe gestatten. Hiernach ist z. B. Unterbringung in einem Genesungsheim oder in einer Walderholungsstätte oder Verabreichung von Krankenkost an Genesende zulässig. Die Gewährung dieser Mehrleistung bleibt aber stets dem freien Ermessen der Kasse im Einzelfall überlassen, § 187 Nr. 2.

---

<sup>1)</sup> Die Benutzung dieser Erlaubnis im Einzelfall steht im freien Ermessen der Kasse.

- c) Die Satzung kann, wenn für kleinere Heilmittel ein Höchstbetrag festgesetzt ist <sup>1)</sup>, bestimmen, daß zu größeren Heilmitteln ein Zuschuß bis zu dieser Höhe gewährt werden darf. Ein Rechtsanspruch auf diese Leistung erwächst dem Versicherten aber hieraus nicht, § 193 Abs. I.
- d) Die Satzung kann bei der Krankenpflege noch andere als kleinere Heilmittel, z. B. auch Krankenkost zubilligen, § 193 Abs. II.
- e) Sie kann Hilfsmittel gegen Verunstaltung und Verkrüppelung gewähren, die nach beendetem Heilverfahren zur Herstellung oder Erhaltung der Arbeitsfähigkeit nötig sind (z. B. künstliche Gliedmaßen, Krücken), § 187 Nr. 3.
- f) Die Satzung kann das Krankengeld bis auf drei Viertel des Grundlohnes erhöhen, es für Sonn- und Feiertage, auch soweit diese keine Arbeitstage sind, zubilligen und die drei Karenztage bei solchen Krankheiten beseitigen, die eine Woche überdauern, zum Tode führen oder durch Betriebsunfall verursacht sind <sup>2)</sup>, § 191.
- g) Die Satzung kann das Hausgeld bis zu dem Betrag des halben Grundlohnes erhöhen und Mitgliedern, denen kein Hausgeld zu zahlen ist, neben der Krankenhauspflege ein besonderes Krankengeld bis zu einem Viertel des Grundlohns zubilligen, § 194.
- h) Schließlich kann die Satzung Familienhilfe einführen, d. h. die Entschädigungspflicht auf Krankheiten erstrecken, die nicht das Mitglied selbst, sondern seine Familienmitglieder betreffen, § 205 Nr. 1 <sup>3)</sup>. Den Kreis der mitversicherten Familienmitglieder bestimmt die Satzung. Ausgeschlossen sind Personen, die selbst der Krankenversicherung unterliegen.

Der Anspruch beschränkt sich auf Krankenpflege. Die Gewährung von Krankengeld ist unzulässig. Dagegen kann die Kasse wie bei allen Mehrleistungen unter dem regelmäßigen Maß bleiben (z. B. nur ärztliche Behandlung zubilligen oder die Unterstützungsdauer beschränken).

Die mitversicherten Angehörigen werden nicht selbst Mitglieder der Kasse und unterliegen auch der Krankenordnung<sup>4)</sup> nicht. Die Ansprüche auf Familienhilfe erwachsen zwar aus der Person der Angehörigen, Gläubiger der Ansprüche ist aber stets nur das Mitglied selbst.

<sup>1)</sup> Vgl. S. 91.

<sup>2)</sup> Mit Zustimmung des Oberversicherungsamts auch bei bestimmten anderen Krankheiten.

<sup>3)</sup> Zur Deckung der Kosten kann die Kasse von Mitgliedern mit Angehörigen Zusatzbeiträge erheben; vgl. S. 142.

<sup>4)</sup> Vgl. S. 135.

Die Mitversicherung erlischt, wenn das Mitglied aus der Kasse ausscheidet oder der Angehörige selbst Mitglied einer Kasse wird. Bereits erwachsene Entschädigungsansprüche werden hierdurch aber nicht berührt.

#### § 4.

### Beschränkte Leistungen.

Beschränkungen der Regelleistungen kann die Satzung nur nach zwei Richtungen vorsehen <sup>1)</sup>:

1. Beschränkung der Krankenhilfe, § 188. Regelmäßig gibt jede neue Krankheit Anspruch auf die volle satzungsmäßige Krankenhilfe. Da nun eine neue Krankheit ohne Rücksicht auf die Krankheitsursache schon dann vorliegt, wenn eine Zeitlang weder die Notwendigkeit der Behandlung noch Arbeitsunfähigkeit bestanden hat, so können chronisch Kranke, die zwischen ihren einzelnen Krankheiten zeitweise arbeitsfähig sind, die Kasse stark belasten. Das Gesetz gibt daher die Möglichkeit, solchen Personen gegenüber die Krankenhilfe zu beschränken.

Voraussetzung ist, daß das Mitglied binnen 12 Monaten bereits 26 Wochen und zwar hintereinander oder insgesamt Krankengeld oder Ersatzleistungen dafür von irgend einer Krankenkasse <sup>2)</sup> bezogen hat.

Die Beschränkung trifft nur Krankheiten, die im Laufe der nächsten 12 Monate vom Ende der Krankenhilfe an eintreten und auf der gleichen, nicht gehobenen Krankheitsursache beruhen. Für solche Krankheiten kann die Krankenhilfe auf die Gesamtdauer von 13 Wochen und auf die Regelleistungen beschränkt werden.

Beispiel: Ein Tuberkulöser hat im Jahre 1912 10 Wochen Krankenpflege und Krankengeld und später 16 Wochen Krankenhauspfege erhalten. Letztere hat am 29. November geendet. Er kann nun, falls die Satzung diese Beschränkung vorsieht, in der Zeit vom 30. November 1912 bis 30. November 1913 bei weiteren Erkrankungen auf Grund seiner Tuberkulose Krankenhilfe nur für 13 Wochen und nur im Umfang der Regelleistungen verlangen.

2. Beschränkung des Krankengeldes, § 192.

Die Satzung kann das Krankengeld ganz oder teilweise versagen,

- a) Mitgliedern, welche die Kasse durch eine mit Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte bedrohte strafbare Handlung (z. B. Diebstahl, Betrug, Urkundenfälschung) geschädigt haben, für die Dauer eines Jahres nach der Straftat. Ein strafgerichtliches Urteil braucht nicht ergangen zu sein.

<sup>1)</sup> Gesetzliche Beschränkungen der Leistungen können beim Zusammenreffen des Entschädigungsanspruchs mit anderen Ansprüchen eintreten. Vgl. hauptsächlich S. 370.

<sup>2)</sup> Auch knappschaftliche Krankenkassen und Ersatzkassen stehen hier gleich.

- b) Mitgliedern, die sich eine Krankheit vorsätzlich<sup>1)</sup> oder durch schuldhafte Beteiligung bei Schlägereien oder Raufhändeln<sup>2)</sup> zugezogen haben, für diese Krankheit.

## Kapitel II.

### Leistungen im Fall der Niederkunft. (Wochenhilfe.)

Auch bei den aus der Niederkunft erwachsenden Ansprüchen ist zu unterscheiden zwischen Regelleistungen, welche die Krankenkasse regelmäßig gewähren muß (§ 1), Ersatzleistungen, die sie an ihrer Stelle (§ 2) und freiwilligen Mehrleistungen, die sie darüber hinaus gewähren kann (§ 3).

#### § 1.

#### Regelleistungen.

Regelleistung im Falle der Niederkunft ist das Wochengeld, § 195<sup>3)</sup>. Das Wochengeld ist eine Barleistung. Auf Sachleistungen irgendwelcher Art haben Wöchnerinnen, soweit das Wochenbett nicht in eine Krankheit übergeht, regelmäßig keinen Anspruch. Das Wochengeld entspricht in seiner Höhe dem Krankengeld, ist aber eine rechtlich selbständige Leistung, auf welche die Vorschriften über das Krankengeld nicht ohne weiteres anzuwenden sind.

Der Wochengeldbezug ist auf 8 Wochen beschränkt. Davon können 2 Wochen auf die Zeit vor der Niederkunft entfallen, und so den Charakter einer Schwangerenunterstützung annehmen. Die Wochen nach der Niederkunft müssen zusammenhängen. Für Mitglieder einer Landkrankenkasse, die nicht der Gewerbeordnung unterstehen, bestimmt die Satzung die Dauer des Wochengeldbezugs auf mindestens 4 und höchstens 8 Wochen.

#### § 2.

#### Ersatzleistungen.

Statt des Wochengeldes kann die Kasse folgende Ersatzleistungen gewähren:

- a) Kur und Verpflegung in einem Wöchnerinnenheim. Hierzu ist aber stets Zustimmung der Wöchnerin erforderlich, § 196 Nr. 1.

<sup>1)</sup> Das Mitglied muß sich nicht nur das schädigende Ereignis (z. B. den Sprung aus dem Fenster), sondern die Krankheit selbst (z. B. den Beinbruch) als Erfolg seiner Handlung vorgestellt haben. Krankheit infolge mißglückten Selbstmordversuchs schließt also den Krankengeldanspruch nicht aus; anders die Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts auf dem Gebiet der Invalidenversicherung.

<sup>2)</sup> Das sind wechselseitige, widerrechtliche Tötlichkeiten mehrerer Personen.

<sup>3)</sup> Über den Begriff der Niederkunft vgl. S. 85 und über das Erfordernis einer bestimmten Dauer der Mitgliedschaft S. 82.

Neben der Kur und Verpflegung ist für Angehörige der Wöchnerin, welche diese bisher von ihrem Arbeitsverdienste ganz oder überwiegend erhalten hat, ein Hausgeld in Höhe des halben Krankengeldes zu zahlen, §§ 196 Abs. III, 186.

- b) Kapitalabfindung, wenn sich die Wöchnerin nach der Niederkunft in das Ausland begibt, ohne daß die Wochenhilfe ruht. Für diese Abfindung gelten die gleichen Grundsätze wie für die Abfindung der Krankenhilfe, § 218 (vgl. S. 93, 94).

### § 3.

#### Mehrleistungen.

Die Mehrleistungen im Fall der Niederkunft beruhen teils unmittelbar auf dem Gesetz, teils auf einer Bestimmung der Satzung.

1. Kraft Gesetzes können die Krankenkassen Hilfe und Wartung durch Hauspflegerinnen gewähren. Die Gewährung dieser Leistung steht in ihrem freien Ermessen und ist von der Zustimmung der Wöchnerin abhängig. Die Kasse kann dafür bis zur Hälfte des Wochengeldes abziehen, § 196 Nr. 2. Insoweit ist die Leistung dann eine Ersatzleistung.
2. Durch die Satzung können folgende Mehrleistungen eingeführt werden, auf welche die Mitglieder dann einen Rechtsanspruch haben:
  - a) Hebammendienste <sup>1)</sup> und ärztliche Geburtshilfe, die bei der Niederkunft erforderlich werden, und zwar entweder für alle versicherungspflichtigen weiblichen Mitglieder oder nur für die versicherungspflichtigen Ehefrauen, § 198.
  - b) Ein Schwangerengeld in Höhe des Krankengeldes bis zur Gesamtdauer von 6 Wochen bei Arbeitsunfähigkeit infolge der Schwangerschaft <sup>2)</sup>. Auf die Dauer dieser Leistung kann die vor der Niederkunft liegende Zeit des Wochengeldbezugs angerechnet werden, § 199 Nr. 1, 2.
  - c) Hebammendienste und ärztliche Behandlung, die bei Schwangerschaftsbeschwerden erforderlich werden, § 199 Nr. 3<sup>2)</sup>.
  - d) Ein Stillgeld bis zur Höhe des halben Krankengeldes und bis zum Ablauf der 12. Woche nach der Niederkunft für Wöchnerinnen, solange sie ihre Neugeborenen stillen, § 200.
  - e) Schließlich kann die Wochenhilfe als Familienhilfe auch bei Versicherungsfällen gewährt werden, die nicht Mitglieder, sondern deren versicherungsfreie Ehefrauen betreffen, §§ 205 Nr. 2, 218. Die rechtliche Gestaltung dieser Leistung entspricht der als Familienhilfe gewährten Krankenhilfe. Vgl. S. 95.

<sup>1)</sup> Die Hilfeleistung der Hebamme braucht natürlich nicht besonders vom Arzt angeordnet zu sein.

<sup>2)</sup> Voraussetzung ist sechsmonatige Mitgliedschaft bei der in Anspruch genommenen Kasse, vgl. S. 82.

### K a p i t e l III. Leistungen im Fall des Todes.

Die Leistungen im Fall des Todes zerfallen in Regelleistungen (§ 1) und freiwillige Mehrleistungen (§ 2).

#### § 1.

#### Regelleistungen.

Als Regelleistung wird im Fall des Todes<sup>1)</sup> ein Sterbegeld in Höhe des zwanzigfachen Grundlohnes bezahlt, § 201.

Das Sterbegeld soll ein angemessenes Begräbnis sichern. Es dient daher zunächst zur Deckung der Begräbniskosten und wird an den bezahlt, der das Begräbnis besorgt hat<sup>2)</sup>. Sind Begräbniskosten überhaupt nicht erwachsen (z. B. im Falle der Todeserklärung), oder sind sie niedriger als das Sterbegeld, so haben auf das Sterbegeld oder den Überschuß in erster Reihe der Ehegatte, dann nacheinander die Kinder, der Vater, die Mutter, die Geschwister des Verstorbenen Anspruch, alle aber nur, wenn sie zur Zeit seines Todes mit ihm in häuslicher Gemeinschaft gelebt haben. Fehlen solche Berechtigte, so bleibt der Überschuß der Kasse, § 203.

#### § 2.

#### Mehrleistungen.

Das Gesetz selbst kennt keine Mehrleistungen im Falle des Todes. Die Kassen können aber durch ihre Satzung:

- a) Den Betrag des Sterbegeldes bis zum Vierzigfachen des Grundlohns erhöhen und einen Mindestbetrag von 50 M festsetzen, § 204;
- b) Sterbegeld beim Tode des Ehegatten<sup>3)</sup> oder eines Kindes eines Mitglieds einführen. Es kann für den Ehegatten bis auf zwei Drittel, für ein Kind bis auf die Hälfte des Mitgliedersterbegeldes bemessen werden, wird aber um den Betrag des Sterbegeldes gekürzt, das aus einer eigenen Versicherung des Verstorbenen gewährt wird, § 205 Nr. 3<sup>4)</sup>.

Der Anspruch auf dieses Sterbegeld steht wie bei jeder Art der Familienhilfe dem Mitglied selbst zu.

### K a p i t e l IV. Sonderleistungen an einzelne Gruppen von Versicherten.

Die bisher dargestellten Leistungen können für einige Gruppen von Mitgliedern mit Rücksicht auf ihre besonders gearteten Ver-

<sup>1)</sup> Über die Frage, wann der Tod Entschädigungsansprüche erzeugt, vgl. S. 86.

<sup>2)</sup> Die Kasse selbst darf das Begräbnis nur dann besorgen, wenn kein anderer Berechtigter vorhanden ist.

<sup>3)</sup> Also auch beim Tode des Ehemanns eines weiblichen Mitglieds.

<sup>4)</sup> Hier ist also nicht wie bei den anderen Fällen der Familienhilfe Versicherungsfreiheit des Angehörigen erforderlich.



hältnisse erhebliche Abwandlungen, insbesondere Einschränkungen<sup>1)</sup> erfahren, so daß also diese Mitglieder gegenüber den anderen Mitgliedern der Kasse eine Sonderstellung einnehmen. Derartige Bestimmungen sind außer für die Versicherungsberechtigten (§ 1) hauptsächlich für die erst durch die Reichsversicherungsordnung der Versicherungspflicht unterstellten Berufszweige zulässig, also für Beschäftigte auf dem Gebiet der Land- und Forstwirtschaft (§ 2), der Hauswirtschaft (§ 3), für unständig Beschäftigte (§ 4), für Beschäftigte im Wandergewerbe (§ 5) und im Hausgewerbe (§ 6).

## § 1.

### Versicherungsberechtigte.

Für freiwillig beitretende Mitglieder kann die Satzung die Gewährung der Regelleistungen nicht nur von der Zurücklegung einer Wartezeit bis zu sechs Wochen abhängig machen<sup>2)</sup>, sondern sie auch durch Versagung des Kranken- und Hausgeldes beschränken, so daß also nur Krankenpflege und Krankenhauspflege oder Hauspflege gewährt werden, § 215 Abs. II. Für Personen, die nur vorübergehende Dienstleistungen verrichten und nach Anordnungen des Bundesrats versicherungsfrei, aber zum freiwilligen Beitritt berechtigt sind, kann der Bundesrat eine derartige Beschränkung der Regelleistungen vorschreiben, § 215 Abs. I.

Für Mitglieder, welche die Versicherung freiwillig fortsetzen, kann die Satzung statt der Krankenpflege einen Barbetrag von mindestens dem halben Krankengeld für den Fall festsetzen, daß sie sich nicht im Bezirk der Kasse oder des Versicherungsamtes aufhalten, § 193 Abs. III.

## § 2.

### Land- und forstwirtschaftlich Beschäftigte.

A. Bei allen Kassen können für landwirtschaftlich Beschäftigte<sup>3)</sup> die Barleistungen mit Ausnahme des Sterbegeldes wegfallen, wenn die Beschäftigten durch gleichwertige Ansprüche gegen ihren Arbeitgeber hinreichend gesichert sind, §§ 420 bis 422, 425.

Der Wegfall der Barleistungen setzt voraus:

1. daß der Arbeitgeber sie bei der Kasse beantragt,
2. daß der Arbeitsvertrag auf mindestens ein Jahr geschlossen ist,
3. daß der Beschäftigte entweder im Jahre Sachleistungen im dreihundertfachen Werte der wegfallenden satzungsgemäßen täglichen Barleistung oder für den Arbeitstag einen Entgelt im Werte dieser Leistung bezieht,

<sup>1)</sup> Diesen entspricht dann regelmäßig auch eine Ermäßigung der Beiträge; vgl. S. 142.

<sup>2)</sup> Vgl. S. 82.

<sup>3)</sup> Wegen des Begriffs und wegen der Möglichkeit der Befreiung von der Versicherungspflicht S. 74.

4. daß ihm ein Rechtsanspruch auf diese Leistungen für die Dauer des Arbeitsvertrages, also auch für die Zeiten etwaiger Arbeitsunfähigkeit zusteht. Gewährt der Arbeitgeber die vertragsmäßige Leistung nicht, so hat die Kasse dem Mitglied auf Antrag die satzungsgemäße Barleistung zu gewähren und erhält dafür einen Erstattungsanspruch gegen den Arbeitgeber<sup>1)</sup>.

Wegfallen können je nach dem vom Arbeitgeber eingeräumten Rechtsanspruch entweder das Krankengeld allein oder sonstige oder alle Barleistungen mit Ausnahme des Sterbegelds, nicht aber die Ansprüche auf Sachleistungen. Ist der Anspruch gegen den Arbeitgeber geringer als die wegfallende Barleistung, so kann die Satzung mit Zustimmung des Oberversicherungsamts eine entsprechende Kürzung des Krankengelds oder der übrigen Barleistungen vorsehen.

Liegen bei Ablauf des Arbeitsvertrages die Voraussetzungen für die Gewährung der weggefallenen Barleistung vor, so tritt der Anspruch auf sie wieder in Kraft; der Arbeitgeber hat aber der Kasse ihre Leistung zu erstatten<sup>1)</sup>.

- B. Eine Reihe weiterer Besonderheiten für landwirtschaftlich Beschäftigte können nur von Landkrankenkassen<sup>2)</sup> getroffen werden:

1. Sie können durch ihre Satzung für arbeitsunfähig Erkrankte die sog. erweiterte Krankenpflege einführen. Eine derartige Satzungsbestimmung ist aber an folgende Voraussetzungen geknüpft:
  - a) Die oberste Verwaltungsbehörde muß die erweiterte Krankenpflege zugelassen haben, § 426<sup>3)</sup>.
  - b) Die Leistungsfähigkeit der landwirtschaftlich Beschäftigten oder ihrer Arbeitgeber müßte ohne die Einführung der erweiterten Krankenpflege beeinträchtigt werden, § 427 Nr. 1.
  - c) Eine ausreichende Zahl von Krankenhäusern muß die Durchführung sichern, § 427 Nr. 2.
  - d) Das Oberversicherungsamt muß zustimmen, § 428<sup>5)</sup>.

Bei der erweiterten Krankenpflege wird statt der Krankenpflege und des Krankengeldes als Regelleistung Kur und Verpflegung in einem Krankenhaus oder einer ähnlichen Heilanstalt

---

<sup>1)</sup> Es kann Beitreibung erfolgen wie bei Gemeindeabgaben. Bei Streit über die Erstattung entscheidet des Versicherungsamt im Spruchverfahren, §§ 422, 28.

<sup>2)</sup> Außerdem auch von landwirtschaftlichen Betriebskrankenkassen, wenn die Satzung der Landkrankenkasse ihres Bezirks derartige Bestimmungen enthält, § 433.

<sup>3)</sup> Die Zulassung kann allgemein oder für einzelne Landesteile erfolgen, § 426.

<sup>4)</sup> In Bezirken, in denen die landwirtschaftlich Beschäftigten bereits nach dem Krankenversicherungsgesetz oder nach den regelmäßigen Vorschriften der RVO. versichert waren, ist die Zustimmung der obersten Verwaltungsbehörde erforderlich, § 428.

gewährt, § 429. Ob und in welcher Höhe daneben ein Hausgeld zu zahlen ist, bestimmt die Satzung, § 432.

Der arbeitsunfähig Erkrankte hat bei erweiterter Krankenpflege also Anspruch auf Krankenhauspflege. Dieser Anspruch entfällt nur dann, wenn die Aufnahme nach ärztlichem Gutachten die Heilung nicht fördern würde. Wird der Kranke ohne sein Verschulden nicht ins Krankenhaus verbracht, so hat er Anspruch auf die gesetzliche Krankenhilfe, also Krankenpflege und Krankengeld, § 430 <sup>1)</sup>.

Lehnt der Kranke die Krankenhauspflege ab, so hat er für die Dauer seiner Weigerung regelmäßig keinen Anspruch auf eine andere Leistung. Die Ausnahmefälle, in denen die Krankenhauspflege seitens anderer Mitglieder der Zustimmung bedarf (vgl. oben S. 93), werden aber auch hier insofern berücksichtigt, als bei Ablehnung der Krankenhauspflege wenigstens der Anspruch auf Krankenpflege und, sofern der Kranke bisher von seinem Arbeitsverdienste Angehörige ganz oder teilweise überwiegend erhalten hat, auf das halbe Krankengeld verbleibt, § 431 <sup>2)</sup>.

Die Satzung kann die erweiterte Krankenpflege auf Versicherungsfälle beschränken, die nach Ausscheiden aus der Mitgliedschaft wegen Erwerbslosigkeit während der Erwerbslosigkeit und binnen drei Wochen nach dem Ausscheiden eintreten. Sie kann bei Einführung der erweiterten Krankenpflege für das Sterbegeld einen Höchstbetrag von 30 M festsetzen, § 432.

2. Die Satzung einer Landkrankenkasse kann mit Zustimmung des Oberversicherungsamts für alle landwirtschaftlichen Mitglieder oder für bestimmte Gruppen von ihnen für die Zeit vom 1. Oktober bis 31. März <sup>3)</sup> oder für einen Teil dieser Zeit das Krankengeld bis auf ein Viertel und das Hausgeld bis auf ein Achtel des Ortslohns herabsetzen. Zum Ausgleich müssen entweder für die gleiche Zeit die Beiträge ermäßigt oder für die übrige Zeit das Krankengeld innerhalb der zulässigen Grenzen erhöht werden, § 424.
3. Die Satzung einer Landkrankenkasse kann mit Zustimmung des Oberversicherungsamtes weiter bestimmen, daß ihre landwirtschaftlich beschäftigten Mitglieder, die auf Grund der Reichsversicherung eine dauernde jährliche Rente mindesten im dreihundertfachen Betrag des satzungsgemäßen täglichen Krankengeldes beziehen, Krankengeld oder sonstige Barleistungen mit Ausnahme des Sterbegeldes nicht erhalten, § 423 Abs. I.

<sup>1)</sup> Bei entsprechenden Ansprüchen gegen den Arbeitgeber (vgl. unter A) kann die Satzung aber bestimmen, daß das Krankengeld ganz oder teilweise nicht ausgezahlt, sondern auf die demnächst fälligen Beiträge des Mitglieds verrechnet wird, § 430 Abs. II.

<sup>2)</sup> Die Satzung kann anders bestimmen.

<sup>3)</sup> Also für die Zeit, wo die Arbeit in der Landwirtschaft geringer zu sein pflegt und daher die Gefahr der Simulation näher liegt.

4. Die Satzung einer Landkrankenkasse kann endlich mit Zustimmung des Oberversicherungsamts für Mitglieder, die dauernd nur zu einem geringen Teil arbeitsfähig sind, den Grundlohn niedriger als den Ortslohn festsetzen, § 423 Abs. III.

### § 3.

#### Dienstboten.

1. Für die Dienstboten<sup>1)</sup> können Landkrankenkassen durch ihre Satzung erweiterte Krankenpflege einführen. Die Einführung ist an die gleichen Voraussetzungen gebunden wie bei den landwirtschaftlich Beschäftigten (§ 2 B Ziffer 1), nur der Nachweis, daß ohne die Einführung der Leistungsfähigkeit der Dienstboten oder Dienstberechtigten beeinträchtigt würde, ist nicht erforderlich, § 435.

Die Ausgestaltung der erweiterten Krankenpflege bei Dienstboten weicht von der bei landwirtschaftlich Beschäftigten nur insofern ab, als auf Antrag des Dienstboten oder des Dienstberechtigten von der Unterbringung in ein Krankenhaus abzusehen ist, wenn sie nach ärztlichem Gutachten nicht notwendig ist. In diesem Falle erhält der Dienstbote also Krankenpflege und Krankengeld, §§ 435, 430 Abs. II.

2. Auch wo die erweiterte Krankenpflege nicht eingeführt ist, haben sie die Krankenkassen, und zwar alle Kassenarten, dann zu gewähren, wenn
- a) der Dienstbote in die häusliche Gemeinschaft aufgenommen ist,
  - b) der Dienstbote oder der Dienstberechtigte es beantragt und
  - c) die Krankheit ansteckend ist oder der Dienstbote nach ihrer Art in der häuslichen Gemeinschaft nicht oder nur unter erheblicher Belästigung des Dienstberechtigten behandelt oder verpflegt werden kann, § 437.

Streiten der Dienstberechtigte und die Kasse darüber, ob die Krankenhilfe in Form der erweiterten Krankenpflege zu gewähren ist, so entscheidet endgültig das Versicherungsamt. Es kann die Kasse auf ihren Antrag von der erweiterten Krankenpflege in einzelnen Fällen entbinden, wo sie sich ohne Verschulden der Kasse nicht durchführen läßt, § 438.

### § 4.

#### Unständig Beschäftigte.

Für unständig Beschäftigte<sup>2)</sup> setzt die Satzung mit Zustimmung des Oberversicherungsamtes die Leistungen besonders fest. Da die

<sup>1)</sup> Über den Begriff vgl. S. 68; über die Befreiung von der Versicherungspflicht S. 74, 75.

<sup>2)</sup> Über ihre Versicherungspflicht und Mitgliedschaft vgl. S. 78; über die Möglichkeit einer Wartezeit S. 82. Die Landesregierungen können für ihr Gebiet oder Teile davon anordnen, daß die unständig Beschäftigten nach den allgemeinen Vorschriften oder, soweit sie in der Landwirtschaft beschäftigt sind, nach den für diese geltenden besonderen Vorschriften versichert werden § 458 Abs. II.

unständig Beschäftigten zum großen Teil wirtschaftlich ungünstiger stehen als die ständig Beschäftigten, und da ihr Verdienst schwankend und schwer zu ermitteln ist, wird hierbei der Ortslohn zugrunde gelegt. Diesen kann die Satzung aber für einzelne höhergelohnte Gruppen (z. B. Hafenarbeiter) durch Zuschläge erhöhen und für unständig Beschäftigte, die dauernd nur zu einem geringen Teile arbeitsfähig sind, ermäßigen, § 450.

Auf freiwillige Mehrleistungen haben unständig Beschäftigte nur Anspruch, soweit es die Satzung ausdrücklich vorschreibt, § 450 Abs. V.

### § 5.

#### Im Wandergewerbe Beschäftigte.

Die im Wandergewerbe Beschäftigten<sup>1)</sup> haben nur Anspruch auf die Regelleistungen. Die Satzung kann aber bestimmen, daß sie auf ihren Antrag auch Anspruch auf die Mehrleistungen bekommen, solange sich die Personen, denen diese zu gewähren sind, im Kassenbezirk aufhalten, § 462.

### § 6.

#### Hausgewerbliche Versicherungspflichtige.

Für die hausgewerblichen Versicherungspflichtigen<sup>2)</sup> setzt die Satzung wie für die unständig Beschäftigten (§ 4) die Leistungen besonders nach dem Ortslohn fest, § 480. Auf diese Leistungen haben sie aber nur dann in vollem Umfang Anspruch, wenn der Hausgewerbetreibende doppelte Beiträge einbezahlt, § 485<sup>3)</sup>. Regelmäßig werden das Krankengeld und die übrigen Barleistungen mit Ausnahme des Sterbegeldes nach der Höhe der vom Auftraggeber einbezahlten Zuschüsse, der sog. Auftraggeberzuschüsse, bemessen. Auch das Sterbegeld kann durch die Satzung mit Zustimmung des Obergewerksamtes nach der Höhe dieser Zuschüsse abgestuft werden, §§ 482, 484. Die Einzelheiten der Berechnung sind nur im Zusammenhang mit der Regelung der Beitragsleistung verständlich und gelangen daher dort zur Darstellung (vgl. S. 146, 147).

Landkrankenkassen können durch ihre Satzung für die hausgewerblichen Versicherungspflichtigen erweiterte Krankenpflege unter den gleichen Voraussetzungen und mit den gleichen Folgen wie für landwirtschaftlich Beschäftigte (§ 2 B Ziffer 1) einführen, § 487<sup>4)</sup>.

<sup>1)</sup> Über die Versicherungspflicht der Wandergewerbetreibenden vgl. S. 67;

<sup>2)</sup> Über die Versicherungspflicht der Hausgewerbetreibenden vgl. S. 69; über ihre Mitgliedschaft S. 78; über die Möglichkeit einer Wartezeit S. 82.

<sup>3)</sup> Vgl. S. 147.

<sup>4)</sup> Eine weitere Leistungsbeschränkung für Hausgewerbetreibende ist möglich, wenn der Gemeindeverband ihre Beiträge übernimmt, §§ 489, 490; vgl. S. 147.

## Kapitel V.

## Wegfall der Leistungen.

Die dem Entschädigungsberechtigten zu gewährenden Leistungen fallen fort, einmal wenn der Entschädigungsanspruch im ganzen oder die Ansprüche auf Gewährung der einzelnen Entschädigungsleistungen erlöschen (§ 1) oder aber wenn jene Ansprüche zwar fortbestehen, ihre Befriedigung aber aus bestimmten Gründen verweigert werden kann (§ 2).

## § 1.

## Erlöschen der Entschädigungsansprüche.

Hinsichtlich des Erlöschens der Entschädigungsansprüche ist zu unterscheiden, ob es sich um den Entschädigungsanspruch als solchen oder um die Ansprüche auf einzelne Entschädigungsleistungen handelt.

- A. Die aus einer Krankheit oder Niederkunft erwachsenden Ansprüche auf Kranken- und Wochenhilfe als solche erlöschen mit dem Ablauf der satzungsgemäßen Entschädigungsdauer oder mit dem Tod des Entschädigungsberechtigten<sup>1)</sup>, der Anspruch auf Krankenhilfe außerdem mit dem Ende der Krankheit<sup>2)</sup>. Keinen Erlöschungsgrund bildet dagegen der Wegfall der Mitgliedschaft.
- B. Die Ansprüche auf bestimmte Einzelleistungen (Sterbegeld, einzelne Raten des Kranken- oder Wochengelds) erlöschen mit der Erfüllung und den ihr gleichstehenden Rechtsakten.
1. Die Erfüllung erfolgt durch Bewirkung der geschuldeten Leistungen<sup>3)</sup>. Die Gewährung anderer Leistungen an Erfüllungstatt ist, von den gesetzlich gestatteten Ersatzleistungen abgesehen, unzulässig. Die Leistungen sind an den Entschädigungsberechtigten in Person zu bewirken. Durch Leistung an einem Dritten wird der Schuldner nur insoweit befreit, als eine Übertragung des Anspruchs stattgefunden hat; eine solche ist aber nur in bestimmten Ausnahmefällen zulässig; vgl. S. 48, 49.
  2. Die Hinterlegung kommt in der Krankenversicherung kaum in Anwendung. Es finden auf sie die Vorschriften des bürgerlichen Rechts Anwendung. Hiernach ist sie zulässig, wenn der Berechtigte im Annahmeverzug ist oder wenn die Kasse aus einem in der Person des Berechtigten liegenden Grunde oder infolge einer nicht auf Fahrlässigkeit beruhenden Ungewißheit über die Person des Berechtigten die Leistung nicht oder nicht mit Sicherheit bewirken kann, §§ 372 ff. BGB.
  3. Die Aufrechnung von Entschädigungsansprüchen ist nur beschränkt zulässig. Ansprüche auf Krankengeld dürfen nur bis zur

<sup>1)</sup> Bei Familienhilfe entscheidet der Tod des Angehörigen; der des Mitglieds beendet den Anspruch nur, wenn die Satzung dies bestimmt.

<sup>2)</sup> Ebenso die sonstigen Ansprüche aus entschädigungspflichtigen Zuständen (Schwangerschaftsbeschwerden, Stillen) mit dem Ende des Zustands.

<sup>3)</sup> Über die Art der Bewirkung vgl. S. 154 ff.

Hälfte aufgerechnet werden. Die Aufrechnung darf nach § 223 Abs. II nur erfolgen auf

- a) Ersatzforderungen für Beträge, die der Berechtigte von Dritten auf Grund gesetzlicher Verpflichtung (§ 1542) oder aus der Unfallversicherung bezogen, aber der Kasse zu erstatten hat,
- b) geschuldete Beiträge <sup>1)</sup>,
- c) gezahlte Vorschüsse,
- d) zu Unrecht gezahlte Kassenleistungen,
- e) Kosten des Verfahrens, die der Berechtigte zu erstatten hat,
- f) Geldstrafen, welche die Krankenkasse verhängt hat.

Die Aufrechnung setzt wie im bürgerlichen Recht Gleichartigkeit beider Forderungen voraus. Sie ist also nur bei Geldleistungen zulässig.

4. Der Erlaß bringt den Entschädigungsanspruch nicht zum Erlöschen, da es sich um Leistungen des öffentlichen Rechts handelt, die der Privatvereinbarung entzogen sind <sup>2)</sup>.

## § 2.

### Verweigerung der Leistung.

In bestimmten Fällen können, auch ohne daß der Entschädigungsanspruch erlischt, die geschuldeten Entschädigungsleistungen dem Berechtigten verweigert werden, nämlich bei Ruhen der Kranken- und Wochenhilfe und bei Verjährung.

1. Die Kranken- und Wochenhilfe ruht nach §§ 216, 218,

- a) solange sich der Berechtigte in Untersuchungs- oder Strafhaft, in einem Arbeitshaus oder in einer Besserungsanstalt <sup>3)</sup> befindet. Ist er arbeitsunfähig, so erhalten die Angehörigen, die er bisher von seinem Arbeitsverdienst ganz oder teilweise unterhalten hat, das Hausgeld;
- b) für Berechtigte, die sich nach Eintritt des Versicherungsfalles freiwillig ohne Zustimmung des Kassenvorstandes ins Ausland begeben, solange sie sich dort ohne diese Zustimmung aufhalten <sup>4)</sup>;
- c) für berechnigte Ausländer, solange sie wegen Verurteilung in einem Strafverfahren aus dem Reichsgebiet ausgewiesen sind oder die wegen der Verurteilung in einem Strafverfahren aus einem Bundesstaat ausgewiesen sind, solange sie sich nicht in einem anderen Bundesstaat aufhalten.

Hat der Berechtigte im Inland Angehörige, denen die Satzung Familienhilfe zubilligt, so ruhen hieraus erwachsende Ansprüche

<sup>1)</sup> Aber nur solche, die der Entschädigungsberechtigte selbst schuldet, nicht etwa sein Arbeitgeber.

<sup>2)</sup> Dagegen ist es dem Entschädigungsberechtigten überlassen, ob und in welchem Umfang er seine Ansprüche geltend machen will. Die Feststellung der Entschädigung erfolgt nur auf seinen Antrag, den er jederzeit zurücknehmen kann, § 1545 Nr. 2. Auch Vergleiche über erhobene Ansprüche und ganzer oder teilweiser Verzicht auf sie sind zulässig.

<sup>3)</sup> Auch bei Fürsorgeerziehung in einer Anstalt, nicht aber in einer Familie.

<sup>4)</sup> Für Grenzgebiete kann der Bundesrat das Ruhen ausschließen.

nur dann, wenn der Grund des Ruhens in der Person des Familienmitglieds vorliegt.

Während des Ruhens kann eine Leistung nicht verlangt werden. Die Zeit des Ruhens zählt aber wie eine Zeit der Entschädigung, so daß also nach Beendigung des Ruhens nur noch der Rest der Unterstützungsdauer zu Ende läuft.

Beispiel: Begibt sich ein kranker Ausländer nach achtwöchigem Krankengeldbezug auf 6 Wochen ins Ausland, so hat er nach der Rückkehr nur noch für 12 Wochen Anspruch auf Krankengeld.

2. Die Ansprüche auf Entschädigungsleistungen verjähren in zwei Jahren. Die Frist beginnt mit der Fälligkeit der Leistung, bei fortlaufenden Leistungen mit der Fälligkeit jeder einzelnen Rate, § 223. Hinsichtlich der Hemmung und Unterbrechung der Verjährung sind die Vorschriften des bürgerlichen Rechts (§§ 202, 203, 205 ff. BGB.) entsprechend anzuwenden.

Der Ablauf der Verjährungsfrist berechtigt die Kasse, die einzelne verjährte Entschädigungsleistung zu verweigern, der Entschädigungsanspruch als solcher bleibt aber bestehen.

### Dritter Abschnitt.

## Schuldner des Entschädigungsanspruchs.

Schuldner des Entschädigungsanspruchs auf dem Gebiete der Krankenversicherung oder, wie das Gesetz sie nennt, Träger der Versicherung sind die Krankenkassen, § 3.

Die Krankenkassen sind öffentlichrechtliche Genossenschaften, also Personenvereinigungen mit eigener Rechtspersönlichkeit zur Erfüllung bestimmter staatlicher Aufgaben.

- a) Die Krankenkassen sind Personenvereinigungen und zwar Vereinigungen der versicherten Personen, also der Arbeitnehmer, wenn auch die Arbeitgeber zur Kassenverwaltung herangezogen werden. Die Zusammenfassung der Versicherten zu den Kassen erfolgt teils auf örtlicher, teils auf beruflicher Grundlage.
- b) Die Krankenkassen sind vom Staate zu einem bestimmten Zweck, zu der Durchführung der Krankenversicherung geschaffen. Sie erfüllen ihre Aufgaben als eigene ohne direkte Einwirkung des Staates. Sie sind aber zu ihrer Erfüllung verpflichtet und dürfen sich keine anderen, ihren Zwecken widersprechenden Aufgaben setzen. Hierüber übt der Staat durch seine Behörden die Aufsicht aus.
- c) Die Krankenkassen haben eigene Rechtspersönlichkeit, § 4. Sie handeln also selbständig auf eigene Verantwortung und mit eigenen Organen. Sie haben eigenes Vermögen und eigene Schulden, die von denen ihrer Mitglieder getrennt sind. In einem Rechtsstreit ist nur die Kasse Partei, nicht aber ihre Mitglieder.



- d) Die Krankenkassen sind juristische Personen des öffentlichen Rechts. Ihr Bestand und ihre Ausgestaltung sind nicht wie bei den Personen des bürgerlichen Rechts (z. B. den rechtsfähigen Vereinen) vom Willen ihrer Mitglieder abhängig, sondern durch das öffentliche Recht geregelt.

In der folgenden Darstellung wird zunächst die Organisation des Kassenwesens überhaupt (Kapitel I) und dann die nähere Ausgestaltung der einzelnen Kassen behandelt. Hinsichtlich der einzelnen Kassen wird sich die Darstellung zuerst mit ihrer äußeren Verfassung (Kapitel II) und hierauf mit ihrer inneren Einrichtung und Tätigkeit, ihrer Verwaltung (Kapitel III) befassen. Schließlich folgen die sonstigen Versicherungseinrichtungen, die ausnahmsweise ganz oder teilweise an die Stelle der reichsgesetzlichen Krankenkassen treten können (Kapitel IV).

## K a p i t e l I. Organisation des Kassenwesens.

### § 1.

#### Kassenarten.

Die Reichsversicherungsordnung kennt fünf Arten von Krankenkassen: Allgemeine Ortskrankenkassen, Landkrankenkassen, Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen und besondere Ortskrankenkassen<sup>1)</sup>.

Die allgemeinen Orts- und die Landkrankenkassen sind die regelmäßigen Träger der Krankenversicherung (I). Sie bestehen in der Regel in jedem Bezirk nebeneinander und umfassen alle Versicherten, für deren Versicherung nicht ausnahmsweise eine Betriebskrankenkasse (II), eine Innungskrankenkasse (III) oder eine besondere Ortskrankenkasse (IV) zuständig ist.

#### I. Allgemeine Ortskrankenkassen und Landkrankenkassen.

Die allgemeinen Ortskrankenkassen sind für die gewerblich beschäftigten Versicherten bestimmt. Die Landkrankenkassen umfassen hauptsächlich die landwirtschaftlich Beschäftigten, die Hausgewerbetreibenden und die Dienstboten und tragen den eigenartigen Verhältnissen dieser Gruppen durch vereinfachte Organisation und die Möglich-

<sup>1)</sup> Bisher bestanden Orts-, Betriebs-, Bau- und Innungskrankenkassen. Soweit keine dieser Kassen zuständig war, trat die Gemeindekrankenversicherung ein, die keine selbständige Kasse, sondern eine Einrichtung der Gemeinde war.

Die Baukrankenkassen und die Gemeindekrankenversicherung fallen unter der RVO. weg. Der Tag, bis zu dem die bestehenden Gemeindekrankenversicherungen zu schließen sind, wird durch Kaiserliche Verordnung bestimmt. Dabei gelten ähnliche Grundsätze wie bei Schließung einer Kasse (vgl. S. 123), Art. 14. Die Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen können unter bestimmten Voraussetzungen fortbestehen, wie im folgenden näher ausgeführt wird.

keit einer weitgehenden Sonderregelung der Leistungen und Beiträge Rechnung. Beide Kassenarten sind von der Reichsversicherungsordnung neu geschaffen.

A. Die Errichtung der allgemeinen Ortskrankenkassen und Landkrankenkassen erfolgt für örtliche Bezirke. Diese dürfen den Bezirk des Versicherungsamts nur überschreiten, wenn es die oberste Verwaltungsbehörde anordnet oder zuläßt. Innerhalb des Bezirks eines Versicherungsamts können aber mehrere allgemeine Orts- oder Landkrankenkassen errichtet werden, § 226.

Die Errichtung erfolgt durch Beschluß des Gemeindeverbands, dessen Bezirk den Kassenbezirk bildet oder innerhalb dessen Gebiet der Kassenbezirk liegt, (§§ 231, 526<sup>1)</sup>). Bei nicht rechtzeitiger Errichtung ordnet das Oberversicherungsamt die Errichtung an<sup>2)</sup> und vollzieht sie nötigenfalls selbst oder durch das Versicherungsamt, §§ 232, 233.

Allgemeine Ortskrankenkassen und Landkrankenkassen bestehen in der Regel in jedem Bezirk nebeneinander. Jedoch kann die Errichtung einer Landkrankenkasse, und mit Genehmigung der obersten Verwaltungsbehörde auch die einer allgemeinen Ortskrankenkasse unterbleiben, wenn sie nicht mindestens 250 Pflichtmitglieder haben würde, §§ 228, 230. Die Errichtung einer Landkrankenkasse kann außerdem unterbleiben, wenn es die Landesregierung bestimmt<sup>3)</sup> oder wenn der Beschlußausschuß des Versicherungsamts nach Anhörung der beteiligten Arbeitgeber und Versicherten das Bedürfnis verneint und das Oberversicherungsamt der Nichterrichtung zustimmt, §§ 227, 229. In diesen Fällen besteht also in dem Bezirk nur eine Kassenart, die dann auch für die Versicherung der sonst der anderen Kassenart Angehörigen zuständig ist, § 237<sup>4)</sup>.

<sup>1)</sup> Geht der Bezirk der Kasse nicht über den der Gemeinde hinaus, so kann nach näherer Bestimmung der obersten Verwaltungsbehörde die Gemeinde zuständig sein. Fehlen Gemeindeverbände, so bestimmt die Landesregierung, wer zuständig ist, § 526. Werden Kassen für mehrere Gemeinden errichtet, die keinen Gemeindeverband bilden, so werden sie von der Landesregierung zu einem Zweckverband zusammengeschlossen, § 527.

Dürfen für den Bezirk eines Versicherungsamts mehrere allgemeine Ortskrankenkassen oder Landkrankenkassen errichtet werden, so haben sich die beteiligten Gemeindeverbände zu einigen. Tun sie das nicht, so entscheidet das Oberversicherungsamt und ordnet die Errichtung an, § 231.

Über die Ausgestaltung bereits bestehender gemeinsamer Ortskrankenkassen zu allgemeinen vgl. S. 115, Anm. 2.

<sup>2)</sup> Gegen diese Anordnung haben die beteiligten Gemeinden und Gemeindeverbände Beschwerde an die oberste Verwaltungsbehörde, § 233.

<sup>3)</sup> In zahlreichen, namentlich süddeutschen Staaten ist der Ausschluß der Landkrankenkassen beabsichtigt.

<sup>4)</sup> Für die Bestimmung des Grundlohns ist aber nicht die Kassenzugehörigkeit, sondern die Beschäftigung maßgebend. Landkrankenkassen dürfen also für Personen, die regelmäßig der allgemeinen Ortskrankenkasse angehören, nicht den Ortslohn als Grundlohn bestimmen, während die Ortskrankenkassen dies für die ihnen ausnahmsweise angehörenden Landkassenpflichtigen tun dürfen; vgl. § 181.

B. Die allgemeinen Orts- und die Landkrankenstellen umfassen alle Versicherten, für deren Versicherung nicht eine Betriebs-, Innungs- oder besondere Ortskrankenstelle (II—IV) oder eine knappschaftliche Krankenstelle (vgl. S. 148, 149) zuständig ist. Die Versicherung bei der allgemeinen Orts- oder Landkrankenstelle ist also diesen anderen Stellen gegenüber subsidär, § 234.

Zwischen der allgemeinen Ortskrankenstelle und der Landkrankenstelle werden die Versicherten derart geteilt, daß die landwirtschaftlich Beschäftigten, die Dienstboten, die im Wandergewerbe Beschäftigten und die hausgewerblich Versicherungspflichtigen der Landkrankenstelle, die übrigen Versicherungspflichtigen der allgemeinen Ortskrankenstelle angehören<sup>1)</sup>. Zur Selbstversicherung Berechtigte können je nach der Art ihrer Tätigkeit entweder der allgemeinen Ortskrankenstelle oder der Landkrankenstelle beitreten, §§ 235, 238.

## II. Betriebskrankenstellen.

Die Betriebskrankenstellen sind nicht wie die allgemeinen Orts- und Landkrankenstellen auf örtlicher, sondern auf beruflicher Grundlage aufgebaut. Sie umfassen die in einem oder mehreren Betrieben eines Arbeitgebers beschäftigten Personen.

A. Die Betriebskrankenstellen sind entweder bereits vorhanden und bedürfen dann zu ihrem Fortbestehen unter der Reichsversicherungsordnung einer besonderen Zulassung oder sie können neu errichtet werden.

1. Die Zulassung einer bereits bestehenden Betriebskrankenstelle ist an drei Voraussetzungen gebunden, § 255:

- a) Sie muß mindestens 100, eine Betriebskrankenstelle für landwirtschaftliche oder Binnenschiffahrtbetriebe mindestens 50 Mitglieder haben. Diese Mindestzahlen werden nach dem Durchschnitt der letzten drei Jahre oder, wenn die

---

<sup>1)</sup> Die in der Gärtnerei, dem Friedhofbetrieb und in Park- oder Gartenpflege Beschäftigten gehören der Landkrankenstelle nur an, wenn sie in Teilen landwirtschaftlicher Betriebe tätig sind, § 235 Abs. II. Der Bundesrat kann den Landkrankenstellen noch andere bisher versicherungsfreie Gruppen von Versicherten zuweisen. Die oberste Verwaltungsbehörde kann einzelne Gruppen Landkassenpflichtiger der allgemeinen Ortskrankenstelle zuweisen, § 236. Landkassenpflichtige, die beim Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung einer Orts- oder Betriebskrankenstelle angehören, können, wenn ihre Kasse fortbesteht, Mitglieder dieser Kasse bleiben und, wenn sie eintritt, Mitglieder der Ortskrankenstelle, welche die Versicherten ihres Berufszweiges aufnimmt, oder mangels einer solchen, der allgemeinen Ortskrankenstelle werden. Haben sie wegen Wechsels der Beschäftigung einer anderen Kasse im Bezirk des gleichen Versicherungsamts angehört, so dürfen sie der Ortskrankenstelle wieder beitreten, wenn die Mitgliedschaft bei der anderen Kasse nicht länger als 26 Wochen gedauert hat. Haben sie von diesem Rechte Gebrauch gemacht, so können sie mit dem Schlusse jedes Geschäftsjahrs zu der Landkrankenstelle übertreten, wenn sie den Austritt spätestens 3 Monate zuvor angezeigt haben. Art. 29.

Kasse erst kürzere Zeit besteht, nach dem Durchschnitt dieser Zeit berechnet. Bei Saisonbetrieben, die ihrer Art nach alljährlich regelmäßig eingeschränkt oder zeitweise eingestellt werden, muß die Mindestzahl mindestens für zwei Monate vorhanden sein, §§ 255 Nr. 1, 241, 247.

- b) Die satzungsgemäßen Leistungen der Betriebskrankenkasse müssen den Leistungen der allgemeinen Ortskrankenkasse ihres Bezirks und, wenn sie sich über die Bezirke mehrerer allgemeiner Ortskrankenkassen erstreckt<sup>1)</sup>, der ihres Sitzes gleichwertig sein oder binnen sechs Monaten gemacht werden, §§ 259 bis 263.

Bei Prüfung der Gleichwertigkeit werden die Gesamtleistungen mit Rücksicht auf den besonderen Mitgliederkreis der einzelnen Kasse nach Billigkeit veranschlagt<sup>2)</sup>. Es brauchen also nicht genau die gleichen Leistungen gewährt zu werden, sondern Minderleistungen auf einem Gebiet können durch Mehrleistungen auf einem anderen ausgeglichen werden. Leistungen der maßgebenden Kasse, die noch kein volles Jahr gewährt werden oder die nur auf Kosten der Rücklage oder durch Erhöhung der Beiträge über 4½ v. H. möglich sind, bleiben außer Ansatz.

Über die Gleichwertigkeit der Leistungen entscheidet der Beschlüssausschuß des Versicherungsamts. Sie wird von 4 zu 4 Jahren festgestellt, wenn Tatsachen vorliegen, welche die frühere Feststellung als nicht mehr zutreffend erscheinen lassen. Die Entscheidung wird den beteiligten Kassen mitgeteilt, die dagegen Beschwerde an das Oberversicherungsamt einlegen können<sup>3)</sup>.

- c) Ihre Leistungsfähigkeit muß auf die Dauer sicher sein.

Der Antrag auf Zulassung muß durch den Arbeitgeber nach Anhören von Versicherten binnen einer durch Kaiserliche Verordnung zu bestimmenden Frist bei dem Versicherungsamt gestellt werden, Art. 17, 18. Gleichzeitig oder binnen einer vom Versicherungsamt zu bestimmenden Frist ist ein der Reichsversicherungsordnung entsprechender Satzungsentwurf einzureichen. Art. 19. Nach einer Vorprüfung durch den Beschlüssausschuß des Versicherungsamts entscheidet das Oberversicherungsamt über die Zulassung. Gegen seine Entscheidung können die Beteiligten binnen einem Monat Beschwerde an die oberste Verwaltungsbehörde einlegen, Art. 20.

<sup>1)</sup> In diesem Falle genügt es, wenn die Kasse mehrere örtliche Mitgliederabteilungen hat und bei jeder die Gleichwertigkeit mit der zuständigen allgemeinen Ortskrankenkasse wahrt, § 261 Abs. II Satz 2.

<sup>2)</sup> Der Bundesrat kann nähere Bestimmungen erlassen, § 259 Abs. III.

<sup>3)</sup> Dieses entscheidet endgültig; es kann in besonderen Fällen ein Gutachten der Rechnungsstelle des Reichsversicherungsamts einholen, § 263 Abs. II Satz 2.

Zugelassene Kassen können andere und höhere, bisher zulässige Leistungen beibehalten, als die Reichsversicherungsordnung zuläßt, wenn sie ihre Ausgaben decken, ohne die gesetzlichen Höchstbeiträge zu überschreiten, § 257.

Wird der Zulassungsantrag nicht rechtzeitig gestellt oder die Satzung nicht rechtzeitig geändert, so wird die Kasse geschlossen, Art. 21.

2. Die Neuerrichtung von Betriebskrankenkassen setzt ebenso wie die Zulassung bereits bestehender Gleichwertigkeit der Leistungen, dauernde Leistungsfähigkeit und eine bestimmte Mindestzahl von Mitgliedern voraus. Diese Zahl weicht aber von der bei der Zulassung vorgeschriebenen ab. Es müssen nämlich in dem Betrieb oder in den Betrieben, für welche die Kasse errichtet wird, mindestens 150, bei landwirtschaftlichen und Binnenschiffahrtsbetrieben aber mindestens 50 Versicherungspflichtige beschäftigt sein, §§ 245, 248<sup>1)</sup>.

Schließlich setzt die Errichtung einer neuen Betriebskrankenkasse außerdem noch voraus, daß sie den Bestand und die Leistungsfähigkeit der vorhandenen allgemeinen Orts- und Landkrankenkassen nicht gefährdet. Dabei gilt eine Kasse als gefährdet, wenn ihr nicht wenigstens 250 Mitglieder verbleiben, aber als nicht gefährdet, wenn sie mehr als 1000 Mitglieder behält; in den übrigen Fällen ist die Gefährdung Tatfrage, § 248.

Die Errichtung der Betriebskrankenkassen geschieht durch den Arbeitgeber nach Anhörung der beteiligten Versicherungspflichtigen. Die Errichtung kann für einen einzelnen Betrieb<sup>2)</sup> oder als gemeinsame Betriebskrankenkasse für mehrere Betriebe des gleichen Arbeitgebers, nicht aber für mehrere Betriebe verschiedener Arbeitgeber<sup>3)</sup> oder für Betriebsteile erfolgen. Verwaltungen des Reichs oder der Bundesstaaten können Betriebskrankenkassen für ihre Betriebsverwaltungen errichten, §§ 245, 246.

Betriebskrankenkassen dürfen nur mit Genehmigung des Oberversicherungsamts errichtet werden. Der Antrag auf Genehmigung ist an das Versicherungsamt zu richten. Dieses hört die beteiligten allgemeinen Orts- und Landkrankenkassen und legt den Antrag mit seiner gutachtlichen Äußerung dem Oberversicherungsamt vor, §§ 252, 253.

<sup>1)</sup> Die Mindestzahlen sind zwar gegenüber dem bisherigen Recht erhöht, bleiben aber hinter den im Regierungsentwurf vorgeschlagenen weit zurück.

<sup>2)</sup> Voraussetzung ist, daß der Betrieb nicht zu einer Innung gehört, die eine Innungskrankenkasse hat, § 245 Abs. II.

<sup>3)</sup> Bereits vorhandene gemeinsame Betriebskrankenkassen mehrerer Arbeitgeber können aber zugelassen werden, § 255.

Das Oberversicherungsamt entscheidet durch die Beschluskammer. Es darf die Genehmigung nur versagen, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen für die Errichtung nicht vorliegen. Bei Versagung der Genehmigung steht dem Arbeitgeber, bei Erteilung der Genehmigung den beteiligten allgemeinen Ortskrankenkassen und Landkrankenkassen Beschwerde zu, die wie stets in Organisationsfragen an die oberste Verwaltungsbehörde geht, §§ 253, 254.

Regelmäßig steht es im freien Ermessen des Arbeitgebers, ob er eine Betriebskrankenkasse errichten will<sup>1)</sup>. Nur bei vorübergehenden Baubetrieben, in denen zeitweise eine größere Anzahl von Arbeitern beschäftigt wird, kann das Oberversicherungsamt dem Bauherrn<sup>2)</sup> die Errichtung einer Betriebskrankenkasse aufgeben. Diese Anordnung kann mit Beschwerde bei der obersten Verwaltungsbehörde angefochten werden. Der Bauherr kann seine Pflicht bei ausreichender Sicherheit mit Genehmigung des Oberversicherungsamts auf einen oder mehrere Arbeitgeber übertragen, die den Bau ganz oder teilweise für eigene Rechnung übernommen haben. Wird die Kasse in der festgesetzten Frist nicht errichtet, so errichtet sie das Oberversicherungsamt selbst oder beauftragt das Versicherungsamt damit, §§ 249, 254<sup>3)</sup>.

- B. Die Betriebskrankenkasse umfaßt alle in dem Betrieb beschäftigten Versicherungspflichtigen ohne Rücksicht auf den Beschäftigungsort, § 245<sup>4)</sup>. Nur die unständig Beschäftigten gehören nicht den Betriebskrankenkassen, sondern je nach ihrer überwiegenden Beschäftigung der allgemeinen Orts- oder der Landkrankenkasse an, § 442<sup>5)</sup>. Der Monteur einer Fabrik bleibt also in seiner Betriebskrankenkasse, auch während er auswärts arbeitet. Nimmt er dort Hilfskräfte an, so werden diese, wenn sie unständig Beschäftigte sind, bei der allgemeinen Ortskrankenkasse ihres Wohnortes, sonst gleichfalls bei der Betriebskrankenkasse versichert. Versicherungsberechtigte, die in dem Betriebe tätig sind, können der Betriebskrankenkasse freiwillig beitreten, ausscheidende Versicherungspflichtige die Mitgliedschaft bei ihr freiwillig fortsetzen<sup>6)</sup>, § 245.
- C. Eine besondere Stellung nehmen die für landwirtschaftliche Betriebe errichteten Betriebskrankenkassen ein. Sie sind schon

<sup>1)</sup> Ist ein Betrieb besonders krankheitsgefährlich, so kann sich die Kasse durch Erhöhung der Beiträge schützen, § 384 (vgl. S. 142).

<sup>2)</sup> Bauherr ist, wer die tatsächliche Verfügungsgewalt über den Bau hat, also nicht immer der Grundeigentümer.

<sup>3)</sup> Die bisherigen Baukrankenkassen kennt die RVO. nicht mehr. Das Oberversicherungsamt kann aber anordnen, daß bestehende Baukrankenkassen als Betriebskrankenkassen fortbestehen sollen; vgl. Art. 22.

<sup>4)</sup> Also auch die nach § 235 regelmäßig Landkassenpflichtigen.

<sup>5)</sup> Dienstboten gehören der Betriebskrankenkasse nur an, wenn sie im Betrieb nicht nur geringfügig beschäftigt werden, § 439.

<sup>6)</sup> Freiwillig Fortsetzende sind aber weder wählbar noch wahlberechtigt, § 340.

bei dauernder Beschäftigung von 50 Versicherungspflichtigen zulässig und sind in ihrer Ausgestaltung der Landkrankenkasse angenähert. Die Landkrankenkasse ist für die Prüfung der Gleichwertigkeit ihrer Leistungen maßgebend, § 261 Abs. III. Hat jene Sondervorschriften für landwirtschaftlich Beschäftigte eingeführt, so können es auch die landwirtschaftlichen Betriebskrankenassen ihres Bezirks tun, § 433. Schließlich können sie auch den Ortslohn als Grundlohn bestimmen, § 245 Abs. III S. 2<sup>1)</sup>.

### III. Innungskrankenkassen.

Die Innungskrankenkassen sind wie die Betriebskrankenassen auf beruflicher Grundlage aufgebaut. Sie umfassen die Versicherten, welche in den einer Innung angehörenden Betrieben beschäftigt werden<sup>2)</sup>.

A. Die Innungskrankenkassen sind entweder bereits vorhanden und bedürfen dann zu ihrem Fortbestehen unter der Reichsversicherungsordnung einer besonderen Zulassung oder sie können neu errichtet werden.

1. Die Zulassung einer bereits vorhandenen Innungskrankenkasse setzt wie die Zulassung einer Betriebskrankenkasse voraus, daß die satzungsgemäßen Leistungen den Leistungen der allgemeinen Ortskrankenkasse gleichwertig sind und daß die Leistungsfähigkeit für die Dauer sicher ist. Dagegen ist eine bestimmte Zahl von Mitgliedern nicht erforderlich, § 256.

Den Antrag auf Zulassung stellt die Innung nach Anhören des Gesellenausschusses, Art. 18 Abs. II. Im übrigen gilt für die Zulassung das gleiche wie bei Betriebskrankenassen. Vgl. II A Ziff. 1.

Durch die Zulassung erlangt die Innungskrankenkasse, die unter dem bisherigen Recht nur eine unselbständige Einrichtung der Innung war, eigene Rechtspersönlichkeit. Ihre Bestände gehen in ihr Vermögen über, Art. 23. Sie kann andere und höhere, bisher zulässige Leistungen beibehalten, als die Reichsversicherungsordnung zuläßt, wenn sie ihre Ausgaben deckt, ohne die gesetzlichen Höchstbeiträge zu überschreiten, § 257.

2. Die Neuerrichtung von Innungskrankenkassen setzt wie ihre Zulassung Gleichwertigkeit der Leistungen und dauernde Leistungsfähigkeit voraus. Außerdem darf die neue Kasse den Bestand und die Leistungsfähigkeit vorhandener allgemeiner Ortskrankenassen und Landkrankenassen nicht gefährden. (Vgl. II A Ziff. 2.)

<sup>1)</sup> Betriebskrankenassen für landwirtschaftliche und gewerbliche Betriebe, sog. gemischte Betriebskrankenassen, sind je nach der Mehrheit ihrer Mitglieder entweder als gewerbliche oder landwirtschaftliche Betriebskrankenassen aufzubauen, §§ 245 Abs. III, 181, 433.

<sup>2)</sup> Auch gemeinsame Innungskrankenkassen mehrerer Innungen können zugelassen, aber nicht mehr neu errichtet werden, § 256 Abs. II.

Die Errichtung einer Innungskrankenkasse erfolgt durch Beschluß der Innung, dem die Anhörung des Gesellenausschusses, der Gemeindebehörde, der Handwerkskammer und der Aufsichtsbehörde der Innung vorangehen muß. Die Errichtung bedarf der Genehmigung des Oberversicherungsamts. Das Genehmigungsverfahren entspricht dem bei Betriebskrankenkassen. Vgl. II A Ziff. 2. §§ 250—254.

- B. Die Innungskrankenkasse umfaßt die in den Betrieben der Innungsmitglieder beschäftigten Versicherungspflichtigen. Landkassenpflichtige gehören ihr nicht an. Versicherungsberechtigte, die in den Betrieben beschäftigt sind, können der Innungskrankenkasse freiwillig beitreten, § 250<sup>1)</sup>.

#### IV. Besondere Ortskrankenkassen.

Vor der Reichsversicherungsordnung waren die Ortskrankenkassen in der Regel berufliche Zusammenfassungen der in einem Gewerbszweig oder in einer Betriebsart beschäftigten Versicherten einer Gemeinde. So bildeten z. B. die Maurer, die Zimmerleute einer Stadt je eine Ortskrankenkasse. Es konnten aber auch für mehrere Gewerbszweige und Betriebsarten und für mehrere Gemeinden gemeinsame Ortskrankenkassen errichtet werden, §§ 16, 43 des Krankenversicherungsgesetzes.

- A. Nach dem Inkrafttreten des neuen Rechts können derartige beruflich gegliederte Ortskrankenkassen nicht mehr errichtet werden. Bereits vorhandene Ortskrankenkassen für einzelne oder mehrere Erwerbszweige oder Berufsarten oder für Versicherte eines Geschlechts können aber neben den allgemeinen als besondere Ortskrankenkassen zugelassen werden<sup>2)</sup>.

Die Zulassung einer besonderen Ortskrankenkasse setzt nach § 240 voraus,

1. daß sie nach dem Durchschnitt der letzten drei Jahre mindestens 250 Mitglieder zählt;
2. daß ihr Fortbestand den Bestand oder die Leistungsfähigkeit der allgemeinen Orts- und der Landkrankenkasse nicht gefährdet. Gefährdung dieser Kassen ist anzunehmen, wenn ihnen nicht mindestens je 250 Mitglieder verbleiben würden, § 242;

<sup>1)</sup> Nicht in die Innungskrankenkassen gehören Beschäftigte eines Betriebs, mit dem der Arbeitgeber einer Zwangsinnung freiwillig beigetreten ist, oder für den eine Betriebskrankenkasse nach § 249 angeordnet ist. Verlegt ein Innungsmitglied seinen Gewerbebetrieb aus dem Kassenbereich heraus, so endet die Mitgliedschaft seiner Versicherungspflichtigen, § 250 Abs. III und IV.

<sup>2)</sup> Gemeinsame Ortskrankenkassen, deren Mitgliederkreis alle nach dem Krankenversicherungsgesetz Ortskassenpflichtigen des Bezirks, für den eine allgemeine Ortskrankenkasse zu errichten wäre, umfaßt, können bei Einverständnis der Gemeinde zu allgemeinen Ortskrankenkassen ausgestaltet werden. Umfaßt der Mitgliederkreis nur einen Teil der Ortskassenpflichtigen, so ist die Ausgestaltung mit Genehmigung des Oberversicherungsamts zulässig, Art. 15.



3. daß die Leistungen denen der zuständigen allgemeinen Ortskrankenkasse gleichwertig sind oder binnen 6 Monaten gemacht werden;
4. daß die Leistungsfähigkeit für die Dauer sicher ist;
5. daß die Kasse nicht über den Bezirk des Versicherungsamts hinausreicht.

Der Zulassungsantrag muß von der Generalversammlung mit Stimmenmehrheit beschlossen werden, Art. 18. Im übrigen gilt für die Zulassung das gleiche wie bei Betriebskrankenkassen; vgl. II A Ziff. 1.

- B. In die besonderen Ortskrankenkassen gehören die Gruppen von Versicherungspflichtigen, für welche die Kassen nach ihren Satzungen bestehen. Versicherungsberechtigte dieser Gruppen können ihnen freiwillig beitreten. Um jedoch die Zerreißung einheitlicher Betriebe zu verhüten, entscheidet über die Kassenzugehörigkeit eines Betriebes stets die Mehrheit der in diesem Betrieb beschäftigten Versicherungspflichtigen. Ist für diese die besondere Ortskrankenkasse zuständig, so gehören ihr alle Versicherungspflichtigen des Betriebes an, während sonst alle in die allgemeine Ortskrankenkasse gehören <sup>1)</sup>.

Besondere Ortskrankenkassen dürfen ihre Zuständigkeit nicht durch die Satzung erweitern, §§ 243, 244.

### V. Streit über Kassenzugehörigkeit.

Entsteht zwischen Krankenkassen aus irgend einer Ursache Streit darüber, welcher von ihnen Betriebe oder Betriebsteile angehören, oder lehnen die beteiligten Kassen die Zugehörigkeit ab, so entscheidet der Beschlüssausschuß des Versicherungsamts<sup>2)</sup> und auf Beschwerde endgültig das Oberversicherungsamt.

Die Entscheidung hat nur klarstellende (deklaratorische) Bedeutung. Wird aber die Zuständigkeit der Kasse, bei welcher die Versicherung bisher erfolgte, verneint, so hat diese Entscheidung nach ausdrücklicher gesetzlicher Bestimmung keine rückwirkende Kraft. Die Entscheidung muß vielmehr bestimmen, von wann ab die andere Kasse eintritt.

Endgiltige Entscheidungen über die Kassenzugehörigkeit sind für alle Behörden und Gerichte bindend, § 258.

Auch bei Streit zwischen einem Arbeitgeber oder einem Versicherten oder zu Versichernden und einer Krankenkasse über das Versicherungsverhältnis entscheidet der Beschlüssausschuß des Versicherungsamts und auf Beschwerde endgültig das Oberversicherungsamt. Die Frage, ob eine Person versicherungspflichtig oder versicherungsberechtigt und welche Kasse für ihre Versicherung zuständig ist, kann also, auch soweit es sich nicht um Entschädigungs-

<sup>1)</sup> Die Zugehörigkeit zu einer besonderen Ortskrankenkasse für Mitglieder nur einen Geschlechts wird aber durch diesen sog. Mehrheitsgrundsatz nicht berührt, § 244 Abs. II.

<sup>2)</sup> Wegen der örtlichen Zuständigkeit vgl. § 1783.

ansprüche und Beitragspflicht handelt, rechtskräftig entschieden werden.

Die endgiltige Entscheidung ist auch hier für alle Behörden und Gerichte bindend. Ist jedoch die Mitgliedschaft eines Versicherten für alle beteiligten Kassen endgiltig aus dem Grund abgelehnt, weil eine andere Kasse zuständig sei, so wird die zuständige Kasse auf Antrag durch den Beschlußausschuß des den Kassen gemeinsamen Versicherungsamts oder die Beschlußkammer des gemeinsamen Oberversicherungsamts oder, wo auch ein solches fehlt, die oberste Verwaltungsbehörde bestimmt; diese Behörden sind dabei an die früheren Entscheidungen nicht gebunden, § 405.

## § 2.

### Änderungen der Organisation.

#### I. Die Fälle der Organisationsänderungen.

Die bestehende Kassenorganisation kann in vierfacher Weise geändert werden, durch Vereinigung, Ausscheiden, Auflösung und Schließung.

A. Eine Kasse kann mit einer anderen vereinigt werden. Eine der Kassen, die aufnehmende, besteht weiter und übernimmt die Rechte und Pflichten der aufgenommenen Kasse, § 288. Welche Kasse die aufnehmende ist, entscheidet im Zweifel das Versicherungsamt (z. B. nach Größe, Vermögen, Sitz). Zwischen der aufnehmenden und der aufgenommenen Kasse findet eine Auseinandersetzung statt (vgl. unter II B), § 285<sup>1)</sup>.

Die Vereinigung kann freiwillig oder zwangsweise erfolgen:

1. Zwangsweise werden vereinigt:

- a) Eine Landkrankenkasse, die für den ganzen Bezirk des Versicherungsamts errichtet ist und deren Mitgliederstand nicht nur vorübergehend unter 250 sinkt, mit der allgemeinen Ortskrankenkasse, § 264 Abs. I.
- b) Innungskrankenkassen, wenn die Innungen vereinigt werden, § 276.

2. Freiwillig können sich vereinigen:

- a) Eine allgemeine Ortskrankenkasse, die für den ganzen Bezirk des Versicherungsamts errichtet ist und deren Mitgliederstand nicht nur vorübergehend unter 250 sinkt, mit der Landkrankenkasse, § 264 Abs. III.
- b) Eine Landkrankenkasse mit der Ortskrankenkasse ihres Bezirks, wenn der Beschlußausschuß des Versicherungsamts nach Anhörung beteiligter Arbeitgeber und Versicherungspflichtiger das Bedürfnis für das Fortbestehen der Landkrankenkasse verneint, § 264 Abs. II.

<sup>1)</sup> Die Kassen und das Versicherungsamt können festsetzen, daß die aufgenommene Kasse im Vorstand der aufnehmenden durch eine bestimmte Zahl von Versicherten und Arbeitgebern für längstens 4 Jahre vertreten sein muß, § 292.

- c) Mehrere für den Bezirk eines Versicherungsamts errichtete allgemeine Orts- oder Landkrankenkassen, wenn die beteiligten Gemeinden oder Verbände zustimmen, § 265 <sup>1)</sup>.
  - d) Eine besondere Ortskrankenkasse, deren Bezirk nicht über den Bezirk der allgemeinen Ortskrankenkasse hinausgeht, mit dieser, § 268 <sup>1)</sup>.
  - e) Mehrere Betriebskrankenkassen für Betriebe desselben Arbeitgebers, § 270.
- B. Aus einer Kasse können Mitglieder ausscheiden und entweder zu anderen Kassen hinzukommen oder selbst eine neue Kasse bilden. Die Ausscheidung muß erfolgen, wenn ihre Voraussetzungen oder entsprechende Anträge vorliegen. Es sind an ihr stets mindestens zwei Kassen beteiligt. Die Kassenrechte und Pflichten bleiben bei der alten Kasse <sup>2)</sup>.
- Ein solches Ausscheiden findet hauptsächlich statt:
- 1. wenn sich Kassenbezirke durch andere Abgrenzung der Verwaltungsbezirke ändern,
  - 2. wenn in einem Bezirke ohne allgemeine Orts- oder ohne Landkrankenkasse eine solche gebildet wird,
  - 3. wenn aus einer allgemeinen Orts- oder Landkrankenkasse eine neue Kasse dieser Art ausgeschieden wird,
  - 4. wenn die Angehörigen desselben Gewerbszweigs oder derselben Betriebsart nach Mehrheitsbeschluß beantragen, aus einer besonderen Ortskrankenkasse auszuschcheiden,
  - 5. wenn von mehreren Betrieben eines Arbeitgebers, für die eine gemeinsame Betriebskrankenkasse besteht, der eine in anderen Besitz übergeht und einer der beteiligten Arbeitgeber das Ausscheiden beantragt <sup>3)</sup>.
  - 6. wenn ein Teil der Mitglieder aus einer Innungskrankenkasse ausscheidet, weil der Mitgliederkreis der Innung anders abgegrenzt oder eine Zwangsinnung errichtet wird <sup>4)</sup>.
- In diesen Fällen findet zwischen den beteiligten Kassen eine Auseinandersetzung (II B) statt, die aber bei unerheblichen Änderungen mit Zustimmung der Kassen unterbleiben kann, § 298. Dagegen findet keine Auseinandersetzung statt, wenn durch Errichtung einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse Mitglieder aus der allgemeinen Orts- oder Landkrankenkasse ausscheiden.
- C. Eine Kasse kann aufgelöst werden. Die Auflösung erfolgt stets auf freiwilligen Antrag. Beteiligt ist zunächst nur die untergehende Kasse. Ihre Verhältnisse werden in einem Liquidationsverfahren

<sup>1)</sup> Auf Beschluß der beiderseitigen Ausschüsse.

<sup>2)</sup> Schwebende Entschädigungsansprüche gehen nach § 212 auf die neue Kasse über; vgl. S. 131.

<sup>3)</sup> Oder wenn ein Arbeitgeber mit seinem Betrieb aus einer zugelassenen gemeinsamen Betriebskrankenkasse ausscheidet, § 298 Nr. 6.

<sup>4)</sup> Oder wenn eine Innung beantragt, aus einer zugelassenen gemeinsamen Innungskrankenkasse auszuschcheiden, § 298 Nr. 8.

(II C) abgewickelt, wobei dann Beziehungen zu anderen Kassen in Frage kommen, § 299.

Allgemeine Orts- und Landkrankenkassen können sich nicht auflösen, da sonst für einzelne versicherte Gruppen die Kasse fehlen würde. Dagegen beruhen die anderen Kassen auf dem Willen der Beteiligten; sie können sich daher auch nach ihrem freien Willen auflösen. Die Auflösung erfordert bei besonderen Ortskrankenkassen einen Beschluß des Ausschusses, bei Betriebskrankenkassen einen Antrag des Arbeitgebers und Zustimmung des Ausschusses und bei Innungskrankenkassen einen Beschluß der Innungsversammlung nach Anhörung des Gesellenausschusses und Zustimmung des Kassenausschusses, §§ 269, 272, 278.

- D. Schließlich kann eine Kasse unter bestimmten Voraussetzungen von Amts wegen geschlossen werden. Die Schließung muß (von der angeordneten Betriebskrankenkasse abgesehen) stets erfolgen, wenn ihre gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen. Es findet auch hier eine Liquidation statt, bei der die Beziehungen zu anderen Kassen geregelt werden.

Jede Kasse wird geschlossen, wenn sich nachträglich ergibt, daß sie gar nicht hätte errichtet werden dürfen, §§ 266, 269 Abs. II Nr. 3, 273 Nr. 3, 279 Nr. 5. Im übrigen sind die Voraussetzungen der Schließung bei den einzelnen Kassenarten verschieden.

1. Allgemeine Orts- und Landkrankenkassen, die für den ganzen Bezirk des Versicherungsamts errichtet sind, bilden die notwendige Grundlage der Kassenorganisation und können daher, soweit sie zu Recht bestehen, überhaupt nicht geschlossen werden. Sind diese Kassen dagegen für Bezirksteile errichtet, so werden sie nach § 267 geschlossen,
  - a) wenn ihr Mitgliederstand nicht nur vorübergehend unter 250 sinkt, ohne daß eine Vereinigung mit anderen Orts- oder Landkrankenkassen zustande kommt,
  - b) wenn sie leistungsunfähig werden, d. h. ihre Einnahmen trotz Erhöhung der Beiträge auf 6 v. H. die Regelleistungen nicht decken und bei einer Ortskrankenkasse die Arbeitgeber und Versicherten sich nicht über eine weitere Beitragserhöhung einigen oder bei einer Landkrankenkasse der Gemeindeverband nicht die erforderliche Beihilfe leistet.
2. Das Bestehen einer Betriebs-, Innungs- oder besonderen Ortskrankenkasse hängt stets von der Erfüllung bestimmter Voraussetzungen ab. Treffen diese nicht mehr zu, so erfolgt Schließung. Danach werden geschlossen:
  - a) Eine besondere Ortskrankenkasse, wenn die Voraussetzungen ihrer Zulassung (250 Mitglieder, Nichtgefährdung der regelmäßigen Organisation, Gleichwertigkeit der Leistungen, Leistungsfähigkeit, Nichtüberschreitung des Bezirks des Versicherungsamts) nachträglich entfallen oder wenn die Höchstbeiträge die Regelleistungen nicht decken (vgl. oben 1 b), § 269.

- b) Eine Betriebskrankenkasse, wenn die Betriebe, für die sie errichtet ist, eingehen, wenn der Arbeitgeber nicht für ordnungsmäßige Kassen- und Rechnungsführung sorgt <sup>1)</sup>, wenn der Mitgliederstand nicht nur vorübergehend unter die Mindestzahl sinkt, wenn die Leistungen nicht gleichwertig sind und nicht binnen 6 Monaten erhöht werden, und wenn die Leistungsfähigkeit nicht mehr sicher ist, §§ 273, 274 <sup>2)</sup>.
- c) Eine Innungskrankenkasse, wenn die Innung aufgelöst oder geschlossen wird <sup>3)</sup>, wenn die Leistungen nicht gleichwertig sind und nicht binnen 6 Monaten erhöht werden, wenn die Leistungsfähigkeit nicht mehr sicher ist und wenn nicht für ordnungsmäßige Kassen- und Rechnungsführung gesorgt wird, § 279.

## II. Das Verfahren bei Organisationsänderungen.

Die Vereinigung, Auflösung und Schließung von Krankenkassen und das Ausscheiden aus solchen kann nur im geordneten Verfahren vor den Versicherungsbehörden erfolgen.

A. Die Organisationsänderung ist bei dem für die beteiligten Kassen zuständigen Versicherungsamt und, wenn ein solches fehlt, bei dem vom Oberversicherungsamt bestimmten Versicherungsamt zu beantragen, § 281. Antragsberechtigt ist jede beteiligte Kasse <sup>4)</sup>, außerdem bei Orts- und Landkrankenkassen der Gemeindeverband, bei Betriebskrankenkassen der Arbeitgeber und bei Innungskrankenkassen die Innung, § 282. Bei zwangsweiser Vereinigung (I A 1) stellt bei Säumnis das Versicherungsamt den Antrag. Das Schließungsverfahren leitet es von Amts wegen ein <sup>5)</sup>, § 282.

Das Versicherungsamt gibt den Beteiligten Gelegenheit zur Äußerung und legt die Akten mit den Äußerungen, der geänderten Satzung und seinem Gutachten dem Oberversicherungsamt vor, in dessen Bezirk die Kassen ihren Sitz haben <sup>6)</sup>. Dieses ent-

<sup>1)</sup> In diesem Falle kann auch die Neuerrichtung einer Betriebskrankenkasse versagt werden, § 273 Nr. 2.

<sup>2)</sup> Außerdem, wenn der Arbeitgeber mit seinem Betrieb Mitglied einer freien Innung oder Zwangsmitglied einer Zwangsinnung mit Innungskrankenkasse wird, § 274 Nr. 2. Eine angeordnete Betriebskrankenkasse wird nur geschlossen, wenn der Betrieb eingeht oder der Arbeitgeber nicht für die Kassen- und Rechnungsführung sorgt; im zweiten Falle kann aber das Versicherungsamt auf Kosten des Arbeitgebers einen Vertreter zur Führung der Geschäfte bestellen, § 273. Das Oberversicherungsamt kann angeordnete Betriebskrankenkassen jederzeit schließen, § 275.

<sup>3)</sup> Wird die Innung wegen Errichtung einer Zwangsinnung geschlossen, so gehen Rechte und Pflichten, die sie gegen ihre Krankenkasse hatte, auf die Zwangsinnung über; hat diese aber einen anderen Bezirk oder umfaßt sie andere Gewerbszweige, so wird die Kasse geschlossen, § 277.

<sup>4)</sup> Auch Kassen, denen übergehende Mitglieder künftig angehören sollen, § 283.

<sup>5)</sup> Bei angeordneten Betriebskrankenkassen ist es dazu befugt, § 282 Abs. III Satz 2.

<sup>6)</sup> Liegen die Sitze in verschiedenen Oberversicherungsamtsbezirken, so bestimmt die oberste Verwaltungsbehörde das zuständige Oberversicherungsamt.

scheidet durch die Beschlußkammer, §§ 280, 283. In seinem Beschluß bestimmt es auch den Tag für die Änderung. Dieser muß, von dringend notwendigen Schließungen abgesehen, mindestens 4 Monate nach dem Beschluß liegen, § 284 Abs. I.

Gegen den Beschluß des Oberversicherungsamts haben die Beteiligten Beschwerde an die oberste Verwaltungsbehörde, § 284 Abs. II.

B. Bei Vereinigung von Kassen und regelmäßig auch beim Ausscheiden aus solchen (vgl. I B) findet zwischen den beteiligten Kassen eine Auseinandersetzung statt, die dem Beschluß des Oberversicherungsamts vorangehen soll, §§ 285, 298, 286 Abs. I <sup>1)</sup>.

1. Zur Auseinandersetzung treten Vertreter der beteiligten Kassen unter Leitung des Versicherungsamts zusammen. Erzielen sie eine Vereinbarung, so muß diese vom Versicherungsamt <sup>2)</sup> und den beteiligten Kassenausschüssen genehmigt werden. Mißlingt die freiwillige Regelung, so bewirkt der Beschlußausschuß des Versicherungsamts die Auseinandersetzung, §§ 286, 287. Gegen die vom Versicherungsamt genehmigte oder bewirkte Auseinandersetzung haben die Beteiligten Beschwerde an den Beschlußausschuß des Oberversicherungsamts, der endgültig entscheidet, § 297.

2. Die Auseinandersetzung erstreckt sich auf die Mitglieder, die Angestellten, die Verträge mit Ärzten, Apothekern und Krankenhäusern und auf das Vermögen.

Mit der Vereinigung werden alle, mit dem Ausscheiden die ausgeschiedenen Versicherungspflichtigen ohne weitere Zuweisung Mitglieder der aufnehmenden Kasse; die Versicherungsberechtigten sind zur Mitgliedschaft bei dieser Kasse berechtigt. Die neue Mitgliedschaft setzt die frühere unmittelbar fort, § 289. Die aufnehmende Kasse übernimmt auch schwebende Entschädigungsansprüche, § 212 <sup>3)</sup>.

Die aufnehmende Kasse muß die Angestellten der aufgenommenen Kasse, beim Ausscheiden die etwa überflüssig werdenden Angestellten, zu denselben oder gleichwertigen Bedingungen <sup>4)</sup> übernehmen. Die Übernommenen treten unter die Dienstordnung der aufnehmenden Kasse, dürfen aber im Gesamteinkommen nicht geschmälert werden, § 290.

<sup>1)</sup> Die oberste Verwaltungsbehörde kann die Auseinandersetzung näher regeln, § 285 Abs. II.

<sup>2)</sup> Der Beschlußausschuß kann die Genehmigung aus wichtigen Gründen versagen, § 286 Abs. III.

<sup>3)</sup> Sie haftet auch, wenn Mitglieder der aufgenommenen oder abgebenden Kasse vor der Änderung wegen Erwerbslosigkeit ausgeschieden sind und binnen drei Wochen und nach der Änderung erkranken, ohne die Beschäftigung aufgenommen zu haben, § 214.

<sup>4)</sup> Die Angestellten müssen sich eine andere Beschäftigung im Kassendienst gefallen lassen, wenn diese nicht in auffälligem Mißverhältnis zu ihren Fähigkeiten steht, § 290 Abs. II.

Die Verträge mit Ärzten, Apothekern, Krankenhäusern und Lieferanten gehen bei der Vereinigung überhaupt, bei dem Ausscheiden zum entsprechenden Teil auf die aufnehmende Kasse über, § 288. Ihre Erfüllung kann aber sehr schwierig oder unmöglich werden (z. B. bei verschiedenen Arztsystemen). Einigen sich die Beteiligten nicht über eine geeignete Änderung solcher Verträge, so hat der Vorstand der aufzunehmenden oder abgebenden Kasse den Beschluß des Oberversicherungsamts den Vertragsgegnern unverzüglich mitzuteilen. Diese können sich binnen 14 Tagen der aufnehmenden Kasse gegenüber bereit erklären, den Vertrag mit ihr unter den bisherigen oder unter den Bedingungen der aufnehmenden Kasse fortzusetzen. Nimmt die Kasse ihr Angebot nicht an, so ist sie entschädigungspflichtig. Erklären sie sich aber zur Fortsetzung des Vertrags nicht bereit, so haben beide Teile ein gesetzliches Kündigungsrecht mit dreimonatiger Frist, jedoch frühestens zum Tag des Eintritts der Änderung, § 291.

Zur Vermögenseinwanderung wird durch eine Bilanz <sup>1)</sup> ermittelt, wieviel Reinvermögen bei jeder Kasse auf ein Mitglied entfällt. Für jedes übergehende Mitglied ist der aufnehmenden Kasse soviel Vermögen zu überweisen, als bei ihr auf ein Mitglied entfällt, § 293. Reicht das Vermögen hierzu nicht aus, so werden nur die vorhandenen Bestände überwiesen. Bei Betriebs- oder Innungskrankenkassen hat aber der Arbeitgeber oder die Innung den Fehlbetrag zu decken, § 296 <sup>2)</sup>. Übersteigt der Kopfbetrag der aufzunehmenden Mitglieder den Kopfbetrag bei der abgebenden Kasse, so erhält die aufnehmende Kasse dieses freie Vermögen. Ist es groß genug, so kann der Ausschuß der aufzunehmenden oder abgebenden Kasse daraus ein Sondervermögen bilden. Aus diesem erhalten die übergehenden Mitglieder einen Zuschlag zum Sterbegeld, der aber den gesetzlichen Höchstbetrag <sup>3)</sup> nicht übersteigen darf. Dieses Sondervermögen wird von dem Vorstand der aufnehmenden Kasse bestimmungsgemäß verwaltet und fällt mit dem Ausscheiden des letzten übergegangenen Mitglieds an die Rücklage der Kasse, § 294 <sup>4)</sup>.

<sup>1)</sup> Nach den §§ 39, 40, 261 des Handelsgesetzbuchs.

<sup>2)</sup> Bei aufnehmenden Orts- oder Landkrankenkassen kann die aufnehmende Kasse auf ein Jahr die Beiträge für die übernommenen Mitglieder durch einen besonderen Zuschlag bis zum gesetzlichen Höchstbetrag (6 %) erhöhen, § 296 Abs. III.

<sup>3)</sup> §§ 204, 205 Nr. 3.

<sup>4)</sup> Bei erheblich höheren Leistungen der aufnehmenden Kasse wird der Unterschied durch Vorausüberweisung eines entsprechenden Betrags ausgeglichen, § 294 Abs. IV. Hat ein Arbeitgeber oder eine Innung einer Betriebs- oder Innungskasse nachweisbar Zuwendungen gemacht, so können sie über einen entsprechenden Teil des freien Vermögens zugunsten einer besonderen Unterstützungskasse oder eines Sondervermögens für die übergehenden Mitglieder verfügen, § 295.

C. Bei Auflösung und Schließung von Kassen weist das Versicherungsamt noch vorhandene versicherungspflichtige Mitglieder den zuständigen Kassen zu. Die Versicherungsberechtigten sind zur Mitgliedschaft bei diesen Kassen berechtigt. Die neue Mitgliedschaft setzt die frühere unmittelbar fort. Beschwerden über die Zuweisung entscheidet die Beschlußkammer des Versicherungsamts endgültig, § 300.

Die Geschäfte der untergehenden Kasse werden von ihrem Vorstand in einem einfachen Liquidationsverfahren abgewickelt, das dem für die Vereine des bürgerlichen Rechts vorgesehenen nachgebildet ist. Soweit es die Liquidation erfordert, gilt die Kasse als fortbestehend, § 301 Abs. I.

Der Vorstand macht die Auflösung oder Schließung öffentlich bekannt. Die Befriedigung von Gläubigern, die ihre Forderungen nicht binnen 3 Monaten nach der Bekanntmachung anmelden, kann verweigert werden. Für die Entschädigungsberechtigten gilt dieses Aufgebotsverfahren aber nicht. § 301 Abs. II.

Den Angestellten, Ärzten, Apothekern, Krankenhäusern und Lieferanten, mit denen die Kasse in einem Vertragsverhältnis steht, wird der Auflösungs- oder Schließungsbeschluß vom Vorstand mitgeteilt. Drei Monate <sup>1)</sup> nach der Mitteilung, jedoch frühestens am Tage der Auflösung oder Schließung endet das Vertragsverhältnis, soweit nicht vertraglich eine frühere Kündigung möglich ist, § 302.

Verbleibt bei der Abwicklung der Geschäfte ein Überschuß, so weist ihn das Versicherungsamt unter Berücksichtigung des Mitgliederübergangs anderen Krankenkassen zu. Beschwerden über diese Zuweisung entscheidet die Beschlußkammer des Oberversicherungsamts endgültig, § 303. Reicht das Vermögen zur Befriedigung der Gläubiger nicht aus, so hat bei Betriebs- und Innungskrankenkassen der Arbeitgeber oder die Innung den Fehlbetrag zu decken, § 304. Für die Ansprüche der Kassenbeamten haftet bei Orts- und Landkrankenkassen der Gemeindeverband, bei Innungskrankenkassen die Innung. Die Beamten müssen eine ähnliche und ihren Fähigkeiten entsprechende Stellung zu denselben oder gleichwertigen Bedingungen bei dem Gemeindeverband oder der Innung übernehmen, § 305 <sup>2)</sup>.

### § 3.

#### Kassenvereinigungen.

1. Krankenkassen jeder Art können sich zur gemeinsamen Lösung bestimmter Aufgaben freiwillig zu einem Kassenverband ver-

<sup>1)</sup> Wird die Auflösung oder Schließung durch die Neuordnung infolge des Inkrafttretens der Reichsversicherungsordnung erforderlich, so verlängert sich die Ablauffrist des Vertragsverhältnisses für die Angestellten auf 12 Monate. Die Versicherungsträger sollen Angestellte, die infolge der Neuordnung entbehrlich werden, bei der Annahme von Hilfskräften tunlichst berücksichtigen, Art. 32.

<sup>2)</sup> Bei Betriebskrankenkassen stellt der Arbeitgeber das Personal (§ 362); ihn treffen daher auch die nach dem Untergang der Kasse noch bestehenden Verbindlichkeiten.



einigen. Eine derartige Vereinigung erfordert, wenn die Kassen ihren Sitz im Bezirk desselben Versicherungsamts haben, lediglich übereinstimmende Beschlüsse ihrer Ausschüsse. Soll sich der Kassenverband aber über die Bezirke oder über Bezirksteile mehrerer Versicherungsämter erstrecken, so bedarf seine Errichtung der Genehmigung der Beschlußkammer des Obergversicherungsamts. Wird diese versagt, so kann die oberste Verwaltungsbehörde sie ersetzen, § 406 <sup>1)</sup>. Über den Bezirk des Obergversicherungsamts hinaus kann sich der Verband nicht erstrecken.

Die Kassenverbände können nur bestimmte, im Gesetz ausdrücklich zugelassene Aufgaben übernehmen. Sie bezwecken hauptsächlich Verringerung der Verwaltungskosten und teilweise Verteilung des Risikos auf breitere Grundlage. Die zulässigen Aufgaben sind nach § 407:

- a) gemeinsame Anstellung von Beamten und Angestellten,
- b) Vorbereitung oder Abschluß gemeinsamer Verträge mit Ärzten, Apotheken, Krankenhäusern und Lieferanten,
- c) einheitliche Überwachung der Kranken,
- d) Anlegung und Betrieb gemeinsamer Heilanstalten,
- e) gemeinsame Tragung eines Teils der Entschädigungen. Dabei können entweder alle Leistungen bis zur Hälfte oder innerhalb dieser Grenze die Ausgaben für bestimmte Krankheitsarten oder für bestimmte Erkrankungsfälle bis zur vollen Höhe gemeinsam getragen werden.

Der Verband hat eigene Rechtspersönlichkeit und eigenes Vermögen. Seine Verhältnisse werden durch eine Satzung <sup>2)</sup> geregelt, die von den beteiligten Kassenausschüssen errichtet wird und vom Obergversicherungsamt zu genehmigen ist. Die Genehmigung darf wie bei der Kassensatzung selbst nur durch den Beschlußausschuß und nur dann versagt werden, wenn die Satzung den gesetzlichen Vorschriften nicht genügt. Der Verband muß einen Vorstand und kann daneben als weiteres Organ einen Ausschuß haben, §§ 408, 409. Die Aufsicht führt das Versicherungsamt <sup>3)</sup>. Dieses entscheidet auch durch seinen Beschlußausschuß bei Streitigkeiten zwischen dem Verband und den beteiligten Kassen aus dem Verbandsverhältnis, § 413.

Die Verfassung und Verwaltung des Kassenverbands entspricht im wesentlichen der Regelung bei den Krankenkassen selbst. Das gilt hauptsächlich für die Stellung der Organe und ihrer Mitglieder, für die Vermögensverwaltung, für die Aufsichtsführung, für die Beziehungen zu Ärzten, Apotheken und Krankenhäusern und für die Verhältnisse der Angestellten, §§ 408 Abs. II, 410, 413.

Der Kassenverband endet durch übereinstimmenden Auflösungsbeschluß der beteiligten Kassenausschüsse, der jederzeit

<sup>1)</sup> Es handelt sich hier aber nicht um eine eigentliche Beschwerde.

<sup>2)</sup> Über den notwendigen Inhalt vgl. § 409.

<sup>3)</sup> Erstreckt sich der Verband auf die Bezirke mehrerer Versicherungsämter, so bestimmt das Obergversicherungsamt das zuständige Versicherungsamt.

zulässig ist. Außerdem kann jede Kasse mit dem Schlusse des Geschäftsjahres aus dem Kassenverband ausscheiden, wenn sie es spätestens 6 Monate vorher bei dem Vorstand beantragt hat. Sie haftet dann für die zur Zeit ihres Ausscheidens bestehenden Verbindlichkeiten gesamtschuldnerisch. Die Ansprüche aus dieser Haftung verjähren in zwei Jahren nach dem Ausscheiden <sup>1)</sup>, § 411.

Bei Auflösung des Verbands oder Ausscheiden von Kassen erhält jede ausscheidende Kasse den Anteil des Reinvermögens, der dem Verhältnis ihrer Beiträge zu den Gesamtbeiträgen im letzten Geschäftsjahr entspricht. Auf die gleiche Weise wird ein etwaiger Fehlbetrag umgelegt, § 412 <sup>2)</sup>.

2. Auch ohne einen Kassenverband zu gründen, können sich Krankenkassen zu allgemeinen Zwecken der Krankenhilfe vereinigen. Diese freien Vereinigungen unterliegen nicht den Beschränkungen der Kassenverbände. Ihre Verhältnisse regeln sich nach den Vorschriften des bürgerlichen Rechts. Nach diesen entscheidet sich auch, ob die Vereinigungen (z. B. als eingetragene Vereine gemäß §§ 21, 55 BGB.) rechtsfähig sind.

Die Kassenvereinigungen dürfen die vom Gesetz den Krankenkassen überwiesenen Aufgaben nicht übernehmen. Mit Genehmigung der obersten Verwaltungsbehörde dürfen ihnen aber einzelne den Kassenverbänden überlassene Aufgaben übertragen werden. Die Verwendung von Kassenmitteln für Zwecke der Vereinigung bedarf der Zustimmung beider Gruppen im Vorstand, § 414 <sup>3)</sup>.

## K a p i t e l II.

### V e r f a s s u n g d e r K r a n k e n k a s s e n .

#### § 1.

#### U m f a n g .

1. Der Umfang einer Krankenkasse bestimmt sich einerseits nach ihrem räumlichen Bezirk und andererseits nach den Berufsgruppen, für deren Versicherung sie zuständig ist. Orts- und Landkrankenkassen sind nach beiden Richtungen begrenzt: nur bestimmte Personengruppen innerhalb eines bestimmten räumlichen Bezirks gehören ihnen an. Dagegen ist der Mitgliederkreis von Betriebs- und Innungskrankenkassen nur durch die Zugehörigkeit zu gewissen Betrieben, also nur nach der persönlichen Seite umschrieben. Aber auch diese Kassen haben einen räumlich begrenzten Kassenbezirk, der, wenn

---

<sup>1)</sup> Sofern nicht die Verbindlichkeit selbst früher verjährt oder erst nach dem Ausscheiden fällig wird, § 411 Abs. III.

<sup>2)</sup> Durch Satzung oder Übereinkommen kann anders bestimmt werden.

<sup>3)</sup> Vgl. S. 130.

auch nicht für die Zugehörigkeit der Mitglieder, so doch für ihre sonstigen Verhältnisse von Bedeutung sein kann, § 321 <sup>1)</sup>).

2. Soweit der Umfang der Kassen räumlich begrenzt ist, also bei Orts- und Landkrankenkassen, ist für die Zugehörigkeit eines Versicherten der Beschäftigungsort maßgebend, auch wenn der Wohnort nicht mit diesem zusammenfällt, § 234.

Beschäftigungsort ist grundsätzlich der Ort, an dem die Beschäftigung tatsächlich stattfindet. Um aber die Unzuträglichkeiten eines zu häufigen Kassenwechsels zu vermeiden, ist dieser Grundsatz nach folgenden Richtungen durchbrochen:

- a) Einzelne Arbeiten, die an wechselnden Orten außerhalb einer festen Betriebsstätte vorgenommen werden, erscheinen als Ausfluß dieses Betriebs und werden daher als an der Arbeitsstätte (Betriebs-, Dienststätte) verrichtet angesehen. Dies gilt sowohl für Versicherte, die regelmäßig an der Arbeitsstätte beschäftigt werden, wenn sie für ihren Arbeitgeber außerhalb einzelne Arbeiten von geringer Dauer (z. B. Montage einer Maschine) ausführen, als auch für Versicherte, die von der Arbeitsstätte aus mit einzelnen Arbeiten wechselnd in verschiedenen Kassenbezirken beschäftigt werden (z. B. Reisende). Es gilt ferner für Versicherte, die nur für einzelne Arbeiten außerhalb der festen Betriebsstätte angenommen werden, wenn diese und ihr Arbeitsort im Bezirk desselben Versicherungsamts liegen, § 153.

Fehlt eine feste Betriebsstätte (z. B. ein Kaufmann leitet auswärtige Arbeiten von seiner Wohnung aus), so gilt als Beschäftigungsort für die einzelnen Arbeiten der Betriebsitz, § 154.

- b) Hat eine Betriebsverwaltung Versicherte zu einer in verschiedenen Gemeinden wechselnden Beschäftigung (z. B. Eisenbahnbau, Straßenarbeiten) angenommen, so gilt als Beschäftigungsort für diese Beschäftigung der Ort, wo die unmittelbare Leitung der Arbeiten ihren Sitz hat, § 155 <sup>2)</sup>).
- c) Werden Versicherte zu landwirtschaftlicher, in verschiedenen Gemeinden wechselnder Beschäftigung angenommen, so gilt als Beschäftigungsort der Sitz des Betriebes, d. h. der Ort, wo die gemeinsamen oder hauptsächlichen Wirtschaftsgebäude liegen, § 156 <sup>3)</sup>).

Für die Kassenzugehörigkeit von unständig Beschäftigten ist nicht der häufig wechselnde Beschäftigungsort, sondern der Wohnort maßgebend, § 442. Bei Hausgewerbetreibenden entscheidet der Ort ihrer eigenen Betriebsstätte, ohne Rücksicht auf den Betriebsitz des Auftraggebers, § 466. Die Wandergewerbetrei-

<sup>1)</sup> Vgl. z. B. die §§ 193 Abs. III, 219.

<sup>2)</sup> Das Oberversicherungsamt kann anders bestimmen.

<sup>3)</sup> Näheres in den §§ 963, 964.

- benden werden an dem Ort versichert, dessen Polizeibehörde für die Beantragung des Wandergewerbscheins zuständig ist, § 459 <sup>1)</sup>.
3. Um den von der Reichsversicherungsordnung angestrebten größeren Krankenkassen die Vorteile der örtlichen Organisation zu ermöglichen, ist die Zerlegung der Kassen in Sektionen zugelassen. Ihre Errichtung bedarf der Zustimmung des Obergewerksamts. Die Bildung von Sektionen kann entweder für bestimmte Mitgliedergruppen oder für örtliche Bezirke erfolgen. Die Sektionen haben keine eigene Rechtspersönlichkeit, sondern sind nur Verwaltungsabteilungen der Kasse. Die Satzung kann ihnen einen Teil, jedoch höchstens zwei Drittel der Einnahmen und Leistungen zuweisen. Ihre näheren Verhältnisse, namentlich ihre Verfassung, ihre Verwaltung, ihre Aufgaben und ihre Zuständigkeit, bestimmt die Satzung, § 415.

## § 2.

### Organe.

Jede Krankenkasse besitzt als notwendige Organe einen Ausschuß und einen Vorstand. Beide Organe werden aus den Versicherten und beteiligten Arbeitgebern <sup>2)</sup> nach den Grundsätzen der Verhältniswahl auf je vier Jahre gewählt und besorgen die Geschäfte der Kasse ehrenamtlich <sup>3)</sup>. Die Zugehörigkeit zu einem dieser Organe schließt die Zugehörigkeit zu dem andern aus. Werden Ausschußmitglieder in den Vorstand gewählt, so scheiden sie aus dem Ausschuß aus; werden Vorstandsmitglieder in den Ausschuß gewählt, so ist die Wahl ungültig, § 327.

In den Organen sind entsprechend der Verteilung der Beitragslast die Versicherten zu zwei Dritteln, die Arbeitgeber zu einem Drittel vertreten, §§ 332, 335, 338, 341 <sup>4)</sup>. Einer zu weitgehenden Ausschaltung des Einflusses der Arbeitgeber wird dadurch vorgebeugt, daß bei besonders wichtigen Angelegenheiten übereinstimmende Beschlüsse beider Gruppen in den Organen erforderlich sind. <sup>5)</sup> Bei den Betriebskrankenkassen gehört der Arbeitgeber den Organen ohne

<sup>1)</sup> In Preußen der Wohn- oder Aufenthaltsort (Ziffer 63 der Ausführungsanweisung zur Gewerbeordnung vom 1. Mai 1904).

<sup>2)</sup> Als Arbeitgeber beteiligt sind Arbeitgeber, die für ihre versicherungspflichtig Beschäftigten Beiträge zu zahlen haben, und solche Versicherte, die regelmäßig mindestens zwei Versicherungspflichtige beschäftigen, § 332 Abs. II.

<sup>3)</sup> Sie erhalten lediglich Ersatz ihrer baren Auslagen; die Vertreter der Versicherten außerdem Ersatz des entgangenen Arbeitsverdienstes oder statt dessen einen Pauschbetrag für Zeitverlust. Einen solchen Pauschbetrag kann die Satzung auch den Arbeitgebervertretern zubilligen, § 21. Über Wählbarkeit, Wahl, Amtsführung, Haftung, Amtsenthebung usw. vgl. S. 51 ff.

<sup>4)</sup> Die Berechtigung und Zweckmäßigkeit dieser Stimmenverteilung gehört zu den meist unstrittenen Fragen der Krankenversicherung. Der Entwurf zur R.V.O. hatte Verteilung der Stimmen und Beiträge zur Hälfte vorgesehen. Dieser Vorschlag scheiterte aber und es blieb bei der schon bisher bestehenden Verteilung.

<sup>5)</sup> Sogen. *itio in partes*.

weiteres an und vereinigt die sonst auf alle beteiligten Arbeitgeber entfallenden Stimmen auf seine Person, § 338.

Innungskrankenkassen können durch ihre Satzung bestimmen, daß Stimmen (und Beiträge) auf die Arbeitgeber und Versicherten hälftig verteilt werden, § 341 Abs. II.

#### A. Der Ausschuß:

1. Der Ausschuß hat höchstens 90 Mitglieder. Bei Betriebskrankenkassen besteht er aus höchstens 50 Vertretern der Versicherten und dem Arbeitgeber, §§ 332, 338.

Die Vertreter der Arbeitgeber und Versicherten werden von den beteiligten volljährigen Arbeitgebern und volljährigen Versicherten getrennt je aus ihrer Mitte unter Leitung des Vorstands <sup>1)</sup> gewählt. Das Stimmrecht der einzelnen Arbeitgeber wird nach der Zahl ihrer versicherungspflichtig Beschäftigten bemessen <sup>2)</sup>, § 333. Bei Landkrankenkassen wird der Ausschuß nicht von den Arbeitgebern und Versicherten, sondern von der Vertretung des Gemeindeverbandes gewählt, § 336 <sup>3)</sup>. Die Beschäftigung unständiger Arbeiter macht weder wählbar noch wahlberechtigt, § 457 <sup>4)</sup>.

2. Der Ausschuß beschließt über alle Angelegenheiten der Kasse, die nicht das Gesetz, die Satzung oder die Dienstordnung <sup>5)</sup> dem Vorstand zuweist. Die Krankenkassen können also durch ihre Satzung die Zuständigkeit des Ausschusses einschränken <sup>6)</sup>. Bestimmte Angelegenheiten müssen aber dem Ausschuß vorbehalten bleiben. Diese Reservatrechte sind hauptsächlich, § 345:

- a) Vertretung der Kasse gegenüber den Vorstandsmitgliedern (z. B. bei Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen aus der Haftung des Vorstands),
- b) Prüfung des Voranschlags und Abnahme der Jahresrechnung,

---

<sup>1)</sup> Die erste Wahl leitet das Versicherungsamt; spätere nur, wenn kein Vorstand vorhanden ist.

<sup>2)</sup> Die Satzung kann mit Zustimmung des Oberversicherungsamtes das Stimmrecht abstufen und eine Höchstzahl vorschreiben, § 333 Abs. III. Sie kann auch bestimmen, daß nach Bezirken oder Berufsgruppen gewählt wird, § 334 Abs. II.

<sup>3)</sup> Durch Landesgesetz kann angeordnet werden, daß wie zu den Ortskrankenkassen gewählt wird. Die Landesregierung kann auch unter bestimmten Voraussetzungen das Wahlrecht den Vertretungen der einzelnen Gemeinden übertragen; vgl. § 336.

<sup>4)</sup> Bei Betriebskrankenkassen sind Mitglieder, welche die Versicherung freiwillig fortsetzen, weder wählbar noch wahlberechtigt, § 340. Bei allen Krankenkassen kann die Satzung Arbeitgeber, die mit der Beitragszahlung rückständig sind, von der Wählbarkeit und Wahlberechtigung ausschließen, § 337.

<sup>5)</sup> Vgl. S. 137.

<sup>6)</sup> Diese Beschränkung kann soweit gehen, daß der Vorstand über alles beschließt, was nicht ausdrücklich dem Ausschuß vorbehalten ist. Die vom Gesetz dem Vorstand ausdrücklich übertragene Zuständigkeit (insbesondere die laufende Verwaltung) darf aber nicht zugunsten des Ausschusses beschränkt werden.

- c) Beschlüsse über Vereinbarungen und Verträge mit anderen Kassen und über die Errichtung von Melde- und Zahlstellen,
  - d) Änderungen der Satzung, Erlaß einer Krankenordnung, Regelung der Beitragsleistung, der Entschädigungsleistung und der Krankenüberwachung von Mitgliedern außerhalb des Kassenbereiches, §§ 347, 348,
  - e) Auflösung der Kasse und Vereinigung mit anderen Kassen,
  - f) Zustimmung zu der vom Vorstand aufgestellten oder geänderten Dienstordnung für Angestellte und zu Vorstandsbeschlüssen über die Errichtung von Krankenhäusern und Genesungsheimen, § 346 Abs. II.
3. Die Geschäftsordnung des Ausschusses wird durch die Satzung und seine eigenen Beschlüsse geregelt. Seine Sitzungen sind nicht öffentlich, § 11. Die Abstimmung erfolgt regelmäßig ohne Rücksichtnahme auf die Zugehörigkeit der Vertreter zur Gruppe der Arbeitgeber oder Versicherten. Nur in einigen besonders wichtigen Fällen verlangt das Gesetz zur Sicherung der Arbeitgeber getrennte Abstimmung, so daß also zu einem gültigen Beschluß eine Mehrheit in beiden Gruppen vorhanden sein muß. Solche Fälle sind z. B.:
- a) Die Auflösung der Kasse und ihre Vereinigung mit anderen Kassen, § 345.
  - b) Satzungsänderungen, soweit sie nicht von den Versicherungsbehörden angeordnet sind oder die Leistungen und Beiträge betreffen. Die Festsetzung der Leistungen und Beiträge erfolgt also in ungetrennter Abstimmung und ist damit dem überwiegenden Einfluß der Versicherten überlassen. Nur soweit die Beiträge bestimmte Höchstgrenzen ( $4\frac{1}{2}$  bzw. 6 v. H. des Grundlohnes; vgl. S. 141) übersteigen, sind übereinstimmende Beschlüsse beider Gruppen erforderlich, § 345 Abs. III.
  - c) Die Wahlen zum Vorstand, § 335.
- B. Der Vorstand.
1. Der Vorstand besteht aus mindestens 3 Mitgliedern. Diese werden von den Vertretern der Arbeitgeber und Versicherten im Ausschuß getrennt je aus ihrer Gruppe gewählt, § 335. Bei Landkrankenassen steht das Wahlrecht der Vertretung des Gemeindeverbandes zu, § 331 <sup>1)</sup>.
- An der Spitze des Vorstandes steht ein Vorsitzender. Dieser wird bei den Ortskrankenassen von den Vorstandsmitgliedern aus ihrer Mitte gewählt. Zur Wahl ist die Mehrheit beider Gruppen im Vorstand erforderlich. Kommt diese Mehrheit bei der

<sup>1)</sup> Durch Landesgesetz kann angeordnet werden, daß auch die Vorstandswahl wie bei der Ortskrankenasse erfolgt, § 336 Abs. III; vgl. auch die §§ 331 Abs. II, 336 Abs. II.

Wahl nicht zustande und findet sie sich auch bei Wiederholung der Wahl an einem anderen Tage nicht, so bestellt das Versicherungsamt einen Vertreter <sup>1)</sup>, der bis zur Vornahme einer gültigen Wahl die Stelle des Vorsitzenden auf Kosten der Kasse einnimmt. Die Wahl des stellvertretenden Vorsitzenden erfolgt in ungetrennter Wahlhandlung, §§ 328, 329, 330.

Bei den Landkrankenstellen wählt die Vertretung des Gemeindeverbands auch den Vorsitzenden und seine Stellvertreter aus den beteiligten Arbeitgebern und Versicherten, § 331. Bei den Betriebskrankenstellen ist der Arbeitgeber oder sein Vertreter Vorsitzender, § 338 Abs. II. Bei den Innungskrankenkassen bestellt ihn die Innung aus den Vorstandsmitgliedern, § 341.

2. Die Obliegenheiten des Vorstandes sind hauptsächlich:
  - a) Die gerichtliche und außergerichtliche Vertretung der Kasse. Er hat die Stellung eines gesetzlichen Vertreters. Die Satzung kann auch einzelne Vorstandsmitglieder zur Vertretung ermächtigen und die Vertretungsmacht mit Wirkung gegen Dritte insoweit beschränken, als es das Gesetz zuläßt, § 5. Ausnahmsweise müssen bei Erwerb, Veräußerung und Belastung von Grundstücken zur Vertretung der Kasse Vorstand und Ausschuß zusammenwirken, § 346.
  - b) Die Führung der gesamten laufenden Verwaltung, soweit das Gesetz nichts anderes vorschreibt. Hierin kann der Vorstand nicht etwa zugunsten des Ausschusses beschränkt werden. Entsteht Streit über die Verteilung der Zuständigkeit, so entscheidet die Aufsichtsbehörde, § 33.
3. Die Geschäftsordnung des Vorstandes wird durch die Satzung und seine eigenen Beschlüsse geregelt. Seine Sitzungen sind nicht öffentlich, § 11. In eiligen Fällen kann er schriftlich abstimmen, § 7. In einigen Ausnahmefällen schreibt das Gesetz getrennte Abstimmung beider Gruppen vor, so z. B. bei Anstellung von Angestellten, bei der Aufstellung der Dienstordnung und bei Verwendung von Kassenmitteln für Kassenvereinigungen, §§ 349, 355, 414.

Der Vorsitzende leitet die Verhandlung und gibt bei Stimmgleichheit den Ausschlag, § 9. Er hat die Pflicht, gesetzwidrige Beschlüsse der Organe durch Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde zu beanstanden, § 8 <sup>2)</sup>.

- C. Weigern sich die Wahlberechtigten, zu den Kassenorganen zu wählen, so bestellt der Beschlußausschuß des Versicherungsamts die erforderlichen Mitglieder oder Vertreter. Weigern sich die Organe

<sup>1)</sup> Auf Beschwerde entscheidet das Oberversicherungsamt endgültig. Ein Arbeitgeber oder Arbeitnehmer darf nur dann bestellt werden, wenn die Arbeitnehmer oder Arbeitgeber nicht widersprechen. Wer aber nur Dienstboten oder unständige Arbeiter beschäftigt, gilt nicht als Arbeitgeber, § 329.

<sup>2)</sup> Diese Beschwerde bewirkt ausnahmsweise Aufschub.

die ihnen obliegenden Geschäfte auszuführen, so nimmt sie das Versicherungsamt selbst oder durch Beauftragte auf Kosten der Kasse wahr, § 379.

### § 3.

#### Mitglieder.

Mitglieder einer Krankenkasse sind die bei ihr versicherten Personen, also die Arbeitnehmer. Die Arbeitgeber sind zwar im gewissen Umfange bei der Kassenverwaltung beteiligt, aber keine Mitglieder.

1. Erwerb und Verlust der Mitgliedschaft sind wegen ihrer Bedeutung für die Entstehung eines Entschädigungsanspruchs im ersten Abschnitt behandelt worden (vgl. S. 77 ff.).

Die Mitgliedschaft kann nicht gleichzeitig bei mehreren Kassen bestehen. Auch Mitgliedschaft bei den reichsgesetzlichen und knappschaftlichen Krankenkassen schließt sich aus, § 225 Abs. II. Wird ein Kassenmitglied (z. B. durch Wechsel der Beschäftigung) Mitglied einer anderen Kasse, so erlischt seine bisherige Mitgliedschaft, § 312. Steht ein Versicherter gleichzeitig in verschiedenen versicherungspflichtigen Verhältnissen, die Zugehörigkeit zu verschiedenen Kassen bedingen würden, so entscheidet die überwiegende Beschäftigung und im Zweifel das zuerst eingegangene Beschäftigungsverhältnis, § 309<sup>1)</sup>.

2. Die Mitgliedschaft ist nach zwei Richtungen von Bedeutung:

- a) Sie berechtigt die Mitglieder, sich an dem verfassungsmäßigen Leben der Kasse, besonders an den Wahlen, zu beteiligen. Diese Beteiligung ist aber bei den einzelnen Kassenarten in verschiedener Stärke ausgebildet und unterliegt bei gewissen Mitgliedergruppen Beschränkungen<sup>2)</sup>.
- b) Sie ist die Grundlage für die Entstehung von Entschädigungsansprüchen. Entsteht ein Entschädigungsanspruch, so richtet er sich stets gegen die Kasse, deren Mitglied der Versicherte ist. Tritt während des Bezuges von Leistungen ein Wechsel der Mitgliedschaft ein<sup>3)</sup>, so übernimmt die neue Kasse die Entschädigung nach ihrer Satzung an Stelle der alten Kasse. Die Zeitdauer, während der das übergetretene Mitglied von seiner bisherigen Kasse entschädigt worden ist, wird ihm auf die Dauer der Entschädigung durch die neue Kasse so angerechnet, als sei er schon bisher von der neuen Kasse nach ihrer eigenen Satzung entschädigt worden. Etwaige Mehrleistungen der neuen Kasse erhält der Übergetretene aber nur, wenn er schon bei seiner bisherigen Kasse Anspruch auf Mehrleistungen erworben hatte, § 212.

<sup>1)</sup> Der Bundesrat kann näheres bestimmen.

<sup>2)</sup> Z. B. Beschränkungen der Wahlfähigkeit; vgl. § 340.

<sup>3)</sup> Z. B. durch Wechsel der Beschäftigung, wenn keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Aber auch bei Arbeitsunfähigkeit ist Wechsel der Kasse möglich, z. B. bei Organisationsveränderungen während der Fortdauer des Beschäftigungsverhältnisses.



Die entschädigungspflichtige Kasse hat regelmäßig auch die Entschädigungslast allein zu tragen. Nur bei Wochenhilfeleistungen kann sie von anderen Krankenkassen, knappschaftlichen Krankenkassen oder Ersatzkassen, deren Mitglied die Wöchnerin während des letzten Jahres gewesen ist, Ersatz ihrer Leistungen nach dem Verhältnis der Dauer der Mitgliedschaft verlangen, § 197<sup>1)</sup>. Bei Streit über diese Erstattung entscheidet das Versicherungsamt im Spruchverfahren, § 224.

3. Die Mitgliedschaft ist von der Anmeldung bei der Kasse nicht abhängig. Die Kasse muß aber zur geordneten Geschäftsführung, insbesondere zur Beitragserhebung, von ihren Mitgliedern Kenntnis haben. Das Gesetz legt den Arbeitgebern daher Meldepflichten auf<sup>2)</sup>, welche diese auf Betriebsbeamte oder andere Angestellte ihres Betriebs übertragen können, § 534.

Zu melden ist Ein- und Austritt jedes Beschäftigten, der zur Mitgliedschaft bei einer Orts-, Land- oder Innungskrankenkasse verpflichtet ist; ebenso Änderungen des Beschäftigungsverhältnisses, welche die Versicherungspflicht oder Beitragsleistung berühren. Die Meldung kann unterbleiben, wenn die Beschäftigung auf weniger als eine Woche unterbrochen wird und die Beiträge fortentrichtet werden. Den näheren Inhalt der Meldungen regelt die Satzung. Auch die oberste Verwaltungsbehörde kann über Form und Inhalt Vorschriften erlassen, §§ 317, 318.

Die Meldungen haben jeweils binnen 3 Tagen zu erfolgen<sup>3)</sup>, und sind an die in der Satzung bestimmte Meldestelle zu richten, § 317. Das Versicherungsamt kann aber auch innerhalb seines Bezirks für alle oder mehrere Orts-, Land- oder Innungskrankenkassen gemeinsame Meldestellen errichten oder deren Geschäfte mit Genehmigung der Gemeindeaufsichtsbehörde den Ortsbehörden übertragen. Die Kosten werden auf die beteiligten Kassen umgelegt, § 319.

Vorsätzliche und fahrlässige Unterlassung der Anmeldung und sonstige Verletzungen der Meldepflichten sind mit Geldstrafen

<sup>1)</sup> Diese Bestimmung soll die Abschiebung weiblicher Versicherten vor ihrer Niederkunft verhindern.

<sup>2)</sup> Die Meldepflichten liegen auch den Hausgewerbetreibenden neben ihrer Verpflichtung, sich zum Verzeichnis zu melden (vgl. S. 78) ob, wenn sie regelmäßig mindestens 2 hausgewerbliche Versicherungspflichtige, abgesehen von ihren Angehörigen, beschäftigen. Die Haftung für das Mehrfache des Rückstands greift aber bei ihnen nicht Platz, § 531 Abs. II.

Besonders vereinfacht sind die Meldungen bei den Wandergewerbetreibenden. Sie melden ihre versicherungspflichtigen Beschäftigten (vgl. S. 67), die sie von Ort zu Ort mit sich führen, bei der zuständigen (vgl. S. 126, 127) Landkrankenkasse nur der Zahl nach an. Die Beiträge werden also nicht für bestimmte Personen, sondern nur für eine bestimmte Zahl von Personen gezahlt, und eine Neumeldung ist nur bei Überschreitung dieser Zahl durch Ausdehnung der Mitführungserlaubnis auf weitere Personen (§ 62 der Gewerbeordnung) erforderlich. Diese nachträgliche Anmeldung wird durch Vermittlung der für die Ausdehnung zuständigen Behörde gemacht, § 459. Vgl. auch S. 145.

<sup>3)</sup> Die Satzung kann die Frist über den dritten Tag hinaus bis zum letzten Werktag der Kalenderwoche erstrecken, § 317 Abs. II Satz 2.

bedroht, die das Versicherungsamt verhängt. Auf Beschwerde entscheidet das Oberversicherungsamt endgültig, § 530. Rückständige Beiträge werden unabhängig von der Strafe nachträglich eingezogen. Die Kasse kann dem Bestraften außerdem die Zahlung des ein- bis fünffachen Rückstandes auferlegen und diesen Betrag wie Gemeindeabgaben betreiben, § 531<sup>1)</sup>. Die unterlassene Abmeldung bringt insofern Nachteil, als die Beiträge bis zur vorschriftsmäßigen Abmeldung fortzuentrichten sind, § 397.

4. Wird ein Versicherungspflichtiger<sup>2)</sup> irrtümlich bei einer unzuständigen Kasse gemeldet, so wird er, auch wenn ihn diese Kasse nicht zurückweist, nicht ihr Mitglied. Um aber Unzuträglichkeiten zu vermeiden, muß die Kasse solche Personen wie Mitglieder behandeln, wenn sie nach vorschriftsmäßiger Anmeldung 3 Monate ununterbrochen und unbeanstandet die Beiträge entgegengenommen hat. Diese Verpflichtung ist eine endgültige. Die Kasse kann daher von der tatsächlich zuständigen Kasse keinen Ersatz ihrer Leistungen verlangen. Ebenso wenig kann der Versicherte von dieser etwaige Mehrleistungen beanspruchen.

Die Verpflichtung endet, wenn sich das Beschäftigungsverhältnis auf Grund dessen die Anmeldung erfolgt ist, ändert oder die Kasse den Versicherten oder seinen Arbeitgeber schriftlich an eine andere Kasse verweist. Bestreitet diese seine Zugehörigkeit, so muß die alte Kasse bis zur Entscheidung vorbehaltlich späteren Ersatzes die Beiträge annehmen und die Leistungen gewähren, §§ 315, 316.

Über Ersatz zu Unrecht gewährter Leistungen zwischen Krankenkassen entscheidet das Versicherungsamt im Spruchverfahren, § 224<sup>3)</sup>.

#### § 4.

##### Satzung.

- a) Jede Krankenkasse muß eine Satzung haben, in der ihre Verfassung und Verwaltung näher geregelt wird.

---

<sup>1)</sup> Bei Übertragung der Meldepflicht auf Stellvertreter trifft diese sowohl die Strafe als die Haftung für die Rückstände. Daneben ist aber der Arbeitgeber selbst verantwortlich, wenn die Zuwiderhandlung mit seinem Wissen geschehen ist, oder wenn er bei Auswahl und Beaufsichtigung des Stellvertreters nicht die erforderliche Sorgfalt beobachtet hat. Im letzteren Falle darf aber nur auf Geldstrafe erkannt werden, § 534. Bei juristischen Personen liegen die Pflichten des Arbeitgebers den Vorstandsmitgliedern ob, bei Gesellschaften m. b. H. den Geschäftsführern, bei anderen Handelsgesellschaften den persönlich haftenden, nicht von der Geschäftsführung ausgeschlossenen Gesellschaftern und bei Geschäftsunfähigen dem gesetzlichen Vertreter; vgl. § 536.

<sup>2)</sup> Treten Versicherungsberechtigte unzuständigen Kassen bei, so entsteht eine derartige formale Mitgliedschaft nicht. Die geleisteten Beiträge können aber nach den bürgerlichrechtlichen Vorschriften über ungerechtfertigte Bereicherung (§§ 812 ff. BGB.) zurückgefordert werden.

<sup>3)</sup> Es handelt sich hier aber stets um Ansprüche tatsächlich Versicherungspflichtiger an eine unzuständige Kasse. Über den Fall, daß überhaupt keine Versicherungspflicht besteht, vgl. oben S. 81, 82.

Die Satzung wird errichtet, bevor die Kasse ins Leben tritt. Die Errichtung geschieht bei Orts- und Landkrankenstellen durch den Gemeindeverband nach Anhörung beteiligter Arbeitgeber und Versicherter, bei Betriebskrankenstellen durch den Arbeitgeber nach Anhörung von Beschäftigten und bei Innungskrankenstellen durch die Innungsversammlung unter Beteiligung des Gesellenausschusses. Soweit eine Kasse zwangsweise errichtet wird, stellt das Versicherungsamt für sie die Satzung fest, § 320<sup>1)</sup>.

Die Satzung muß einen bestimmten Inhalt haben. Zu diesen notwendigen Bestimmungen gehören hauptsächlich die Feststellung des Kassenbezirks und des Mitgliederkreises und Bestimmungen über Namen, Sitz, Art und Umfang der Leistungen, Höhe der Beiträge, Zahlungszeit, Zusammensetzung, Rechte und Pflichten der Organe, Aufstellung der Jahresrechnung und Satzungsänderungen, § 321<sup>2)</sup>. Außerdem kann die Satzung die Verhältnisse der Kasse freiwillig innerhalb des gesetzlichen Rahmens näher regeln, z. B. Mehrleistungen einführen oder die Geschäftsverteilung ordnen. Unzulässig sind Satzungsbestimmungen, die den gesetzlichen Vorschriften zuwiderlaufen oder nicht im Zweck der Kasse liegen, § 323<sup>3)</sup>.

Die Satzung und jede Änderung der Satzung bedarf der Genehmigung des Oberversicherungsamts. Diese Genehmigung darf nicht aus Zweckmäßigkeitsgründen, sondern nur dann versagt werden, wenn die Satzung den gesetzlichen Vorschriften nicht genügt, also hauptsächlich, wenn sie nicht vorschriftsmäßig zustande gekommen ist, oder wenn eine notwendige Bestimmung fehlt oder eine unzulässige Bestimmung getroffen ist. Die Versagung erfolgt durch die Beschlußkammer und ist zu begründen, § 324.

Wird die Satzung zu Unrecht genehmigt, so werden gesetzwidrige Bestimmungen dadurch nicht wirksam. Sobald sich der Mangel herausstellt, ordnet die Beschlußkammer des Oberversicherungsamts die erforderliche Änderung an und vollzieht sie selbst, wenn sie der Ausschuß nicht binnen Monatsfrist nach der endgültigen Anordnung beschließt. Ebenso wird verfahren, wenn endgültig angeordnete Satzungsänderungen, die nach dem Gesetz (z. B. bei Organisationsänderungen) erforderlich werden, nicht rechtzeitig vollzogen werden, § 326.

Außer der Satzung selbst bedürfen gewisse in ihr getroffene Bestimmungen noch einer besonderen Genehmigung oder Zustimmung<sup>4)</sup>

<sup>1)</sup> Anders in der Invaliden- und Hinterbliebenen- und in der Unfallversicherung, wo die Satzung vom Versicherungsträger selbst erlassen wird.

<sup>2)</sup> Bei Orts-, Land- und Innungskrankenstellen auch die Bezeichnung der Meldestelle, § 322.

<sup>3)</sup> Streit über die Auslegung der Satzung entscheidet das Versicherungsamt als Aufsichtsbehörde, § 33.

<sup>4)</sup> Bei Genehmigung wird nur die Rechtmäßigkeit, bei Zustimmung auch die Zweckmäßigkeit der Bestimmung geprüft. Dieser Sprachgebrauch ist aber in der RVO. nicht durchweg festgehalten.

des Obergversicherungsamts, der obersten Verwaltungsbehörde oder des beteiligten Gemeindeverbandes <sup>1)</sup>). Von dem Nachweis dieser Genehmigung oder Zustimmung hängt dann die allgemeine Genehmigung der Satzung ab. Soweit das Obergversicherungsamt für eine derartige besondere Genehmigung zuständig ist, darf sie nur durch die Beschlußkammer versagt werden, deren Entscheidung endgültig ist, § 324 Abs. III.

Die Errichtung der Kasse selbst fällt nicht mit der Genehmigung der Satzung zusammen. Das Obergversicherungsamt bestimmt aber bei der Genehmigung zugleich, wann die Kasse ins Leben tritt, § 324 <sup>2)</sup>). Änderungen der Satzung werden, wenn nichts anderes bestimmt wird, mit ihrer Genehmigung wirksam. Auf bereits entstandene Entschädigungsansprüche haben sie regelmäßig keinen Einfluß; es kann aber bestimmt werden, daß Erhöhungen der Leistungen (mit Ausnahme von Änderungen des Grundlohns) auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle wirksam werden, § 211.

Jedes Mitglied erhält unentgeltlich einen Abdruck der Satzung, ebenso auf Antrag jeder Arbeitgeber, der Mitglieder beschäftigt, § 325.

- b) Außer der Satzung muß jede Krankenkasse eine Krankenordnung haben, die der Ausschuß erläßt.

Die Krankenordnung regelt Meldung und Überwachung der Kranken und ihr Verhalten. Sie bedarf der Genehmigung des Versicherungsamts. Wird diese versagt, so entscheidet auf Beschwerde die Beschlußkammer des Obergversicherungsamts endgültig. Erläßt eine Kasse keine Krankenordnung, so wird diese nach vergeblicher Aufforderung durch das Versicherungsamt durch das Obergversicherungsamt rechtsverbindlich festgesetzt, § 347.

Bei Übertretung der Krankenordnung kann der Vorstand Ordnungsstrafen bis zum dreifachen Betrag des täglichen Krankengeldes für jeden Übertretungsfall festsetzen. Auf Beschwerde entscheidet das Versicherungsamt endgültig, § 529. Die Strafen werden wie Gemeindeabgaben beigetrieben und fließen in das Vermögen der Kasse, §§ 146, 28.

### Kapitel III.

## Verwaltung der Krankenkassen.

Die Krankenkassen besitzen das Recht der Selbstverwaltung, d. h. sie erledigen ihre Angelegenheiten als eigene ohne unmittelbare Einwirkung des Staats. Sie bestellen selbst ihre Angestellten (§ 1) und haben ihre eigene Finanzverwaltung (§§ 2, 3). Nur an den gesetzlichen Vorschriften findet ihr Selbstbestimmungsrecht seine Grenze.

<sup>1)</sup> Z. B. §§ 333 Abs. III, 384 Abs. IV, 403, 421, 423, 428, 450 Abs. I, 455, 483, 484.

<sup>2)</sup> Mit diesem Tage beginnt auch die Mitgliedschaft bei neuerrichteten Betriebs- und Innungskrankenkassen, §§ 307, 308.

Die Einhaltung dieser Grenze unterliegt der Aufsicht des Staats. Aufsichtsbehörde ist das Versicherungsamt, soweit es sich aber um die Gewährung einer genügenden Krankenpflege handelt, das Oberversicherungsamt, §§ 377, 528, 372 bis 375. Die Aufsicht erstreckt sich auf die Beobachtung des Gesetzes, der Satzung, der Dienst- und der Krankenordnung; in reinen Zweckmäßigkeitsfragen greift sie nicht Platz <sup>1)</sup> <sup>2)</sup>.

### § 1.

#### Angestellte.

Die Krankenkassen bedürfen besonderer Angestellten, die als besoldete Gehilfen der ehrenamtlich tätigen Organe die Geschäfte der Kasse führen.

1. Die Angestellten der Orts-, Land- und Innungskrankenkassen werden durch übereinstimmende Beschlüsse beider Gruppen im Vorstand angestellt. Kommt bei zweimaliger Beschlußfassung eine Einigung nicht zustande, so kann die Anstellung nur beschlossen werden, wenn mehr als zwei Drittel der Anwesenden dafür stimmen und das Versicherungsamt ihren Beschluß bestätigt. Es darf die Bestätigung nur auf Grund von Tatsachen versagen, die auf Fehlen der erforderlichen Zuverlässigkeit, insbesondere für eine unparteiische Wahrnehmung der Dienstgeschäfte, oder auf Unfähigkeit schließen lassen. Bei Versagung entscheidet auf Beschwerde die Beschlußkammer des Oberversicherungsamts endgültig, § 349. Kommt keine gültige Anstellung zustande, so bestellt das Versicherungsamt auf Kosten der Kasse widerruflich die erforderlichen Personen. Haben diese die Geschäfte ein Jahr lang geführt, ohne daß inzwischen ein gültiger Anstellungsbeschluß gefaßt worden ist, so kann ihnen das Versicherungsamt mit Genehmigung des Oberversicherungsamts die Stelle endgültig übertragen, § 350.

Die Angestellten sind entweder Beamte oder sonstige Angestellte.

- a) Beamte der Kasse sind einmal die Angestellten, welche schon nach Landesrecht staatliche oder gemeindliche Beamte sind. Der Vorstand kann aber auch mit Genehmigung des Oberversicherungsamts Beamte auf Lebenszeit oder nach Landesrecht unwiderruflich oder mit dem Anrecht auf Ruhegehalt anstellen <sup>3)</sup>.

<sup>1)</sup> Wird die Beschwerde gegen eine Anordnung des Versicherungsamts darauf gestützt, daß die Anordnung rechtlich nicht begründet sei oder den Beschwerdeführer in einem Recht verletze oder mit einer rechtlich nicht begründeten Verbindlichkeit belaste, so entscheidet die Beschlußkammer des Oberversicherungsamts, § 377 Abs. II.

<sup>2)</sup> Näheres über Selbstverwaltung vgl. S. 55, 56; über Aufsicht S. 58 ff. und außerdem die §§ 367, 377 Abs. III, 378.

<sup>3)</sup> Bei Kassen mit mehr als 10 000 Mitgliedern kann das Oberversicherungsamt nach Anhörung des Vorstands anordnen, daß mindestens die Geschäftsleiter in dieser Weise angestellt werden. Der Vorstand hat gegen diese Anordnung Beschwerde an die oberste Verwaltungsbehörde.

Die geschäftsleitenden Beamten und Angestellten nehmen eine besondere Stellung ein. Sie sind zivil- und strafrechtlich wie die Mitglieder der Organe

Den auf diese Weise angestellten Beamten kann die Landesregierung die Rechte und Pflichten der staatlichen oder gemeindlichen Beamten übertragen. Soweit die Beamten diese Stellung einnehmen, regeln sich ihre Verhältnisse nach den allgemeinen Bestimmungen, die für die entsprechenden staatlichen oder Gemeindebeamten gelten. Macht der Vorstand einem Beamten gegenüber von seinem Entlassungsrecht trotz Vorliegens eines wichtigen Grundes keinen Gebrauch, so kann ihn das Versicherungsamt dazu anhalten, § 359.

- b) Die Verhältnisse der übrigen Angestellten, die weder Beamte sind, noch die Rechte und Pflichten solcher besitzen, werden durch eine Dienstordnung geregelt <sup>1)</sup>. Diese wird nach Anhörung der volljährigen Angestellten vom Vorstand aufgestellt und bedarf der Zustimmung des Ausschusses und der Genehmigung des Oberversicherungsamts. Sowohl im Vorstand als im Ausschuß beschließen Arbeitgeber und Versicherte getrennt über die Dienstordnung. Soweit sich beide Gruppen in den Organen nicht einigen, entscheidet das Oberversicherungsamt; im übrigen darf es seine Genehmigung nur aus einem wichtigen Grund versagen, besonders wenn die Zahl und Besoldung der Angestellten in einem auffälligen Mißverhältnis zu ihren Aufgaben steht. Reicht eine Kasse trotz Aufforderung keine Dienstordnung ein, so stellt sie das Oberversicherungsamt endgültig fest, §§ 351, 355. Bei der Genehmigung oder Feststellung bestimmt das Oberversicherungsamt auch, wie und bis wann die Dienstordnung den Angestellten bekannt zu machen ist. Mit Ablauf eines Monats nach diesem Tag tritt sie in Kraft, Art. 33.

Die Dienstordnung regelt die Rechte und allgemeinen Dienstverhältnisse der Angestellten, besonders den Nachweis ihrer fachlichen Befähigung, die Art der Anstellung, die Kündigung und Entlassung und die Festsetzung von Strafen, § 352. Sie enthält einen Besoldungsplan, der auch die Fortzahlung des Gehaltes bei unverschuldeter Arbeitsbehinderung, das Aufsteigen im Gehalt, die Bedingungen für Ruhegehalt und Hinterbliebenenfürsorge <sup>2)</sup> und die Voraussetzungen der Beförderung regeln muß, § 353.

Bestimmungen des Anstellungsvertrags, die der Dienstordnung zuwiderlaufen, sind nichtig. Beschlüsse des Vorstands oder Ausschusses, die gegen die Dienstordnung verstoßen, hat

---

verantwortlich, haften also für getreue Geschäftsführung wie Vormünder ihrem Mündel und werden bei vorsätzlicher Benachteiligung der Kasse mit Gefängnis bestraft, §§ 361, 535, 23.

<sup>1)</sup> Für Angestellte, die nur zur Probe, zur vorübergehenden Dienstleistung oder zur Vorbereitung beschäftigt werden, oder die das Amt nebenher ohne Entgelt ausüben, gilt die Dienstordnung nur insoweit, als sie es ausdrücklich vorsieht, § 351 Abs. II.

<sup>2)</sup> Vgl. auch § 360.

der Vorsitzende des Vorstands durch Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde zu beanstanden, § 357 <sup>1)</sup>).

Die Angestellten, die der Dienstordnung unterstehen sollen, werden durch schriftlichen Vertrag angestellt. Ihre Kündigung oder Entlassung darf nur auf übereinstimmenden Beschluß beider Gruppen im Vorstand und, wenn ein solcher Beschluß nicht zustande kommt, auf Beschluß der Vorstandsmehrheit mit Zustimmung des Vorsitzenden des Versicherungsamts erfolgen. Nach zehnjähriger Beschäftigung ist sie nur bei einem wichtigen Grunde zulässig. Eine religiöse und politische Betätigung außerhalb der Dienstgeschäfte und die Ausübung des Vereinsrechts dürfen, soweit sie nicht gegen die Gesetze verstoßen, nicht gehindert werden und bilden an sich keinen Grund zur Kündigung oder Entlassung. Mißbrauchen Angestellte aber ihre dienstliche Stellung oder ihre Dienstgeschäfte zu einer religiösen oder politischen Betätigung, so sind sie vom Vorsitzenden des Vorstands zu verwarnen und bei Wiederholung nach vorheriger Anhörung sofort zu entlassen. Die Entlassung bedarf der Genehmigung des Vorsitzenden des Versicherungsamts, § 354. Macht der Vorstand trotz Vorliegens eines wichtigen Grundes von seinem Kündigungs- oder Entlassungsrecht keinen Gebrauch, so kann ihn das Versicherungsamt dazu anhalten, § 357 Abs. II <sup>2)</sup>).

Streitigkeiten aus dem Dienstverhältnis der Angestellten, die der Dienstordnung unterstehen, entscheidet der Beschlußausschuß des Versicherungsamts und auf Beschwerde endgültig das Oboversicherungsamt <sup>3)</sup>. Bei vermögensrechtlichen Ansprüchen ist, soweit es sich nicht um Geldstrafen handelt, der Rechtsweg zulässig. Die Angehörung der ordentlichen Gerichte setzt aber die Erschöpfung des disziplinären Instanzenzuges voraus. Die Klage kann nur binnen einer Notfrist von einem Monat nach der Zustellung der Entscheidung des Oboversicherungsamts erhoben werden. An die Entscheidung der Versicherungsbehörden, ob unter Einhaltung einer Kündigungsfrist aus einem wichtigen Grunde gekündigt werden darf, sind die ordentlichen Gerichte gebunden, § 358.

Das Verfahren bei Entlassung eines Angestellten wegen eines Vergehens gegen die Dienstordnung oder wegen politischen oder religiösen Mißbrauchs seiner Stellung ist in den §§ 63 bis 72 V.A. O. und den §§ 43, 45 O.V.A. O. entsprechend den Vorschriften des Reichsbeamtengesetzes näher geregelt. Der entlassene Angestellte ist von dem Vorsitzenden des Versicherungsamts zu ver-

<sup>1)</sup> Diese Beschwerde bewirkt Aufschub.

<sup>2)</sup> Über diese Anordnung entscheidet auf Beschwerde die Beschlußkammer des Oboversicherungsamts endgültig.

<sup>3)</sup> Aus den rechtskräftigen Entscheidungen der Versicherungsbehörden findet Zwangsvollstreckung nach den Vorschriften der Zivilprozeßordnung statt, § 358 Abs. V.

nehmen. Die höhere Verwaltungsbehörde ernennt einen oder mehrere Beamte, welche die Verrichtungen der Staatsanwaltschaft wahrnehmen, insbesondere nach Vorbereitung der Sache eine Anschuldigungsschrift anfertigen. Die Krankenkasse und der Angestellte können sich vertreten lassen. Der Beschlußausschuß entscheidet stets auf Grund mündlicher Verhandlung in freier Würdigung der Beweise. Er kann die Entlassung bestätigen oder aufheben und im letzteren Fall auch eine in der Dienstordnung vorgesehene Geldstrafe aussprechen. Die Beschwerde steht auch dem Beamten der Staatsanwaltschaft zu. Das Verfahren vor dem Beschwerdegericht entspricht dem in erster Instanz; jedoch dürfen neue Tatsachen, welche die Grundlage einer anderen Beschuldigung bilden, vor dem Oberversicherungsamt nicht mehr vorgebracht werden<sup>1)</sup>.

2. Bei den Betriebskrankenkassen bestellt der Arbeitgeber auf seine Kosten und Verantwortung die für die Geschäftsführung erforderlichen

- <sup>1)</sup> Die RVO. will die einheitliche Regelung der Angestelltenverhältnisse im öffentlichen Interesse möglichst schnell und umfassend durchführen. Das Einf.-Ges. sieht daher eingehende Übergangsvorschriften vor.
- a) Die Vorschriften für die Angestellten, die künftig der Dienstordnung unterstehen sollen, sind, abgesehen von den Vorschriften über die Dienstordnung selbst, sofort in Kraft getreten. (Wegen der näheren Regelung in der Übergangszeit vgl. Art. 38 und die Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 1. August 1911, R.G.Bl. 1911, S. 863.)
- b) Die Dienstordnung und die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über die ihr unterstellten Angestellten erfassen auch die beim Erlaß der Dienstordnung bereits vorhandenen Angestellten, soweit sie nicht bis zu ihrem Inkrafttreten kündigen. Tun sie das, so endet ihr Dienstverhältnis mit dem Ablauf von 6 Monaten, ohne daß sie bis dahin der Dienstordnung unterfallen, Art. 34. Die Bezüge der vorhandenen Angestellten müssen nach dem Besoldungsplan neu geordnet werden. Bleiben sie hinter seinen Sätzen zurück, so werden sie ohne weiteres erhöht. Übersteigen sie den Satz des Besoldungsplans, so werden sie nur dann fortbezahlt, wenn sie vor dem 1. Januar 1908 oder nach einer vor diesem Tag aufgestellten Dienstordnung in dieser Höhe vereinbart worden sind, wenn es die Dienstordnung vorsieht oder wenn der Beschlußausschuß des Versicherungsamts auf Antrag des Vorstands die Fortzahlung genehmigt (über diese Genehmigung vgl. Art. 35). Können die höheren Bezüge nicht fortbezahlt werden und erklärt sich der Angestellte nicht bereit, zu den Bedingungen des Besoldungsplans weiterzuarbeiten, so hat der Vorstand so zeitig als möglich von seinem Kündigungs- und Entlassungsrecht Gebrauch zu machen, Art. 36.
- c) Binnen 2 Jahren nach dem Inkrafttreten der Dienstordnung kann der Beschlußausschuß des Versicherungsamts anordnen, daß ein Angestellter, dessen Fachkenntnisse und Leistungen für seine Stellung offenbar nicht ausreichen, eine andere diesen entsprechende Stellung im Dienst der Kasse zugewiesen erhält. Dabei können dem Angestellten seine Bezüge gelassen werden, sofern sie nicht in einem auffälligen Mißverhältnis zu den für die neue Stelle vorgesehenen Bezügen stehen. Gegen die Anordnung ist Beschwerde an die Beschlußkammer des Oberversicherungsamts und weitere Beschwerde an den Beschlußsenat des Reichsversicherungsamts zulässig. Erklärt sich der Angestellte zur Übernahme der neuen Stellung nicht bereit, so hat ihm der Vorstand mit sechsmonatiger Frist zu kündigen. Wegen der Einzelheiten vgl. Art. 37.



Personen. Diese sind also nicht Angestellte der Kasse, sondern Angestellte des Betriebsunternehmers. Ihr Verhältnis zu ihm beruht auf privatrechtlicher Grundlage. Der Arbeitgeber und seine Angestellten werden aber hinsichtlich ihrer strafrechtlichen Verantwortlichkeit wie Mitglieder der Organe behandelt, also bei vorsätzlicher Benachteiligung der Kasse mit Gefängnis bestraft, §§ 535, 23 Abs. II.

Werden von einem Angestellten Tatsachen bekannt, die seine Vertrauenswürdigkeit für die Geschäftsführung ausschließen, so wird er, nachdem ihm Gelegenheit zur Äußerung gegeben worden ist, durch das Versicherungsamt als Aufsichtsbehörde seiner Stellung enthoben. Gegen die Enthebung ist Beschwerde an die Beschluskammer des Obergesundheitsamtes zulässig. Mißbraucht ein Angestellter seine dienstliche Stellung oder seine Dienstgeschäfte zu einer religiösen oder politischen Betätigung, so hat ihn der Unternehmer zu verwarnen und bei Wiederholung nach Anhörung sofort zu entlassen. Das Versicherungsamt kann den Unternehmer hierzu anhalten, § 362.

## § 2.

### Aufbringung der Mittel.

Die Krankenkassen bedürfen zur Erfüllung ihrer Aufgaben erheblicher Mittel. Diese werden ihnen nicht vom Staat oder anderen öffentlichen Verbänden zur Verfügung gestellt oder auch nur ergänzt <sup>1)</sup>. Vielmehr sind die Kassen, soweit nicht ihre sonstigen Einnahmen (Strafgelder, Ersatzforderungen gegen andere Verpflichtete, Zinsen der Rücklage, Zuwendungen usw.) ausreichen, auf die Einforderung von Beiträgen angewiesen. Diese Beiträge werden gemeinsam von den Arbeitgebern und den Versicherten aufgebracht, § 380 <sup>2)</sup>.

A. Von den Beiträgen haben die Versicherungspflichtigen zwei, ihre Arbeitgeber ein Drittel zu tragen. Bei Innungskrankenkassen kann die Satzung Verteilung zur Hälfte vorschreiben <sup>3)</sup>. Freiwillige Mitglieder haben die Beiträge allein zu tragen, § 381. Diese Verteilung der Beitragslast kann durch vertragliche Abmachungen zwar zugunsten, nicht aber zum Nachteil der Versicherten geändert werden, §§ 139, 140.

d) Um die einheitliche Regelung nicht durch Privatabmachungen durchbrechen zu lassen, erklärt das Gesetz Rechtshandlungen, die nach dem 1. Januar 1908 vorgenommen worden sind, für unwirksam, soweit sie die Durchführung der Neuordnung vereiteln oder wesentlich erschweren; vgl. Art. 39.

<sup>1)</sup> Anders in der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung der RVO.

<sup>2)</sup> Die Beitragsentrichtung steht aber zu der Entschädigung nicht im Verhältnis von Leistung und Gegenleistung. Auch ein Versicherter, für den keine Beiträge entrichtet worden sind, hat bei Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen Anspruch auf Entschädigung. Nur ausnahmsweise wird Mitgliedern, die mit ihren Beiträgen im Rückstand sind, die Entschädigung gekürzt oder einbehalten; vgl. die §§ 452, 483, 484.

<sup>3)</sup> Geschieht dies durch Satzungsänderung, so bedarf der Beschluß der Mehrheit der Vertreter sowohl der Arbeitgeber als der Versicherten, § 381.

B. Die Beiträge werden in Hundertsteln des Grundlohns (vgl. S. 87, 88) festgesetzt. Sie sollen so bemessen werden, daß sie zusammen mit den sonstigen Einnahmen der Kasse ihre zulässigen laufenden Ausgaben einschließlich der Beträge für die Rücklage<sup>1)</sup> decken, § 385. Reichen die Beiträge nicht aus, so sind entweder die Leistungen bis auf die Regelleistungen zu mindern oder die Beiträge zu erhöhen, § 387<sup>2)</sup>. Übersteigen die Einnahmen die Ausgaben, so sind, falls die Rücklage das Doppelte ihres gesetzlichen Mindestbetrages erreicht hat, entweder die Beiträge zu ermäßigen oder die Leistungen zu erhöhen, § 392.

Bei Errichtung der Kasse dürfen die Beiträge höchstens auf  $4\frac{1}{2}$  v. H. des Grundlohnes festgesetzt werden. Ein höherer Betrag ist nur dann zulässig, wenn es zur Deckung der Regelleistungen erforderlich ist, § 386<sup>3)</sup>. Eine spätere Erhöhung über  $4\frac{1}{2}$  v. H. ist unter der gleichen Voraussetzung und außerdem dann zulässig, wenn beide Gruppen im Ausschuß es übereinstimmend beschließen, § 388. Decken auch 6 vom Hundert die Ausgaben nicht, so ist eine weitere Erhöhung nur bei Ortskrankenkassen zulässig, wenn es beide Gruppen des Ausschusses übereinstimmend beschließen. Lehnen sie aber die Erhöhung ab, und ist auch eine Vereinigung mit anderen Ortskrankenkassen unmöglich oder nutzlos, so muß der Gemeindeverband die erforderliche Beihilfe aus seinen Mitteln leisten, § 389<sup>4)</sup>. Decken bei Land-, Betriebs- oder Innungskrankenkassen 6 v. H. die Regelleistungen nicht, so hat bei Landkrankenkassen (vorbehaltlich einer Vereinigung) der Gemeindeverband, bei Betriebskrankenkassen der Arbeitgeber und bei Innungskrankenkassen die Innung einzutreten, § 390.

C. Die Beiträge sind nicht für alle Versicherten gleich. Sie sollen vielmehr den verschiedenen Leistungen entsprechen, auf welche die Versicherten Anspruch haben.

1. Diese Beziehung wird dadurch hergestellt, daß die Beiträge nach dem gleichen Grundlohn bemessen werden wie die Barleistungen. Da aber auch die Erkrankungsgefahr und folglich die Inanspruchnahme der Kasse verschieden sein kann, gibt das Gesetz die Möglichkeit, die Beiträge durch die Satzung mit Genehmigung des Oberversicherungsamts nach Erwerbszweigen und Berufsarten abzustufen. Die Versicherten können also in Gefahrklassen eingeteilt werden, die je nach der größeren oder geringeren Be-

<sup>1)</sup> Vgl. S. 148.

<sup>2)</sup> Erfordert die Leistungsfähigkeit eine schleunige Einnahmenvermehrung oder Ausgabenverminderung, so kann bis zur satzungsgemäßen Neuregelung der Beschlußausschuß des Versicherungsamts eine vorläufige Verminderung der Leistungen bis auf die Regelleistungen verfügen; vgl. § 391.

<sup>3)</sup> Innerhalb der ersten 3 Jahre nach dem Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung hat bei neuerrichteten Orts- und Landkrankenkassen der Gemeindeverband etwa erforderliche Vorschüsse zu leisten, Art. 16.

<sup>4)</sup> So lange dies geschieht, kann der Gemeindeverband einem Vertreter das Amt des Vorsitzenden übertragen, § 389 Abs. II S. 3, § 390 S. 2.

lastung der Kasse höhere oder niedrigere Beiträge bezahlen. Dagegen ist eine Abstufung der Beiträge nach Alter, Gesundheit, Geschlecht oder innerhalb der gleichen Erwerbszweige und Berufsarten unzulässig, § 384.

Für bestimmte einzelne Betriebe, deren Erkrankungsgefahr erheblich höher ist, kann die Satzung ferner mit Zustimmung des Oberversicherungsamts eine höhere Bemessung der Beitragsteile des Arbeitgebers zulassen. Ordnet der Vorstand auf Grund einer derartigen Ermächtigung höhere Beiträge für einen Betrieb an, so hat der Arbeitgeber Beschwerde an das Versicherungsamt und weitere Beschwerde an das Oberversicherungsamt, § 384.

2. Bestimmten Gruppen von Versicherten können unter Berücksichtigung ihrer weitergehenden Ansprüche durch die Satzung mit Zustimmung des Oberversicherungsamts höhere Beiträge auferlegt werden. Dies gilt

- a) für Mitglieder, die Anspruch auf Familienhilfe haben. Von diesen kann die Kasse Zusatzbeiträge erheben, die in der Satzung allgemein festzusetzen und von dem Mitglied allein aufzubringen und zu bezahlen sind, § 384 Abs. II;
- b) für Mitglieder, für welche die Sonn- und Feiertage Arbeitstage sind (z. B. Dienstboten, Kellner), und die daher auch für diese Tage Anspruch auf Krankengeld haben. Hier kann eine der Mehrbelastung entsprechende Beitragserhöhung eingeführt werden, die naturgemäß auch den Arbeitgeber trifft, § 384 Abs. III.

3. Eine Ermäßigung der Beiträge durch die Satzung hat regelmäßig stattzufinden, soweit für einzelne Gruppen von Versicherten (freiwillig Beitretende, landwirtschaftlich Beschäftigte, Dienstboten, unständig Beschäftigte, Wandergewerbetreibende, hausgewerblich Versicherungspflichtige und ohne Entgelt beschäftigte Lehrlinge) die Kassenleistungen gegenüber den anderen Mitgliedern beschränkt werden, also besonders bei Einführung der erweiterten Krankenpflege, §§ 215 Abs. III, 420, 423 Abs. II, 424, 425, 432, 450, 462 Abs. II, 487, 494 Abs. II. Die Ermäßigung muß eine entsprechende sein, d. h. die ermäßigten Beiträge müssen sich zu den allgemeinen ebenso verhalten wie der Wert der beschränkten Leistungen zum Wert der gewöhnlichen.

Auch soweit Mitglieder regelmäßig nur an einzelnen Wochentagen arbeiten und daher auch nur an diesen Tagen Krankengeld erhalten, muß dieser geringeren Leistung eine Beitragsermäßigung entsprechen, die allerdings im Gesetz nicht ausdrücklich vorgeschrieben ist.

- D. Die Beitragspflicht beginnt mit der Mitgliedschaft eines Versicherten. Bei Arbeitsunfähigkeit sind während der Dauer der Krankenhilfe und ebenso während des Bezugs von Wochen- und Schwangerengeld

Beiträge nicht zu entrichten, § 383 <sup>1)</sup>). Die Beitragspflicht endet mit der vorschriftsmäßigen Abmeldung, bei Betriebskrankenkassen zugleich mit der Mitgliedschaft, § 397 <sup>2)</sup>).

- E. Für Versicherungspflichtige sind die ganzen Beiträge vom Arbeitgeber einzuzahlen. Mehrere gleichzeitige Arbeitgeber haften als Gesamtschuldner für die vollen Beiträge; auf Antrag verteilt das Versicherungsamt aber die Beiträge, § 396. Freiwillig Versicherte haben ihre Beiträge selbst einzuzahlen, § 393.

Die Kasse kann Voraus- oder Nachzahlung der Beiträge einführen <sup>3)</sup>). Die Zahltage sind in der Satzung zu bestimmen und dürfen höchstens einen Monat auseinanderliegen, § 393. Auf Antrag beteiligter Kassen kann der Beschlußausschuß des Versicherungsamts die gemeinsamen Meldestellen zugleich als Zahlstellen für die Annahme der Beiträge bestimmen oder die Geschäfte der Zahlstellen der Ortsbehörde mit Genehmigung ihrer Aufsichtsbehörde übertragen, § 404 <sup>4)</sup>).

Die Arbeitgeber dürfen die auf ihre Versicherungspflichtigen entfallenden zwei Beitragsdrittel nur bei der Lohnzahlung durch Abzug vom Barlohn <sup>5)</sup> wieder einziehen, § 394. Die Abzüge sind gleichmäßig auf die Lohnzeiten zu verteilen, auf die sie fallen. Sind die Abzüge für eine Lohnzeit unterblieben, so dürfen sie nur bei der Lohnzahlung für die nächste Lohnzeit nachgeholt werden, wenn nicht die Beiträge ohne Verschulden des Arbeitgebers verspätet entrichtet worden sind, § 395. Entsteht zwischen einem Arbeitgeber und seinen Beschäftigten Streit über die Berechnung und Anrechnung ihrer Beitragsteile, so entscheidet endgültig der Beschlußausschuß des Versicherungsamts, § 405 Abs. I. Macht ein Arbeitgeber höhere Abzüge, als das Gesetz zuläßt, so wird er, falls nicht härtere Strafvorschriften verletzt sind, mit Geldstrafe bis zu 300 M oder mit Haft bestraft, § 532 Nr. 1. Liefert er die einbehaltenen Beitragsteile nicht ab, so tritt Gefängnisstrafe ein, neben der auf Geldstrafe bis zu 3000 M und Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte erkannt werden kann; bei mildernden Umständen ist Geldstrafe allein zulässig, § 533.

Rückständige Beiträge werden wie Gemeindeabgaben begetrieben, und haben das Vorzugsrecht des § 61 Nr. 1 der Konkurs-

<sup>1)</sup> Auch keine Zusatzbeiträge; dabei entscheidet die Person des Versicherten, nicht die des Familienangehörigen.

<sup>2)</sup> Die Satzung kann im Interesse der Geschäftsvereinfachung bestimmen, daß die Beiträge stets für volle Wochen erhoben und zurückgezahlt werden, § 397 Abs. IV.

<sup>3)</sup> Vgl. auch § 403.

<sup>4)</sup> Das Versicherungsamt kann die Kassen wie bei der Krankenüberwachung so auch bei der Einziehung der Beiträge mit ihrer Zustimmung und unter Vereinbarung über die Kosten unterstützen, § 404 Abs. III.

<sup>5)</sup> Die oberste Verwaltungsbehörde kann bestimmen, wie die Erstattung erfolgt, wenn der Entgelt nur aus Sachbezügen besteht oder von Dritten gewährt wird, § 394 Abs. II.

ordnung, § 28<sup>1)</sup>. Der Anspruch auf Rückstände verjährt, soweit sie nicht absichtlich hinterzogen sind, in 2 Jahren nach dem Ablauf des Kalenderjahrs der Fälligkeit. Der Anspruch auf Rückerstattung zu Unrecht gezahlter Beiträge verjährt in 6 Monaten nach dem Ablauf des Kalenderjahrs der Entrichtung, § 29.

Ist ein Arbeitgeber mit der Beitragsleistung rückständig und hat er sich in einem Zwangsbeitreibungsverfahren als zahlungsunfähig erwiesen, so kann auf Antrag einer Kasse (mit Ausnahme der Betriebskrankenkassen) der Beschlußausschuß des Versicherungsamts widerruflich anordnen<sup>2)</sup>, daß er nur sein Beitragsdrittel einbezahlt. Die Versicherungspflichtigen haben dann ihren Beitragsteil ausnahmsweise selbst zu entrichten, worauf sie durch Aushang der Anordnung und Hinweis bei der Lohnzahlung aufmerksam zu machen sind<sup>3)</sup>, §§ 398, 400. Macht der Arbeitgeber trotzdem Abzüge, so ist er nach § 532 Nr. 1 strafbar. Kommt er seinen fälligen Verpflichtungen gegen die Kasse nach, so hebt der Beschlußausschuß die Anordnung wieder auf, § 401. Solange eine derartige Anordnung noch nicht ergangen ist, hat der Arbeitgeber bei Vorliegen ihrer Voraussetzungen zwar die Abzüge zu machen, aber die abgezogenen Beitragsteile bei Strafvermeiden spätestens binnen drei Tagen der Kasse abzuliefern, §§ 402, 532. Sind Versicherungsberechtigte mit der Beitragszahlung im Rückstande, so erlischt ihre Mitgliedschaft, wenn sie zweimal nacheinander nicht bezahlt haben und seit dem ersten Zahlungstag mindestens 4 Wochen vergangen sind, § 314.

- F. Entsteht über die Verpflichtung, Beiträge zu leisten, einzuzahlen oder zurückzuzahlen zwischen Kassen und einem Arbeitgeber, einem Versicherten oder bisher Versicherten oder zu Versichernden Streit, so entscheidet der Beschlußausschuß des Versicherungsamts und auf Beschwerde endgültig das Oberversicherungsamt, § 405.
- G. Eine besondere Regelung bedurfte das Beitragswesen bei den unständig Beschäftigten, den Wandergewerbetreibenden und den hausgewerblichen Versicherungspflichtigen.
1. Bei den unständig Beschäftigten wäre die Beitragserhebung von den häufig wechselnden Arbeitgebern mit großen Schwierigkeiten verbunden. Die Zahlungspflicht ist daher dem Gemeindeverband auferlegt. Dieser zahlt der Kasse am Schlusse jeden Vierteljahres auf Grund einer eingereichten Rechnung den Gesamtbetrag der Beitragsteile für den Arbeitgeber, § 453. Der Verband kann den Betrag entweder endgültig tragen oder auf die Einwohner des Kassenbezirks umlegen<sup>4)</sup>. Zu der Umlage sollen

<sup>1)</sup> Die Satzung kann bestimmen, daß dem Beitreibungsverfahren ein Mahnverfahren vorausgeht, § 28 Abs. II.

<sup>2)</sup> Näheres über diese Anordnung in § 399. Auf Beschwerde entscheidet endgültig das Oberversicherungsamt, § 398 Abs. II. Vgl. auch § 1435.

<sup>3)</sup> Die Unterlassung ist nach § 532 Abs. II strafbar.

<sup>4)</sup> Auch getrennt für Orts- und Landkrankenkassen je auf die beteiligten Einwohner.

die Einwohner, die unständig Beschäftigte in größerer Zahl oder für längere Zeit zu beschäftigen pflegen, in höherem Maße herangezogen werden, § 454 <sup>1)</sup>).

Da die wirtschaftliche Lage der unständig Beschäftigten häufig eine sehr schwierige ist, kann die Satzung mit Zustimmung des Gemeindeverbandes und des Oberversicherungsamts bestimmen, daß die unständig Beschäftigten überhaupt keine Beitragsteile zahlen. Zum Ausgleich wird dann die Krankenhilfe auf Krankenpflege und das Sterbegeld auf einen Höchstbetrag von 30 M beschränkt, § 455 <sup>2)</sup>).

Die Landesregierungen können für ihren Bundesstaat oder Teile davon das Beitragswesen für unständig Beschäftigte anders regeln. Sie können auch anordnen, daß die allgemeinen Bestimmungen und, soweit die Unständigen landwirtschaftlich beschäftigt sind, die Sondervorschriften für landwirtschaftlich Beschäftigte Platz greifen, wenn für ordnungsmäßige Durchführung der Versicherung gesorgt wird, § 458.

2. Die Wandergewerbetreibenden <sup>3)</sup> müssen die Beiträge für ihre versicherungspflichtigen Beschäftigten, die sie von Ort zu Ort mit sich führen <sup>4)</sup>, zur Sicherung der Kasse im Voraus entrichten, und zwar regelmäßig für die Zeit bis zum Ablauf ihres Wandergewerbscheines, mit Erlaubnis des Vorstands aber für kürzere Zeit. Der Wandergewerbschein darf nur erteilt werden, wenn die Zahlung oder Stundung der Beiträge durch eine Bescheinigung der Kasse nachgewiesen wird <sup>5)</sup>. Grundlohn und Wochenbeitrag werden im Wandergewerbeschein angegeben. Nachweislich zuviel gezahlte Beiträge werden nachträglich erstattet, §§ 460, 461.

Mit Rücksicht auf die weite Vorauszahlung der Beiträge darf der Wandergewerbetreibende in Abweichung von den allgemeinen Vorschriften seinen Versicherten für Zeiten, die längstens einen Monat zurückliegen, zwei Drittel der von ihm für diese Zeit bezahlten Beiträge vom Lohn abziehen. Bei Streit über diese Abzüge entscheidet das Versicherungsamt des Aufenthaltsortes, § 463 <sup>6)</sup>).

<sup>1)</sup> Die Landesregierung kann für die Beschlüsse des Gemeindeverbandes noch weitere Genehmigungen vorschreiben und die gegen die Umlage zulässigen Rechtsmittel bestimmen, § 456.

<sup>2)</sup> Unständig Beschäftigte, die keine Beitragsteile zahlen, sind bei ihrer Kasse weder wählbar noch wahlberechtigt, § 457.

<sup>3)</sup> Wer für andere ein Wandergewerbe betreibt (§ 60 d Abs. II der Gewerbeordnung), hat die Rechte und Pflichten des Wandergewerbetreibenden, § 464.

<sup>4)</sup> Beschäftigte, die unterwegs zur Beschäftigung an nur einem Ort angenommen werden, sind nach den allgemeinen Vorschriften oder als unständig Beschäftigte zu versichern. Vgl. auch S. 67 (Versicherungspflicht); S. 132 (Meldungen); S. 104 (Leistungen).

<sup>5)</sup> Entsprechend ist auch die Erlaubnis zur Mitführung weiterer Personen von vorheriger Entrichtung der Beiträge abhängig, § 461 Abs. II, III.

<sup>6)</sup> Der Bundesrat kann zur Durchführung der Versicherung der Wandergewerbetreibenden näheres bestimmen, § 465 Abs. I.

3. Die Mittel für die Versicherung der hausgewerblichen Versicherungspflichtigen <sup>1)</sup> werden teils durch Beiträge dieser selbst, teils durch Zuschüsse der Auftraggeber, für deren Rechnung hausgewerblich gearbeitet wird <sup>2)</sup>, aufgebracht, § 469.
- a) Die Beiträge, welche die hausgewerblich Beschäftigten einzahlen, werden in der Satzung besonders nach dem Ortslohn festgesetzt, § 480. Sie sind so zu bemessen, daß sie mit den Auftraggeberzuschüssen die Entschädigungslast der Kasse für ihre hausgewerblichen Mitglieder decken. Die Beiträge entsprechen zwar den Beitragsteilen der übrigen Versicherten, sie werden aber so behandelt, wie sonst die vollen Beiträge, also von dem Hausgewerbetreibenden einbezahlt, der seinen Hilfspersonen ihren Anteil bei der Lohnzahlung abzieht, § 481.
- b) Die Zuschüsse der Auftraggeber bemessen sich nur nach dem Entgelt, den sie dem Hausgewerbetreibenden für die gelieferte Arbeit bezahlen; es kommt nicht darauf an, ob und welcher Kasse der einzelne Hausgewerbetreibende angehört und welche Beiträge er bezahlt, § 470. Die Höhe der Zuschüsse wird einheitlich für alle Gewerbszweige und für das ganze Reichsgebiet in der Weise berechnet, daß ihre jährliche Gesamtsumme die Hälfte der Gesamtlast deckt, die den Landkrankenkassen erwachsen würden, wenn sie die Regelleistungen nach dem Ortslohn für alle hausgewerblichen Versicherungspflichtigen gewähren würden, § 471. Bis zum 31. Dezember 1914 betragen die Zuschüsse 2 v. H. des Entgelts. Späterhin werden sie vom Bundesrat nach Anhörung der Rechnungsstelle des Reichsversicherungsamts immer für 4 Jahre <sup>3)</sup> festgesetzt, § 472.

Der Auftraggeber hat bei Strafvermeiden in der ersten Woche jeden Monats der Landkrankenkasse (fehlt eine solche, der allgemeinen Ortskrankenkasse) seines Betriebssitzes eine Liste der im abgelaufenen Monat beschäftigten Hausgewerbetreibenden unter Angabe des Namens, des Betriebssitzes und des Entgelts <sup>4)</sup> jedes Hausgewerbetreibenden einzureichen und zugleich die fälligen Zuschüsse einzuzahlen, §§ 473, 474, 530. Soweit die Kasse nicht selbst zuständig ist, gibt sie die Liste,

<sup>1)</sup> Vgl. auch S. 69 (Begriff), S. 78 (Eintragungspflicht), S. 82 (Wartezeit), S. 104 (Leistungen).

<sup>2)</sup> Zwischenpersonen (Ausgeber, Faktoren, Zwischenmeister) gelten nicht als Auftraggeber. Der Bundesrat kann ihnen aber deren Pflichten ganz oder zum Teil übertragen; vgl. § 491. Wegen der Heranziehung von Auftraggebern ausländischer Hausgewerbetreibender vgl. § 493.

<sup>3)</sup> Für die ersten 10 Jahre nach dem Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung ist der Bundesrat nicht an diese Zeitabschnitte gebunden.

<sup>4)</sup> Über die Anrechnung der von Hausgewerbetreibenden beschafften Roh- und Hilfsstoffe und die Festsetzung ihres Wertes durch das Versicherungsamt vgl. §§ 470 Abs. II, 474 Abs. II, 475.

im Zweifel durch Vermittlung des Versicherungsamts, an die zuständige Kasse weiter und bewahrt die für andere Kassen eingezahlten Zuschüsse bis zur gegenseitigen Verrechnung<sup>1)</sup> auf, §§ 476, 477, 530. Die zuständige Kasse schreibt die Zuschüsse dem Hausgewerbetreibenden gut<sup>2)</sup>.

Die Höhe der einem Hausgewerbetreibenden gutgeschriebenen Auftraggeberzuschüsse ist für die Höhe der ihm zu gewährenden Barleistungen mit Ausnahme des Sterbegelds<sup>3)</sup> maßgebend. Diese verhalten sich, wenn die Satzung nicht anders bestimmt, zu den gesetzlichen Barleistungen wie der Betrag der im letzten Geschäftsjahr<sup>4)</sup> den Hausgewerbetreibenden gutgeschriebenen Zuschüsse zu dem Betrag aller von ihm für diese Zeit gezahlten Beiträge. Jedoch werden höchstens die satzungsgemäßen Leistungen gewährt, §§ 482, 484.

Die Beitragsleistung der Hausgewerbetreibenden kann auch von der bisher geschilderten Art abweichen. Die Kasse muß ihnen auf ihren Antrag gestatten, ihre Beiträge im doppelten Betrag einzuzahlen, wobei aber der Beitragsteil der hausgewerblich Beschäftigten nicht erhöht werden darf. Die hausgewerblichen Versicherungspflichtigen erhalten dann die vollen Leistungen, welche die Satzung für sie vorsieht; die Zuschüsse werden ausbezahlt oder auf ihre Beiträge verrechnet, § 485. Sind Hausgewerbetreibende dauernd für denselben Auftraggeber tätig, so kann er mit ihrer Zustimmung auch ihre Beiträge einzahlen und sie von ihnen ebenso wiedereinziehen wie andere Arbeitgeber von ihren Versicherungspflichtigen, § 486. Schließlich kann der Gemeindeverband durch Statut mit Zustimmung der Beschluskammer des Oberversicherungsamts die hausgewerblichen Versicherungspflichtigen von der Beitragspflicht befreien und selbst die Kosten übernehmen. Dabei können mit Genehmigung der obersten Verwaltungsbehörde die Krankenhilfe auf Krankenpflege und das Sterbegeld auf 30 M beschränkt werden, § 489. In Bezirken, in denen die Hausgewerbetreibenden ihre Beiträge nicht tragen können, kann die Landesregierung die Übernahme der Kosten durch den Gemeindeverband anordnen, wobei dann die erwähnten Beschränkungen der Entschädigungen eintreten, § 490.

<sup>1)</sup> Diese regelt der Bundesrat näher, § 492 Abs. II.

<sup>2)</sup> Zuschüsse für Nichtversicherte werden zur Deckung von Ausfällen bei der hausgewerblichen Versicherung verwendet. Sind sie nach den letzten 3 Geschäftsjahren erheblich, so dienen sie zur Erhöhung der Leistungen oder Ermäßigung der Beiträge, § 478 Abs. II, III. Ist ein Hausgewerbetreibender bereits wegen anderer Beschäftigung versicherungspflichtig, so werden die Zuschüsse ausgezahlt oder verrechnet, § 485 Abs. III.

<sup>3)</sup> Mit Zustimmung des Oberversicherungsamts kann die Satzung auch das Sterbegeld derartig abstufen, § 484 Abs. II.

<sup>4)</sup> Bestand die Versicherung erst kürzere Zeit, so ist diese maßgebend, § 482 Abs. III.



## § 3.

**Verwaltung der Mittel.**

Die Vermögensverwaltung geschieht regelmäßig durch den Vorstand. Die Einnahmen und Ausgaben der Kasse sind gesondert zu verrechnen, die Bestände gesondert zu verrechnen, § 25 Abs. II. Die Art und Form der Rechnungsführung bestimmt der Bundesrat, § 366 <sup>1)</sup>.

Die Mittel der Krankenkassen dürfen nur zu den gesetzlich zulässigen Zwecken verwendet werden, §§ 25, 363. Diese Zwecke sind:

- a) die Befriedigung der Entschädigungsansprüche;
- b) die Deckung der Verwaltungskosten, zu denen auch die Beschaffung der Diensträume und die Bezahlung der Angestellten gehört;
- c) allgemeine Zwecke der Krankheitsverhütung, z. B. gesundheitliche Belehrung und Aufklärung durch Flugblätter oder Vorträge, Desinfektion von Wohnungen, Errichtung und Unterstützung von Auskunftsstellen zur Bekämpfung der Tuberkulose. Dagegen sind vorbeugende Maßnahmen gegenüber einzelnen Mitgliedern wie Unterbringung in einer Heilanstalt vor der Erkrankung nicht zulässig, § 363 <sup>2)</sup>;
- d) die Ansammlung und Erhaltung einer Rücklage mindestens im Betrage der Jahresausgabe, je nach dem Durchschnitt der letzten 3 Jahre. Hierzu werden die Beitragsteile, welche die Arbeitgeber für Ersatzkassenmitglieder zahlen, und mindestens ein Zwanzigstel des Jahresbetrages der übrigen Kassenbeiträge verwendet, § 364 <sup>3)</sup> <sup>4)</sup>.

Das Vermögen der Kasse, das nicht unmittelbar zur Deckung der laufenden Ausgaben dient, muß verzinslich und mündelsicher (§§ 1807, 1808 BGB.) angelegt werden, § 26 <sup>5)</sup>. Wertpapiere, die nicht lediglich zur Anlage zeitweilig verfügbarer Betriebsgelder dienen, verwahrt der Gemeindeverband, wenn das Versicherungsamt nichts anderes bestimmt, § 365.

**Kapitel IV.****Sonstige Versicherungseinrichtungen.**

## § 1.

**Knappschaftliche Krankenkassen.**

Die knappschaftlichen Krankenkassen sind keine selbständigen Organisationen, sondern Einrichtungen der Knappschaftsvereine <sup>6)</sup>

<sup>1)</sup> Vgl. auch die §§ 181 Abs. IV, 450 Abs. III.

<sup>2)</sup> Anders in der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung der RVO.

<sup>3)</sup> Bei angeordneten Betriebskrankenkassen kann die Satzung mit Zustimmung des Oberversicherungsamts anders bestimmen, § 364 Abs. II.

<sup>4)</sup> Nach Bestimmung der obersten Verwaltungsbehörde können Kassennittel auch für den Besuch von Versammlungen verwendet werden, die den gesetzlichen Zwecken der Krankenversicherung dienen sollen, § 363 Abs. II.

<sup>5)</sup> Außerdem darf es in Wertpapieren, die landesrechtlich zur Anlage von Mündelgeld zugelassen sind, und in Hypothekenpfandbriefen, welche die Reichsbank in Klasse I beleiht, angelegt werden, § 26 Abs. II. Über die Genehmigung zu anderen Anlagen vgl. § 27.

<sup>6)</sup> Die Knappschaftsvereine heißen in Sachsen Knappschaftskassen.

Die Knappschaftsvereine sind bis ins Mittelalter zurückgehende rechtsfähige Zwangsvereinigungen von Bergleuten bestimmter Bezirke, die unter Mitwirkung der Bergwerksbesitzer soziale Aufgaben erfüllen. Ihre Verhältnisse sind landesrechtlich, besonders in den Berggesetzen geregelt <sup>1)</sup>.

Die knappschaftlichen Krankenkassen gehören nicht zu den reichsgesetzlichen Versicherungsträgern, § 225. Wer ihnen anzugehören hat, bestimmt lediglich die Landesgesetzgebung. Die Reichsversicherungsordnung beschränkt sich darauf, ihr Verhältnis zu den reichsgesetzlichen Krankenkassen zu ordnen und ihre Mitglieder in bestimmtem Umfang gegen Schlechterstellung zu schützen.

- a) Die Mitglieder der knappschaftlichen Krankenkassen können nicht gleichzeitig den reichsgesetzlichen Krankenkassen angehören, §§ 225 Abs. II, 234, 312. In bestimmten Richtungen wird aber die Versicherung bei den knappschaftlichen Krankenkassen der Versicherung bei den reichsgesetzlichen Krankenkassen ausdrücklich gleichgestellt. Das gilt hauptsächlich hinsichtlich der Mittragung der Wochengeldlast (§§ 195, 197), der Übernahme schwebender Entschädigungsansprüche bei Kassenwechsel (§ 212) und hinsichtlich des Eintritts bei Erkrankung außerhalb des Kassenbereichs (§§ 219 bis 222, 224), § 500.
- b) Die knappschaftlichen Krankenkassen müssen ihren Mitgliedern mindestens die Regelleistungen der Ortskrankenkasse gewähren. Das Krankengeld dürfen sie mit Genehmigung ihrer Aufsichtsbehörde halbmonatlich bezahlen, § 495. Die Erhebung eines Eintrittsgeldes ist nur zulässig, wenn der Eintretende nicht in den letzten 26 Wochen nachweislich einer anderen Krankenkasse angehört hat, § 496. Die Vertreter der Versicherten in der Generalversammlung (Knappschaftsälteste) und im Vorstand der knappschaftlichen Krankenkasse und des Knappschaftsvereins müssen in geheimer Wahl gewählt werden, § 501. Schließlich sind zahlreiche Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung für die knappschaftlichen Krankenkassen ausdrücklich für anwendbar erklärt worden, §§ 498 Abs. I, 499, 500, 502 <sup>2)</sup>.

## § 2.

### Ersatzkassen.

Schon vor der Zeit der sozialen Versicherung bestanden freiwillige Vereinigungen von Arbeitern zum Zwecke gegenseitiger Unterstützung in Krankheitsfällen. Diese sogenannten Hilfskassen erhielten auf Grund des Hilfskassengesetzes vom 7. April 1876 und 1. Juni 1884<sup>3)</sup>

<sup>1)</sup> Für Preußen in dem Gesetz vom 19. Juni 1906 betr. die Abänderung des Siebenten Titels des allgemeinen Berggesetzes vom 24. Juni 1865 (GS. 1906 S. 199).

<sup>2)</sup> Nämlich die §§ 119, 206, 211—214, 219—222, 223 Abs. II, III, 224, 313, 314, 368—376, 383; vgl. auch die §§ 188, 208, 234, 497, 498 Abs. II, 501 Abs. II.

<sup>3)</sup> RGBl. 1876 S. 125 und 1884 S. 54.

bei Erfüllung bestimmter Normativbestimmungen die mit Rechtsfähigkeit ausgestattete Stellung einer eingeschriebenen Hilfskasse. Die Mitgliedschaft bei eingeschriebenen Hilfskassen befreite nach § 75 des Krankenversicherungsgesetzes von der Zugehörigkeit zur Reichsversicherung, wenn die Hilfskasse mindestens die Leistungen der Gemeindekrankenversicherung gewährte<sup>1)</sup>. Hilfskassen, die diese Voraussetzung erfüllten, erhielten hierüber eine amtliche Bescheinigung nach § 75 a des Krankenversicherungsgesetzes.

Dieser Rechtszustand hat sich wesentlich geändert. Das Hilfskassengesetz ist durch das Gesetz vom 20. Dezember 1911 (RGBl. 1911 S. 985) aufgehoben worden. Der Tag, an dem die erteilten Bescheinigungen ungültig werden, wird durch Kaiserliche Verordnung bestimmt, Art. 25. Die Hilfskassen bestehen lediglich als Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit weiter und unterliegen dem Gesetz über die privaten Versicherungsunternehmungen vom 22. Mai 1901 (RGBl. 1901 S. 139)<sup>2)</sup>. Soweit sie aber bereits eine Bescheinigung nach § 75 a des Krankenversicherungsgesetzes erlangt haben, können sie auf ihren Antrag als Ersatzkassen zugelassen werden.

1. Die Zulassung als Ersatzkasse ist an folgende Voraussetzungen geknüpft, § 503:

- a) Die Bescheinigung nach § 75 a des Krankenversicherungsgesetzes muß bereits vor dem 1. April 1909 erteilt gewesen sein<sup>3)</sup>.
- b) Der Versicherungsverein muß dauernd mehr als 1000 Mitglieder haben<sup>4)</sup>.
- c) Die Satzung muß bestimmten Anforderungen genügen, die besonders eine Schechterstellung der Ersatzkassenmitglieder gegenüber den Krankenkassenmitgliedern verhüten sollen:

Der Beitritt Versicherungspflichtiger darf von der Beteiligung an anderen Vereinigungen nur abhängig gemacht werden, wenn diese Beteiligung schon bei Errichtung der Satzung für alle Mitglieder vorgeschrieben war. Treten Mitglieder aus der Vereinigung wieder aus, so dürfen sie, wenn sie der Ersatzkasse schon 2 Jahre angehört haben, deshalb nicht ausgeschlossen werden; andernfalls muß ihnen mindestens das Eintrittsgeld erstattet werden. Zu Handlungen oder Unterlassungen, die den Zweck des Vereins nicht berühren, dürfen die Mitglieder nicht verpflichtet werden, §§ 504, 512. Versicherungspflichtigen, die zu dem Personenkreis gehören, für den der Verein errichtet ist, darf der Beitritt nicht versagt, besonders nicht von ihrem Alter und ihrer Gesundheit abhängig gemacht werden. Jedoch können

<sup>1)</sup> Vgl. oben S. 104 Anm. 1.

<sup>2)</sup> Danach werden sie beaufsichtigt und bedürfen einer Erlaubnis zum Geschäftsbetrieb. Eine Reihe von Besonderheiten gegenüber den anderen privaten Versicherungsunternehmungen enthält das Gesetz vom 20. Dezember 1911.

<sup>3)</sup> Bei Nachweis eines Bedürfnisses kann der Bundesrat Ausnahmen genehmigen, Art. 26.

<sup>4)</sup> Die oberste Verwaltungsbehörde kann die Mindestzahl bis auf 250 herabsetzen, § 503 Abs. II.

Personen, die sich melden, ärztlich untersucht und bei Erkrankung zurückgewiesen werden, § 505 <sup>1)</sup>). Der Austritt darf Versicherungspflichtigen ohne Rücksicht auf einen etwaigen Beschäftigungswechsel nur zum Schlusse des Kalendervierteljahres gestattet werden, § 513.

Versicherungspflichtigen muß der Verein mindestens die Regelleistungen nach dem bei ihrer Krankenkasse maßgebenden Grundlohn gewähren und darf sie nur im gleichen Umfang wie die Krankenkassen kürzen, § 507. Eine Abstufung der Entschädigungen nach dem Lebensalter oder der Gesundheit der Mitglieder ist unzulässig, §§ 506 Abs. II, 511. Eine Höchstgrenze für die Leistungen ist nicht gezogen. Es können in beliebiger Höhe und Dauer alle Arten von Leistungen gewährt werden, die den Krankenkassen gestattet sind. Um aber die Entwicklung der Ersatzkassen zu einer Hinterbliebenenversicherung zu verhüten, darf das Sterbegeld das Zehnfache der Wochenleistung, auf die der Verstorbene Anspruch hatte, nicht übersteigen, § 508.

Dem Vorstand und Aufsichtsrat dürfen nur volljährige, im Besitz der bürgerlichen Ehrenrechte befindliche Mitglieder angehören, § 510.

Eine Abstufung der Beiträge der versicherungspflichtigen Mitglieder nach ihrem Lebensalter beim Beitritt ist nur zulässig, wenn sie bereits am 1. Januar 1911 eingeführt war. Die höchste Stufe darf aber die niederste nicht um mehr, als es damals der Fall war, und höchstens um die Hälfte übersteigen. Nach dem Gesundheitszustand beim Beitritt dürfen die Beiträge bis auf ein Viertel höher bemessen werden, § 506. Beitragserhöhung oder Ausschluß wegen Überschreitung einer Altersgrenze oder Änderung des Gesundheitszustandes nach dem Beitritt ist unzulässig, § 511.

Die Vereinsmittel dürfen nur zu den satzungsmäßigen Entschädigungen, zur Füllung der Rücklage, zu den Verwaltungskosten und für allgemeine Zwecke der Krankheitsverhütung verwendet und zu anderen Zwecken von Versicherungspflichtigen keine Beiträge erhoben werden, § 509.

2. Der Antrag auf Zulassung als Ersatzkasse kann nur bis zu 6 Monaten vor dem Ablauf der Gültigkeit der nach § 75 a des Krankenversicherungsgesetzes erteilten Bescheinigung gestellt werden, Art. 25. Zuständig ist die höhere Verwaltungsbehörde des Kassensitzes, bei Überschreitung der Grenzen eines Bundesstaats das Reichsversicherungsamt. Die Zulassung darf nur versagt werden, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen fehlen, § 514 Abs. I, III.

Wird dem Antrag stattgegeben, so erhält der Verein eine Bescheinigung darüber und zu seinem Namen den Zusatz „Ersatz-

---

<sup>1)</sup> Über weitere Abweisungsgründe vgl. § 505 Abs. III.

kasse“, § 514 Abs. II <sup>1)</sup>). Die Zulassung beschränkt sich auf den am 1. April 1909 durch die Satzung bestimmten Bezirk und Kreis der versicherungspflichtigen Mitglieder, § 503. Eine Ausdehnung der Ersatzkassen auf Kosten der Krankenkassen ist also ausgeschlossen <sup>2)</sup>. Erweitert die Satzung den Kreis der Versicherungspflichtigen, die dem Verein angehören können, so wird die erteilte Bescheinigung widerrufen. Ebenso, wenn ein zugelassener Verein den Erfordernissen der Zulassung nicht oder nicht mehr entspricht und diesem Mangel nicht rechtzeitig abhilft, § 516.

Wird eine eingeschriebene Hilfskasse nicht als Ersatzkasse zugelassen, so besteht sie als einfacher Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit weiter <sup>3)</sup>. Die Mitgliedschaft bei ihr ist dann ohne Einfluß auf die Versicherung bei den Krankenkassen <sup>4)</sup>.

3. Die Mitgliedschaft bei einer Ersatzkasse läßt zunächst die Versicherung bei der zuständigen Krankenkasse unberührt. Versicherungspflichtige Ersatzkassenmitglieder können aber (mit Ausnahme der land- und forstwirtschaftlich Beschäftigten und der Dienstboten) <sup>5)</sup> beantragen, daß ihre Rechte und Pflichten als Krankenkassenmitglieder ruhen. Dieser Antrag ist beim Eintritt in die Krankenkasse oder spätestens am zweiten Zahltag darauf beim Kassenvorstand zu stellen, § 519 <sup>6)</sup>. Ist er versäumt worden oder treten Kassenmitglieder erst nachträglich einer Ersatzkasse bei, so kann der Antrag frühestens für den Beginn des nächsten Kalendervierteljahres gestellt werden und zwar mindestens einen Monat vorher, § 520.

Die Folge der Antragstellung ist ein völliges Ruhen der Mitgliedschaftsrechte bei der Krankenkasse. Die Mitglieder erhalten keine Leistungen und bezahlen keine Beitragsteile. Sie sind weder wählbar noch wahlberechtigt. Lediglich eine formelle Mitgliedschaft bleibt bestehen. Dagegen müssen die Arbeitgeber von Ersatzkassenmitgliedern ihren Beitragsteil stets entrichten <sup>7)</sup> und üben daher auch ihre Rechte als Arbeitgeber bei der Kasse voll aus, § 517.

<sup>1)</sup> Wegen der Veröffentlichung vgl. § 515.

<sup>2)</sup> Ebenso Neubildung oder Vereinigung zweier Ersatzkassen.

<sup>3)</sup> Die Ersatzkassenmitglieder werden bei Ablauf der Gültigkeit der Bescheinigung ohne weiteres Mitglieder der zuständigen Krankenkasse. Wegen der Behandlung von Entschädigungsansprüchen, die bei Ablauf der Privilegierung schweben, vgl. Art. 28.

<sup>4)</sup> Die Ersatzkasse ist dann sog. Zuschußkasse. Bei Überversicherung kann Kürzung des Krankengeldes in Frage kommen, §§ 189, 190; vgl. S. 163.

<sup>5)</sup> Eine Ausnahme von dieser Ausnahme bilden die Gärtner und die nur vorübergehend in der Landwirtschaft beschäftigten gewerblichen Arbeiter; diese sind also wieder zur Antragstellung berechtigt, §§ 434, 435, 161.

<sup>6)</sup> Auf Antrag kann der Bundesrat der Ersatzkasse die Antragstellung übertragen, § 519 Abs. II; vgl. auch die §§ 522, 530 Abs. III (Strafbestimmung).

<sup>7)</sup> Die Krankenkassen benutzen diese zur Ansammlung der Rücklage, § 364. In bestimmten Ausnahmefällen kann der Bundesrat aber anordnen, daß die Krankenkassen  $\frac{1}{3}$  der Beitragsteile an die Ersatzkasse abzuführen haben, § 518.

Tritt ein Ersatzkassenmitglied, dessen Rechte und Pflichten ruhen, aus der Ersatzkasse aus oder wird es ausgeschlossen oder tritt es in eine Mitgliederklasse über, die geringere als die maßgebenden Krankenkassenleistungen erhält, so hat die Ersatzkasse dies dem Vorstand der Krankenkasse, nötigenfalls durch Vermittlung des Versicherungsamts, anzuzeigen, § 521. Erhöht sich für ein Mitglied das Krankengeld bei der Krankenkasse, so daß die Leistungen der Ersatzkasse nicht mehr genügen, so ruhen die Rechte und Pflichten noch bis zum Ende des Kalendervierteljahrs, mindestens aber noch zwei Wochen, § 523.

Beantragt ein Ersatzkassenmitglied das Ruhen seiner Rechte und Pflichten nicht, so ist es vollberechtigtes Mitglied seiner Krankenkasse. Da aber die Krankenpflege naturgemäß nur einmal gewährt werden kann, kommt die Ersatzkasse für solche Mitglieder nur als Zuschußkasse in Betracht. Zum Ausgleich kann sie solchen Mitgliedern das Krankengeld um ein Viertel erhöhen, § 507 Abs. III <sup>1)</sup>.

Bei Streit zwischen Ersatzkassen und Krankenkassen über den Ersatz zu Unrecht gewährter Leistungen entscheidet das Versicherungsamt im Spruchverfahren, § 525.

#### Vierter Abschnitt.

## Verwirklichung des Entschädigungsanspruchs.

Die Verwirklichung des Entschädigungsanspruchs besteht darin, daß dem Entschädigungsberechtigten (erster Abschnitt) die geschuldeten Leistungen (zweiter Abschnitt) von den zur Leistung verpflichteten Schuldnern (dritter Abschnitt) tatsächlich gewährt werden. Hierzu müssen die in jedem einzelnen Fall geschuldeten Leistungen festgestellt und diese festgestellten Leistungen an den Berechtigten abgeführt werden. Die Verwirklichung des Entschädigungsanspruchs setzt sich also zusammen einerseits aus der Feststellung der geschuldeten Leistung (Kapitel I), andererseits aus der Befriedigung des Entschädigungsberechtigten durch Bewirkung der festgestellten Leistung (Kapitel II). Beide Vorgänge fallen in der Praxis häufig zusammen, sind aber rechtlich zu trennen.

### Kapitel I.

#### Feststellung der Leistungen.

Die Feststellung der geschuldeten Leistungen geschieht durch die Versicherungsträger. Die Krankenkassen haben selbständig zu prüfen

<sup>1)</sup> Dabei sind aber die Vorschriften über Überversicherung zu beachten, §§ 189, 190; vgl. S. 163.

und festzustellen, was sie in jedem Falle dem Berechtigten an Entschädigung zu gewähren haben.

Diese Feststellung erfolgt aber nur auf Antrag des Entschädigungsberechtigten, § 1545. Der Antrag ist bei der Krankenkasse zu stellen, § 1551<sup>1)</sup>. Welche Nachweise dabei vorzulegen sind, bestimmt die Satzung und die Krankenordnung<sup>2)</sup>. Dabei ist zu beachten, daß die Kasse wohl die Krankmeldung näher regeln und bei Zuwiderhandlung Strafen verhängen kann, daß sie aber keine neuen, im Gesetz nicht vorgesehenen Voraussetzungen für die Gewährung der Entschädigung aufstellen darf, §§ 347, 529.

Die Feststellung der Entschädigung gehört zu den laufenden Geschäften der Kasse, die der Vorstand zu erledigen hat, § 342. Selbstverständlich bedient er sich dabei der Hilfe der Angestellten.

Die Feststellung ist zu beschleunigen, § 1545 Abs. II. Wird dem Entschädigungsantrag stattgegeben, so wird die Leistung bewirkt (Kap. II); wird er ganz oder zum Teil abgelehnt, so kommt es zum Streitverfahren, das im fünften Teil dargestellt ist.

## Kapitel II.

### Bewirkung der Leistung.

Bei der Bewirkung der geschuldeten Leistungen ist zu unterscheiden, ob es sich um Sachleistungen (§ 1) oder um Geldleistungen handelt (§ 2). Besondere Vorschriften gelten für die Leistungen außerhalb des Kassenbezirks (§ 3).

#### § 1.

#### Sachleistungen.

Die Sachleistungen, hauptsächlich die Krankenpflege, werden den Entschädigungsberechtigten in Natur zur Verfügung gestellt. Die Kasse bestimmt, durch welche Ärzte, Apotheken und Krankenhäuser die Leistung erfolgt<sup>3)</sup> und bezahlt die entstehenden Kosten unmittelbar an diese. Nur ausnahmsweise, besonders in dringenden Fällen, kommt Erstattung des verauslagten Betrags an den Versicherten in Frage.

In der Regelung ihrer Beziehung zu Ärzten und Zahnärzten haben die Krankenkassen volle Freiheit. Sie müssen zwar die vorgeschriebene Krankenpflege gewähren, aber der Weg, auf dem sie dies tun, steht in ihrem Ermessen. Sie können beliebige Vereinbarungen mit einem oder mehreren Ärzten oder Arztverbänden schließen. Das Gesetz schreibt für diese Verträge lediglich schriftliche Form vor. Ärzte und Kranken-

<sup>1)</sup> Im Falle des § 221 (vgl. S. 157) beim Arbeitgeber.

<sup>2)</sup> Zur Auszahlung des Krankengeldes wird regelmäßig eine ärztliche Bescheinigung (Krankenschein) verlangt.

<sup>3)</sup> Vgl. S. 90.

kassen stehen sich völlig als freie und gleichberechtigte Vertragsgegner gegenüber, §§ 368, 374 <sup>1)</sup>).

Auch ihre Beziehungen zu Krankenhäusern regeln die Krankenkassen nach freiem Ermessen. Gewährt aber die Kasse die Krankenhauspflege nur durch bestimmte Krankenhäuser, so darf sie Krankenhäuser, die zu wohltätigen oder gemeinnützigen Zwecken oder von öffentlichen Verbänden und Körperschaften errichtet sind und die Krankenhauspflege zu den gleichen Bedingungen übernehmen, nur aus einem wichtigen Grund mit Zustimmung des Oberversicherungsamts ausschließen, § 371 <sup>2)</sup>).

Nicht die gleiche Freiheit besitzen die Kassen gegenüber den Apotheken. Sie können zwar auch mit bestimmten einzelnen Apotheken und hinsichtlich der dem freien Verkehr überlassenen Heilmittel auch mit anderen Personen beliebige Vereinbarungen treffen; aber alle Apotheken im Kassenbereich können solchen Vereinbarungen beitreten und müssen dann zu den vereinbarten Bedingungen zur Arzneilieferung an die Mitglieder zugelassen werden, § 375.

Die Apotheken müssen den Kassen einen Abschlag vom Preis der Arzneitaxe gewähren, der von der obersten Verwaltungsbehörde festgesetzt wird und von einem bestimmten Mindestbezug abhängig gemacht werden kann. Für einfache Arzneimittel, welche sonst ohne ärztliche Verschreibung im Handverkauf abgegeben zu werden pflegen, setzt die höhere Verwaltungsbehörde die Höchstpreise fest, § 376 <sup>3)</sup>).

Genügt bei einer Kasse die Krankenpflege den berechtigten Anforderungen der Mitglieder nicht, so greift die staatliche Aufsicht ein, die hier ausnahmsweise das Oberversicherungsamt ausübt. Dieses kann nach Anhörung der Kasse jederzeit anordnen, daß die Leistungen noch durch andere Ärzte oder andere Krankenhäuser und Apotheken zu gewähren sind. Die Anordnung soll aber auf die erforderliche Dauer beschränkt werden und bedarf, wenn sie über ein Jahr gelten soll, der Genehmigung der obersten Verwaltungsbehörde, § 372. Wird die Anordnung nicht binnen der gesetzten Frist befolgt, so kann das Oberversicherungsamt selbst das Erforderliche auf Kosten der Kasse veranlassen, wobei aber bereits getroffene Vereinbarungen in Kraft bleiben. Gegen solche Anordnungen und Maßnahmen kann die Kasse binnen einer Woche Beschwerde bei der obersten Verwaltungsbehörde einlegen, § 373.

---

<sup>1)</sup> Die vielfach erhobene Forderung, ein bestimmtes Arztsystem bindend vorzuschreiben (insbes. die beschränkt freie Arztwahl), ist abgelehnt worden; ebenso die im Entwurf zur Reichsversicherungsordnung vorgesehene Einsetzung von Vertragsausschüssen zur Schlichtung von Streitigkeiten zwischen Ärzten und Kassen.

<sup>2)</sup> Entgegenstehende Verträge zwischen Kassen und Krankenhäusern enden spätestens 2 Jahre nach dem Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung, Art. 41.

<sup>3)</sup> Vgl. auch S. 91, Anm. 1.



## § 2.

**Geldleistungen.**

Die Geldleistungen werden dem Entschädigungsberechtigten ausgezahlt.

Die Auszahlung erfolgt entweder bei der Kasse selbst oder bei der zuständigen Zahlstelle, § 345 Nr. 5. Auf Antrag beteiligter Kassen kann der Beschlüssausschuß des Versicherungsamts die gemeinsamen Meldestellen<sup>1)</sup> als Zahlstellen bestimmen. Schließlich kann er die Geschäfte der Zahlstellen auch den Ortsbehörden übertragen, wenn deren Aufsichtsbehörden es genehmigt, § 404.

Das Sterbegeld wird auf einmal, die übrigen Geldleistungen (Kranken-, Wochen-, Haus- und Schwangerengeld) ratenweise und zwar nachträglich mit Ablauf jeder Woche<sup>2)</sup> bezahlt. Vorauszahlung ist unstatthaft, § 210.

Nicht entmündigten Trunksüchtigen<sup>3)</sup> können auf Anordnung des Versicherungsamts<sup>4)</sup> statt der Geldleistungen ganz oder teilweise Sachleistungen<sup>5)</sup> gewährt werden. Auf Antrag eines beteiligten Armenverbands oder der Gemeindebehörde muß dies geschehen. Die Sachleistungen gewährt die Gemeinde des Wohnorts. Dafür geht der Geldanspruch im Wert der Sachbezüge auf sie über. Einen Rest der Geldleistung erhalten der Ehegatte des Entschädigungsberechtigten, seine Kinder oder Eltern oder, wenn solche fehlen, die Gemeinde zur Verwendung für ihn, §§ 120, 121.

## § 3.

**Leistungen außerhalb des Kassenbezirks.**

Besondere Schwierigkeiten bereitet die Bewirkung der Leistungen, wenn sich ein Erkrankter nicht im Bezirke seiner Kasse aufhält. Das Gesetz hat in diesem Falle die Gewährung der Entschädigung folgendermaßen geregelt:

a) **Wohnt ein Kranker<sup>6)</sup> außerhalb des Kassenbezirks**, so kann er sich zunächst nur an seine Kasse halten. Diese kann aber die allgemeine Ortskrankenkasse seines Wohnorts<sup>7)</sup> ersuchen, dem Kranken die Entschädigung an ihrer Stelle und auf ihre Rechnung zu gewähren. Besteht am Wohnort für Versicherte der fraglichen Art eine besondere Orts- oder Landkrankenkasse<sup>8)</sup>, so hat diese

<sup>1)</sup> Vgl. S. 132.

<sup>2)</sup> Entweder an bestimmten Wochentagen oder vom Beginn der Entschädigung an.

<sup>3)</sup> Bei entmündigten entscheidet der Vormund.

<sup>4)</sup> Diese Anordnung erläßt der Beschlüssausschuß nach Anhörung der Gemeinde und des Berechtigten. Auf Beschwerde entscheidet entgültig das Oberversicherungsamt.

<sup>5)</sup> Auch Unterbringung in einer Trinkerheilanstalt ist zulässig.

<sup>6)</sup> Auch ein Familienangehöriger oder ein ausgeschiedener Erwerbsloser.

<sup>7)</sup> Das ist der Ort des tatsächlichen Aufenthalts, nicht der Wohnsitz im Sinne des BGB.

<sup>8)</sup> Wegen knappschaftlicher Krankenkassen vgl. § 500.

einzutreten. Ob die verpflichtete Kasse von ihrem Rechte Gebrauch machen will, steht in ihrem freien Ermessen. Tut sie es, so erlangt der Kranke einen unmittelbaren Anspruch gegen die ersuchte Kasse, § 219.

- b) Erkrankt <sup>1)</sup> ein Versicherter während eines vorübergehenden Aufenthalts außerhalb seines Kassenbereichs, so hat die entsprechende Kasse des Erkrankungsortes solange einzutreten, als er seines Zustandes wegen nicht in seinen Wohnort zurückkehren kann. Eines besonderen Antrags der verpflichteten Kasse bedarf es hier nicht. Der Versicherte hat ohne weiteres einen Entschädigungsanspruch gegen die Kasse des Erkrankungsortes, ist aber nicht verpflichtet, sich an diese zu wenden. Die in Anspruch genommene Kasse hat der endgültig verpflichteten den Eintritt des Versicherungsfalles binnen einer Woche mitzuteilen und soll ihre Wünsche wegen der Art der Entschädigung tunlichst befolgen. Ihre Verpflichtung endet, sobald der Erkrankte nach seinem Wohnort zurückkehren kann, § 220 <sup>2)</sup>.

Diese Art der Bewirtung der Leistung wird hauptsächlich auch bei den versicherten Wandergewerbetreibenden vorkommen.

- c) Erkrankt ein Versicherter im Ausland, so tritt der Arbeitgeber in die Verpflichtung der Kasse ein. Dieser hat ohne weiteren Antrag die der Kasse obliegenden Leistungen solange zu gewähren, als der Kranke seines Zustandes wegen nicht ins Inland zurückkehren kann. Der Arbeitgeber muß der Kasse den Versicherungsfall binnen einer Woche anzeigen und soll ihre Wünsche wegen der Art der Entschädigung tunlichst befolgen. Die Kasse ist berechtigt, die Fürsorge selbst zu übernehmen, § 221 <sup>3)</sup>.

In allen drei Fällen hat die aushelfende Krankenkasse oder der Arbeitgeber einen selbständigen Erstattungsanspruch gegen die Kasse des Versicherten. Dabei wird für die Kosten der Krankenpflege ein Pauschbetrag von drei Achteln des Grundlohnes erstattet, § 222. Entsteht über die Erstattung Streit, so entscheidet das Versicherungsamt im Spruchverfahren, § 224.

#### Fünfter Abschnitt.

## Verhältnis des Entschädigungsanspruchs zu anderen Ansprüchen.

Mit dem Anspruch auf Krankenentschädigung können in der Person des Entschädigungsberechtigten noch andere Ansprüche zu-

<sup>1)</sup> Anders, wenn er sich nach der Erkrankung aus dem Kassenbereich entfernt.

<sup>2)</sup> Dann kann immer noch ein Ersuchen nach § 219 erfolgen.

<sup>3)</sup> Begibt sich ein Erkrankter nach Eintritt des Versicherungsfalles freiwillig ins Ausland, so ruht sein Entschädigungsanspruch, solange er sich ohne Zustimmung des Vorstandes dort aufhält, § 216 Nr. 2.

sammentreffen, die auf die Gewährung einer Entschädigung wegen der gleichen oder einer gleichartigen Beeinträchtigung für den gleichen Zeitraum gerichtet sind. Insbesondere können Krankheit, Niederkunft und Tod außer auf dem Gebiete der Krankenversicherung auch noch auf anderen Rechtsgebieten Ansprüche zur Entstehung bringen.

- a) Diese anderen Ansprüche können ihre Grundlagen in dem sozialen Versicherungsrecht selbst haben. Krankheit, Niederkunft und Tod können durch einen Betriebsunfall herbeigeführt sein oder zugleich die Voraussetzung einer Entschädigung auf dem Gebiete der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung erfüllen. Dann entstehen auch auf dem Gebiet der Unfall-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung Entschädigungsansprüche, welche die krankheitsrechtlichen erheblich beeinflussen können (Kap. I).
- b) Auch auf anderen Gebieten des öffentlichen Rechts können die entschädigungspflichtigen Tatbestände Ansprüche begründen. Hauptsächlich können sie armenrechtliche Hilfsbedürftigkeit herbeiführen, so daß die öffentliche Armenunterstützung einzutreten hat <sup>1)</sup>, § 1527 (Kap. II).
- c) Endlich können Krankheit, Niederkunft und Tod privatrechtliche Ansprüche entstehen lassen, die entweder unmittelbar auf dem Gesetz oder auf rechtsgeschäftlicher Grundlage beruhen (Kap. III).

## Kapitel I.

### Verhältnis zu sozialrechtlichen Ansprüchen.

Die mit einem krankheitsrechtlichen Entschädigungsanspruch zusammenstehenden sozialrechtlichen Ansprüche sind entweder gleichfalls solche der Krankenversicherung oder solche der Invaliden-, Hinterbliebenen- und Unfallversicherung.

- a) Was das Gebiet der Krankenversicherung betrifft, so ist ein Zusammentreffen mehrerer Ansprüche auf Krankenhilfe ausgeschlossen, weil auch bei mehreren Krankheitsursachen stets nur eine Krankheit im gesetzlichen Sinne vorliegt. Dagegen können die Voraussetzungen der Krankenhilfe und der Wochenhilfe zugleich erfüllt sein. In diesem Falle schließt der Anspruch auf Wochengeld den Anspruch auf Krankengeld aus <sup>2)</sup>; im übrigen stehen beide Entschädigungsleistungen aber selbständig nebeneinander. Die kranke Wöchnerin erhält also Wochengeld und Krankenpflege. Hat sie Anspruch auf freiwillige Mehrleistungen an Wochenhilfe, die in der Krankenpflege nicht schon enthalten sind, so erhält sie auch diese, z. B. Hebammendienste, § 195 Abs. III.

---

<sup>1)</sup> Ein Rechtsanspruch des Hilfsbedürftigen steht der Verpflichtung des Armenverbands allerdings nicht gegenüber.

<sup>2)</sup> Das gleiche wird auch beim Zusammentreffen sonstiger Barleistungen z. B. des Krankengelds mit Schwangerengeld gelten müssen.

- b) Die gesetzliche Regelung des Zusammentreffens der krankenrechtlichen Ansprüche mit solchen der übrigen Zweige des sozialen Versicherungsrechts, also der Invaliden- und Hinterbliebenen- und der Unfallversicherung, ist nur bei Kenntnis dieser Versicherungszweige verständlich. Sie wird daher erst dort zur Darstellung kommen. Vgl. S. 234, 247 und S. 369 ff.

## Kapitel II.

### Verhältnis zur Armenunterstützung.

Wird durch einen entschädigungspflichtigen Tatbestand der Krankenversicherung (Krankheit, Niederkunft, Tod) gleichzeitig auch armenrechtliche Hilfsbedürftigkeit hervorgerufen <sup>1)</sup>, so können die Leistungen der Krankenversicherung mit denen der öffentlichen Armenunterstützung zusammentreffen, §§ 1527, 1532. Dabei ist zu beachten, daß die Armenunterstützung stets nur subsidiär ist, also nur dann Platz greift, wenn ein anderer im Sinne des Armenrechts ausreichender Unterhalt nicht vorhanden ist.

Die Armenunterstützung kann hiernach ergänzend neben der Krankenentschädigung gewährt werden, soweit diese zum Unterhalt nicht ausreicht. Sie kann aber auch vorläufig an Stelle einer Krankenentschädigung solange eintreten, bis diese gewährt wird.

Im ersten Falle erhält der Berechtigte die Leistungen der Krankenversicherung und der Armenunterstützung selbständig nebeneinander, und zwar die der Krankenversicherung in der vollen geschuldeten Höhe, die der Armenunterstützung, soweit eine Ergänzung erforderlich ist. Im letzteren Falle ist dagegen der Armenverband <sup>2)</sup> berechtigt, von der Krankenkasse insoweit Ersatz zu verlangen, als er dem Hilfsbedürftigen Leistungen gewährt hat, die bei Leistung der geschuldeten Entschädigung nicht erforderlich gewesen wären, § 1531.

Dieser Ersatz erfolgt regelmäßig nicht aus dem allgemeinen Vermögen der Krankenkasse, sondern aus den einzelnen Entschädigungsleistungen, auf die sonst der Entschädigungsberechtigte Anspruch hat. Soweit daher der Armenverband für seine Unterstützungen Ersatz aus der Krankenentschädigung verlangen kann, erhält der Berechtigte nicht den vollen Betrag dieser Entschädigung zu der Armenunterstützung hinzu, sondern die Kasse kann die Befriedigung seines Entschädigungsanspruchs in Höhe des Ersatzanspruchs verweigern (Einrede des Ersatzanspruchs).

Der Ersatz für die einzelnen Unterstützungsleistungen erfolgt stets aus den entsprechenden gleichartigen Leistungen der Krankenversicherung und zwar in folgender Weise:

<sup>1)</sup> Ist die Armenunterstützung nicht durch den entschädigungspflichtigen Tatbestand veranlaßt, besteht also Verschiedenheit des Leistungsgrundes, so stehen beide Leistungen völlig selbständig nebeneinander, § 1532.

<sup>2)</sup> Das gleiche gilt für Gemeinden, Betriebsunternehmer und Kassen, die nach gesetzlicher Vorschrift Hilfsbedürftige unterstützen, § 1541. Andererseits gilt es auch für knappschaftliche Krankenkassen und Ersatzkassen, § 1544.

1. Begräbniskosten, die der Armenverband beim Tode des Versicherten geleistet hat, sind aus dem Sterbegeld zu ersetzen und zwar, soweit dieses ausreicht, bis zum vollen Betrag der Unterstützungskosten, § 1533 Nr. 1. Das Sterbegeld wird also insoweit an den Armenverband statt an den sonstigen Entschädigungsberechtigten ausbezahlt.
2. Unterstützungen, die der Krankenpflege entsprechen, können ihrer Natur nach für die gleiche Zeit nur einmal gewährt werden. Hat sie der Berechtigte schon als Armenunterstützung erhalten, so wird die Kasse von ihrer Verpflichtung ihm gegenüber frei. Sie muß aber dem Armenverband, der an ihrer Stelle geleistet hat, aus ihren Mitteln Ersatz leisten und zwar in Höhe eines Pauschbetrags von drei Achteln des Grundlohns, § 1533 Nr. 2.
3. Alle anderen Unterstützungen der Armenverbände werden aus den ihnen entsprechenden Leistungen der Krankenversicherung, also hauptsächlich aus dem Krankengeld ersetzt. Dabei wird für den Unterhalt im Krankenhaus, der also von der Krankenpflege zu trennen ist (vgl. Nr. 2), die Hälfte des Grundlohns angesetzt. Bei sonstigen Unterstützungen ist der tatsächlich aufgewendete Betrag maßgebend, § 1533 Nr. 3.

Soweit der Ersatz aus fortlaufenden Geldleistungen wie Kranken-, Wochen- oder Hausgeld stattfindet, ist der Ersatzanspruch nicht stets bis zur vollen Höhe des vom Armenverband aufgewendeten Betrags begründet. Er ist vielmehr in doppelter Hinsicht beschränkt, einmal hinsichtlich seiner Höhe und andererseits hinsichtlich des Betrags der Krankenentschädigung, auf welchen der Armenverband zur Befriedigung seines Ersatzanspruchs jeweils zugreifen kann.

- a) Was die Höhe des Ersatzanspruchs betrifft, so ist er regelmäßig nur bis zum Betrag der halben Krankenentschädigung begründet, die auf die gleiche Zeit entfällt, wie die Armenunterstützung. Nur ausnahmsweise, solange der Kranke vollständigen Unterhalt erhalten hat, ist der Ersatzanspruch bis zur vollen Höhe der Kassenleistung begründet. Der Armenverband erhält also regelmäßig nur insoweit Ersatz seiner Unterstützungen, als diese die Hälfte der entsprechenden Kassenleistung für die gleiche Zeit nicht übersteigen. Soweit dagegen die Armenunterstützung für die Zeit des Zusammentreffens dieses Maß übersteigen, findet ein Ersatz nicht statt<sup>1)</sup>, §§ 1533 Nr. 3, 1506.

Beispiel: Hat ein Armenverband einen Hilfsbedürftigen während zweier Monate mit je 30 M unterstützt und hatte dieser im ersten Monat Anspruch auf ein Krankengeld von täglich 1,50 M, so kann der Armenverband nur für seine Unterstützung im ersten Monat und nur bis zur Höhe des halben Krankengeldes, also  $\frac{1,50 \cdot 30}{2}$   
 = 22,50 M Ersatz verlangen.

<sup>1)</sup> Insoweit ist also ein Anspruch auf Doppelleistungen begründet.

Erhielt der Hilfsbedürftige jedoch vollen Unterhalt in einem Armenhause, so ist der Ersatzanspruch in Höhe der gesamten Aufwendungen für den ersten Monat bis zu 45 M begründet.

- b) Was das Maß des Zugriffs betrifft, so kann der Armenverband für seine Ersatzansprüche, soweit diese aus laufenden Kassenleistungen zu ersetzen sind, Befriedigung nicht jederzeit in Höhe der vollen Kassenleistung verlangen. Vielmehr ist ein Zugriff des Armenverbands zur Befriedigung seiner Ersatzansprüche in voller Höhe nur zulässig auf etwa aufgelaufene rückständige Beträge und auf solche Entschädigungsleistungen, die während der Zeit des vollständigen Unterhalts in einer Anstalt laufen. Im übrigen ist ein Zugriff jeweils nur in Höhe der Hälfte der laufenden Kassenleistung zulässig, so daß den Berechtigten mindestens die Hälfte der Entschädigung freibleibt. Jedoch ist der Armenverband zur Befriedigung seiner Ersatzansprüche nicht etwa auf diejenigen Kassenleistungen beschränkt, welche in die Zeits seiner Unterstützung fallen, er kann vielmehr auch Beträge aus früheren oder späteren Zeiten zu seiner Befriedigung in Anspruch nehmen, §§ 1533 Nr. 3, 1507.

Die Befriedigung des Ersatzanspruchs erfolgt, indem die Teilleistungen, auf die zugegriffen worden ist, anstatt an den Entschädigungsberechtigten an den Armenverband gezahlt werden.

Der Armenverband muß seinen Ersatzanspruch bei Vermeidung des Ausschlusses binnen 6 Monaten nach Ablauf der Unterstützung bei der Krankenkasse geltend machen, § 1539. Streit über Ersatzansprüche wird im Spruchverfahren entschieden, § 1540.

Um sich möglichst vor eigener Inanspruchnahme zu schützen, kann der Armenverband auch selbst die Feststellung der Kassenentschädigung betreiben und Rechtsmittel einlegen. Der Ablauf von Fristen, die ohne sein Verschulden verstrichen sind, wirkt nur dann gegen ihn, wenn es Verfahrensfristen sind und er das Verfahren selbst betreibt <sup>1)</sup>, §§ 1538, 1509.

### Kapitel III.

## Verhältnis zu privatrechtlichen Ansprüchen.

Die mit dem krankenrechtlichen Entschädigungsanspruch zusammenstehenden privatrechtlichen Ansprüche beruhen entweder unmittelbar auf dem Gesetz oder auf rechtsgeschäftlicher Grundlage.

- a) Gesetzliche Ansprüche können auf den verschiedensten Rechtsgebieten entstehen. Hauptsächlich kommen in Betracht Ansprüche aus dem Reichshaftpflichtgesetz vom 7. Juni 1871 (RGBl. 1871 S. 207 und 1896 S. 616) aus dem Reichsgesetz über den Verkehr mit Kraftfahrzeugen vom 3. Mai 1909 (RGBl. 1909 S. 437) und aus den

<sup>1)</sup> Hier kann aber Wiedereinsetzung in den vorigen Stand in Frage kommen, § 131.

Vorschriften des bürgerlichen Gesetzbuches über unerlaubte Handlungen (hauptsächlich die §§ 823, 825, 831, 833, 836 bis 838, 839 und 618 BGB.) und über die Haftung des außerehelichen Vaters (§ 1715 BGB.)<sup>1)</sup>.

Alle diese gesetzlichen Ansprüche lassen den krankenrechtlichen Entschädigungsanspruch unberührt. Ein Versicherter kann also ungeachtet privatrechtlicher Ansprüche von seiner Kasse stets die volle Entschädigung verlangen. Um aber eine doppelte Entschädigung des gleichen Schadens zu verhüten, gehen die Schadenersatzansprüche des Verletzten gegen andere Verpflichtete insoweit auf die Krankenkasse über, als diese ihm Leistungen zu gewähren hat (*cessio legis*), § 1542. Dabei ist aber zu beachten, einmal daß nur gesetzliche (also nicht etwa auf Rechtsgeschäft beruhende) Ansprüche übergehen, und weiter, daß nur Schadenersatzansprüche übergehen, nicht aber z. B. Unterhaltsansprüche zwischen Verwandten und Ehegatten.

Der Wert der Kassenleistungen, für welche durch den Forderungsübergang Ersatz geleistet wird, berechnet sich, soweit nicht Geldleistungen in Frage stehen, nach Pauschbeträgen. Für die Krankenpflege werden  $\frac{3}{8}$ , für den Unterhalt im Krankenhaus die Hälfte des Grundlohns angesetzt, §§ 1542 Abs. II, 1503.

Soweit ein Schadenersatzanspruch übergeht, tritt an Stelle des Verletzten die Krankenkasse als Gläubiger. Nur soweit der Schadenersatzanspruch die Kassenleistung übersteigt, verbleibt er dem Verletzten. Leistet der Schuldner zu Unrecht an den Verletzten, so hängt seine Befreiung davon ab, ob er den Übergang der Forderung gekannt hat, §§ 412, 407 BGB. Wird er befreit, so kann sich die Kasse lediglich an den ungerechtfertigt bereicherten Entschädigungsberechtigten halten, §§ 812 ff. BGB. Dabei darf sie ihren Ersatzanspruch auch gegen die ihr obliegende Entschädigung aufrechnen, § 223.

Trotz seines Überganges auf die Krankenkasse bleibt der Schadenersatzanspruch ein solcher des bürgerlichen Rechts. Für seine Geltendmachung sind daher die ordentlichen Gerichte zuständig. Diese sind aber an die Vorentscheidung der Versicherungsbehörden insoweit gebunden, als es sich darum handelt, ob und in welcher Höhe die Kasse zur Entschädigung verpflichtet ist. Bis zur Entscheidung dieser Frage ist das gerichtliche Verfahren auszusetzen, §§ 1543, 901.

---

<sup>1)</sup> Nicht hierher gehört § 617 BGB., nach welchem der Dienstherr dem in die häusliche Gemeinschaft aufgenommenen Dienstpflichtigen bei Erkrankung die erforderliche Pflege und Behandlung bis zu 6 Wochen zu gewähren hat; denn diese Vorschrift greift nur in Ermangelung der Krankenversicherung ein. Landesrechtliche Vorschriften, welche den Dienstherrn zur Sorge für Kur und Pflege des erkrankten Gesindes verpflichteten (und die nach Art. 95 Einf.-Ges. zum BGB. über § 617 BGB. hinaus zulässig waren), sind mit Rücksicht auf die Zwangsversicherung des Gesindes in Art. 42 Einf. Ges. zur RVO. aufgehoben. In diesen Fällen kann also ein Zusammentreffen von Ansprüchen nicht stattfinden.

Beispiel: Ein Versicherter wird durch den X vorsätzlich verletzt, und erhält bis zu seiner Wiederherstellung eine zehntägige Krankenhausbehandlung von der Kasse. Beträgt der Grundlohn 4 M, so geht der Anspruch des Verletzten gegen X in Höhe von  $\frac{3}{8}$  (für die Krankenpflege) +  $\frac{1}{2}$  (für den Unterhalt im Krankenhaus) =  $\frac{7}{8}$  des Grundlohns, also 10 · 3,50 = 35 M auf die Krankenkasse über. Der Rest des Schadenersatzanspruchs bleibt dem Verletzten.

- b) Rechtsgeschäftliche Ansprüche bei Eintritt eines Versicherungsfalls können sowohl auf Verträgen, als auf letztwilligen Verfügungen oder auf Satzungen von Familienstiftungen oder Vereinen beruhen. Von besonderer Wichtigkeit ist der Abschluß von Versicherungsverträgen mit Privatgesellschaften, durch welche für den Fall der Krankheit oder des Todes Entschädigungen vereinbart werden.

Alle diese rechtsgeschäftlichen Verpflichtungen werden durch das soziale Versicherungsrecht nicht berührt und stehen unabhängig neben den krankenrechtlichen Entschädigungsansprüchen. Nur die privatrechtliche Krankenversicherung kann zu einer Beschränkung der Kassenleistungen führen. Es ist den Versicherten zwar nicht verwehrt, sich gegen den wirtschaftlichen Schaden einer Krankheit noch selbst (z. B. bei Versicherungsverträgen auf Gegenseitigkeit) zu versichern. Aber diese Doppelversicherung darf nicht zu einer Überversicherung führen, d. h. den Versicherten bei Eintritt einer Erkrankung gegenüber seinen sonstigen Verhältnissen besser stellen <sup>1)</sup>. Deshalb wird, wenn ein Versicherter gleichzeitig aus einer anderen Versicherung Krankengeld bezieht, die Kassenleistung soweit gekürzt, daß das gesamte Krankengeld den Durchschnittsbetrag des wirklichen täglichen Arbeitsverdienstes nicht übersteigt, § 189 <sup>2)</sup>. (Einrede des überschrittenen Gesamthöchstbetrags).

Zur Durchführung dieser Bestimmung kann die Satzung die Mitglieder zur Mitteilung derartiger Bezüge verpflichten <sup>3)</sup> und bei Unterlassung der Mitteilung Ordnungsstrafen bis zum dreifachen Betrag des täglichen Krankengeldes verhängen, §§ 190, 529.

- c) Die Frage, ob während entschädigungspflichtiger Krankheiten oder Wochenbetten die Vergütung aus Dienstverträgen fortzuzahlen ist, entscheidet sich nach den Vorschriften des bürgerlichen Rechts. Nach § 616 des bürgerlichen Gesetzbuchs behält der Dienstpflichtige seine Ansprüche, wenn er für eine verhältnismäßig nicht erhebliche Zeit aus einem in seiner Person liegenden Grund, also z. B. wegen Krankheit, unverschuldet an der Dienstleistung verhindert wird. Nach § 63 des Handelsgesetzbuchs behält ein Handlungsgehilfe, der durch unverschuldetes Unglück an der Dienstleistung verhindert wird, seinen Anspruch auf Gehalt und Unterhalt, jedoch nicht über die Dauer von 6 Wochen hinaus.

<sup>1)</sup> Hierin folgt das Gesetz dem allgemeinen versicherungsrechtlichen Grundsatz, daß die Versicherung zwar einen Ausgleich eines eintretenden Schadens, nicht aber einen Vorteil gewähren soll.

<sup>2)</sup> Die Satzung kann diese Kürzung ganz oder teilweise ausschließen.

<sup>3)</sup> Nach ihrer Herkunft darf aber nicht gefragt werden, § 190.



Den Dienstboten können die Landesgesetze nach Art. 95 des Einf.-Ges. zum bürgerlichen Gesetzbuch noch weitergehende Ansprüche einräumen, die durch Art. 42 Abs. II des Einf.-Ges. zur RVO. ausdrücklich aufrecht erhalten sind.

Durch diese privatrechtlichen Ansprüche auf Weiterzahlung von Dienstbezügen werden die Entschädigungsansprüche gegen die Krankenkassen nicht berührt. Dagegen werden umgekehrt die privatrechtlichen Ansprüche zum Teil durch die Kassenleistungen beeinflußt. Der Dienstberechtigte muß sich auf seine Vergütung den Betrag anrechnen lassen, der ihm für die Zeit seiner Verhinderung aus der Pflichtversicherung bei einer Krankenkasse zukommt, § 616 Satz 2 BGB. Auch Dienstboten müssen sich diese Anrechnung gefallen lassen, § 436 <sup>1)</sup>. Nur den Handlungsgehilfen bleibt nach zwingender gesetzlicher Vorschrift der Anspruch auf die vollen Bezüge, § 63 Abs. II des Handelsgesetzbuchs.

---

<sup>1)</sup> Diese Vorschrift war mit Rücksicht auf den Vorbehalt in Art. 95 E.-G. zum BGB. erforderlich.

**Dritter Teil.**

**Der Entschädigungsanspruch bei Invalidität  
und Tod des Ernährers.**

**(Das Recht der Invaliden- und Hinter-  
bliebenenversicherung.)**

Die Invalidenversicherung will den wirtschaftlichen Schaden ausgleichen, der durch Invalidität und Alter regelmäßig entsteht, während die Hinterbliebenenversicherung beim Tode des Ernährers helfend eintritt. Beide Rechtsgebiete sind in der Weise vereinigt, daß bestimmte Angehörige der in der Invalidenversicherung versicherungsfähigen Personen ohne weiteres in der Hinterbliebenenversicherung versicherungsfähig sind und daß jeder gegen Invalidität Versicherte durch Erfüllung der Voraussetzungen für die Gewährung der Invalidenentschädigung zugleich für seine Angehörigen Anspruch auf Hinterbliebenenentschädigung erwirbt.

Das Recht der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung ist teils in der Reichsversicherungsordnung, teils in dem Versicherungsgesetz für Angestellte enthalten. Beide Rechtsgebiete stehen selbständig nebeneinander. Entschädigungsansprüche aus der Reichsversicherungsordnung und aus dem Versicherungsgesetz für Angestellte schließen sich nicht aus, sondern können in einer Person zusammentreffen, wenn diese Person die Voraussetzungen beider Gesetze erfüllt<sup>1)</sup>. Die nähere Ausgestaltung der Entschädigungsansprüche auf beiden Gebieten ist aber eine verschiedene, sodaß die Übersichtlichkeit getrennte Darstellung fordert.

### **Erste Unterabteilung.**

## **Der Entschädigungsanspruch nach der Reichsversicherungsordnung.**

### **Erster Abschnitt.**

## **Voraussetzungen des Entschädigungsanspruchs.**

Die Entstehung eines Entschädigungsanspruchs auf dem Gebiet der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung ist regelmäßig an vier Voraussetzungen geknüpft:

- a) Die erste Voraussetzung bildet die Zugehörigkeit zu einem bestimmten Personenkreis. Nicht jedermann ist fähig, einen An-

---

<sup>1)</sup> Jedoch ruhen in diesem Fall die Renten der Angestelltenversicherung, soweit beide Leistungen zusammen einen bestimmten Höchstbetrag übersteigen; vgl. S. 267.

- spruch auf Invaliden- und Hinterbliebenenentschädigung zu erlangen, also versicherungsfähig, sondern nur, wer bestimmten sozialen Klassen angehört oder zu einer Person, die diesen Klassen angehört, in einem bestimmten Angehörigenverhältnis steht.
- b) Sodann muß die *Wartezeit* erfüllt, d. h. es müssen eine bestimmte Zeit hindurch Beiträge entrichtet sein. Die Beitragsleistung ist eine einheitliche, so daß durch die Beiträge für die Invalidenversicherung zugleich auch die Wartezeit für die Ansprüche auf Hinterbliebenenentschädigung erfüllt wird.
  - c) Die dritte Voraussetzung bildet die *Erhaltung der Anwartschaft*. Durch die Beitragsleistung entsteht eine rechtlich begründete Aussicht auf Entschädigung. Diese sogenannte Anwartschaft bleibt nur erhalten, wenn die Beitragsleistung im vorgeschriebenen Maße fortgesetzt wird. Geschieht das nicht, so erlischt sie, und die entrichteten Beiträge können auf die Wartezeit nicht mehr angerechnet werden.
  - d) Die letzte Voraussetzung endlich bildet ein *Tatbestand*, an welchen die Entstehung eines Entschädigungsanspruchs als Folge gesetzlich geknüpft ist (*entschädigungspflichtiger Tatbestand*). Solche Tatbestände sind in der Invalidenversicherung die Invalidität und das Alter, in der Hinterbliebenenversicherung der Tod des Ernährers.

Diese vier Voraussetzungen müssen stets erfüllt sein, wenn ein Entschädigungsanspruch entstehen soll. Sie gelten auch für die Hinterbliebenenversicherung; nur werden sie hier nicht von den entschädigungsberechtigten Hinterbliebenen selbst, sondern von ihrem gegen Invalidität versicherten Angehörigen erfüllt. Außer diesen allgemeinen kennt aber die Hinterbliebenenversicherung noch eine Reihe besonderer Voraussetzungen, die bei den einzelnen Ansprüchen verschieden sind und daher dort zur Darstellung kommen (vergl. Seite 203 ff).

Hiernach gliedert sich die Darstellung der allgemeinen Voraussetzungen des Entschädigungsanspruchs auf dem Gebiet der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung in die Zugehörigkeit zu einem bestimmten Personenkreis (Kapitel I), die Wartezeit (Kapitel II), die Anwartschaft (Kapitel III) und die entschädigungspflichtigen Tatbestände (Kapitel IV).

## Kapitel I.

### Personenkreis.

Die Fähigkeit, einen Anspruch auf Invaliden- oder Hinterbliebenenentschädigung zu erlangen, ist stets an die Zugehörigkeit zu bestimmten sozialen Klassen geknüpft. Während aber in der Invalidenversicherung die eigene Person entscheidet, also die erforderlichen Eigenschaften stets in der Person des Versicherungsfähigen selbst gegeben sein müssen, ist in der Hinterbliebenenversicherung die Person eines Angehörigen maßgebend: Die Ehefrauen und Kinder, unter Umständen auch die

Ehemänner und Enkel der gegen Invalidität versicherten Personen können ohne weiteres Ansprüche auf Hinterbliebenenentschädigung erwerben. Die Versicherungsfähigkeit in der Hinterbliebenenversicherung ist also eine abgeleitete, und der Kreis der Personen, die sie besitzen, ergibt sich ohne weiteres aus dem Kreis der in der Invalidenversicherung Versicherungsfähigen.

Die versicherungsfähigen Personen zerfallen in die **Versicherungspflichtigen** und die **Versicherungsberechtigten**. Die Versicherungspflichtigen unterstehen der Versicherung zwangsweise ohne Rücksicht auf ihren Willen und ohne ihr Zutun lediglich auf Grund des Gesetzes. Die Versicherungsberechtigten unterstehen der Versicherung freiwillig auf Grund einer Willens-(Beitritts-)Erklärung, deren Abgabe ihrem Ermessen überlassen ist. Beide Gruppen werden im Gesetz vielfach verschieden behandelt<sup>1) 2)</sup>.

### A. Versicherungspflicht.

Die Versicherungspflicht in der Invalidenversicherung ist, von Einzelheiten abgesehen, übereinstimmend mit der Krankenversicherung geregelt. Wie dort erfaßt sie nur **bestimmte soziale Gruppen**. Wer diesen Gruppen angehört, ist aber nicht ohne weiteres kraft seiner Zugehörigkeit zu ihnen versicherungspflichtig. Er erlangt diese Eigenschaft vielmehr nur unter zwei Voraussetzungen, von denen die eine einen positiven, die andere einen negativen Inhalt hat.

- a) Positiv wird ein bestimmten gesetzlichen Anforderungen entsprechendes Beschäftigungsverhältnis vorausgesetzt.
- b) Negativ dürfen nicht gewisse Ausnahmen vorliegen, welche den Eintritt der Versicherungspflicht ausschließen.

Danach werden zunächst die versicherungspflichtigen Personengruppen (§ 1), dann die Erfordernisse der versicherungspflichtigen Beschäftigung (§ 2) und schließlich die Ausnahmen behandelt, welche die Versicherungspflicht ausschließen (§ 3) oder im Einzelfall Durchbrechungen zulassen (§ 4).

#### § 1.

### Die versicherungspflichtigen Personen.

A. Die Versicherungspflicht erstreckt sich auf die gleichen sozialen Gruppen, die auch in der Krankenversicherung versicherungspflichtig

<sup>1)</sup> Über den tieferen Unterschied zwischen Versicherungspflicht und Versicherungsberechtigung vgl. S. 39, 40.

<sup>2)</sup> Entsteht Streit über die Versicherungspflicht oder die Versicherungsberechtigung einer Person, so entscheidet das Versicherungsamt und auf Beschwerde endgültig das Oberversicherungsamt. Diese Behörden sind an die amtlich veröffentlichten, grundsätzlichen Entscheidungen des Reichsversicherungsamts gebunden, § 1459 (vgl. S. 28). Die bereits ergangenen grundsätzlichen Entscheidungen sind in den amtlichen Nachrichten des Reichsversicherungsamts veröffentlicht und in der Anleitung betr. den Kreis der nach der RVO. gegen Invalidität und Krankheit versicherten Personen systematisch zusammengestellt (A. N. 1912, S. 720ff.).

sind. Nur nach drei Richtungen bestehen Verschiedenheiten. Die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung greift weiter als die Krankenversicherung, indem sie die gesamte Schiffsbesatzung deutscher Seefahrzeuge erfaßt. Sie bleibt aber hinter der Krankenversicherung zurück, indem sie die Vollendung des 16. Lebensjahrs voraussetzt und die Versicherungspflicht der Hausgewerbetreibenden von einem Beschluß des Bundesrats abhängig macht.

Hiernach erstreckt sich die Versicherungspflicht kraft Gesetzes auf

1. Personen in niederer Stellung (Arbeiter, Gehilfen, Gesellen, Lehrlinge und Dienstboten).
2. Personen in gehobener Stellung (Betriebsbeamte, Werkmeister und Angestellte in ähnlich gehobener Stellung), sofern ihre Beschäftigung den Hauptberuf bildet.
3. Personen in bestimmten Berufen, nämlich
  - a) Handlungsgehilfen und Lehrlinge, Gehilfen und Lehrlinge in Apotheken,
  - b) Bühnen- und Orchestermitglieder,
  - c) Lehrer und Erzieher,
  - d) Schiffsbesatzung.

Für alle diese Personen beginnt die Versicherungspflicht erst mit dem ersten Tag des 17. Lebensjahrs<sup>1)</sup>. Eine Altersgrenze nach oben besteht nicht, § 1226.

Hinsichtlich der näheren Bestimmung und Umgrenzung der einzelnen Gruppen gelten die gleichen Grundsätze wie in der Krankenversicherung. Es wird daher auf S. 67 ff. II A—C verwiesen.

- B. Das Gesetz umschreibt den Kreis der Versicherungspflichtigen nicht endgültig, sondern ermächtigt den Bundesrat, ihn nach bestimmten Richtungen auszudehnen, § 1229. Der Bundesrat kann allgemein oder in einzelnen Bezirken die Versicherungspflicht für bestimmte Berufszweige erstrecken
  1. auf selbständige Gewerbetreibende und andere Betriebsunternehmer, die in ihren Betrieben regelmäßig keinen oder höchstens einen Versicherungspflichtigen beschäftigen. Eine derartige Erstreckung hat aber bisher nicht stattgefunden.
  2. Auf Hausgewerbetreibende<sup>2)</sup> ohne Rücksicht auf die Zahl ihrer hausgewerblich Beschäftigten. Auf Grund dieser Ermächtigung hat der Bundesrat zwei Bekanntmachungen erlassen, die nach Art. 104 auch unter der Herrschaft der Reichsversicherungsordnung wirksam bleiben:
    - a) Die Bekanntmachung betreffend die Invaliden- und Altersversicherung von Hausgewerbetreibenden der Textil-

<sup>1)</sup> Vgl. § 187 Abs. II BGB.

<sup>2)</sup> Über den Begriff des Hausgewerbetreibenden vgl. S. 43, 44. Der Bundesrat kann auch Auftraggebern hinsichtlich der für sie tätigen Hausgewerbetreibenden die Pflichten der Arbeitgeber auferlegen, was bisher nicht geschehen ist, § 1230.

industrie vom 1. März 1894 und 9. November 1895<sup>1)</sup>. Nach dieser Bekanntmachung sind nicht sämtliche Hausgewerbetreibenden der Textilindustrie versicherungspflichtig, sondern nur die in der Weberei, Wirkerei, Maschinenstrickerei und ihren Vor- und Nacharbeiten (z. B. Spulerei und Appretierung) Beschäftigten.

- b) Die Bekanntmachung betreffend die Erstreckung der Versicherungspflicht nach dem Invaliden- und Altersversicherungsgesetz auf die Hausgewerbetreibenden der Tabakfabrikation vom 16. Dezember 1891<sup>2)</sup>, welche alle mit Herstellung oder Bearbeitung von Tabakfabrikaten beschäftigten Hausgewerbetreibenden der Versicherungspflicht unterstellt.

## § 2.

### Die versicherungspflichtige Beschäftigung.

Wer den in § 1 behandelten Personengruppen angehört, ist nicht schlechthin versicherungspflichtig. Er wird dies vielmehr nur insoweit, als er eine bestimmt gartete Beschäftigung ausübt. Ein Arbeiter oder Handlungsgehilfe ist nicht als solcher versicherungspflichtig, sondern nur, wenn und so lange er in einem Beschäftigungsverhältnis steht<sup>3)</sup>.

A. Diese Beschäftigung muß eine entgeltliche sein, d. h. der Arbeitgeber muß dem Beschäftigten eine vermögenswerte Leistung gewähren, die nach beiderseitiger Auffassung eine Vergütung für die Arbeit darstellt<sup>4)</sup>.

Die Höhe des Entgelts ist bei den Personen in niederer Stellung und bei der Schiffsbesatzung mit Ausschluß des Schiffers unerheblich. Bei den übrigen Gruppen schließt ein regelmäßiger Jahresarbeitsverdienst von mehr als 2000 M die Versicherungspflicht aus, § 1226 Abs. II.

Wird als Entgelt nur freier Unterhalt gewährt, so ist die Beschäftigung nicht versicherungspflichtig, § 1227<sup>5)</sup>. Freier Unterhalt ist die unmittelbare Befriedigung der notwendigen persönlichen Lebensbedürfnisse. Die Leistungen müssen also die Bedürfnisse des Beschäftigten unmittelbar befriedigen. Gewährung von Geld<sup>6)</sup> oder Ackerland ist kein freier Unterhalt. Die Leistungen

<sup>1)</sup> A. N. Invaliditäts- und Altersversicherung 1894, S. 87, 1895 S. 263.

<sup>2)</sup> A. N. Invaliditäts- und Altersversicherung 1892, S. 7.

<sup>3)</sup> Eine Ausnahme bilden nur die versicherungspflichtigen Hausgewerbetreibenden, die auch in Zeiten versicherungspflichtig sind, in denen sie vorübergehend für eigene Rechnung arbeiten, § 162 Abs. II.

<sup>4)</sup> Über den Begriff des Entgelts vgl. S. 71.

<sup>5)</sup> Hiernach ist die Versicherungspflicht auf dem Gebiete der Krankenversicherung insofern umfassender, als sie auch Beschäftigte, die nur freien Unterhalt beziehen, und unentgeltlich beschäftigte Lehrlinge umfaßt und die Verdienstgrenze erst bei 2500 M. zieht.

<sup>6)</sup> Ein nach den Verhältnissen des Beschäftigten nebensächliches Taschengeld schließt den Begriff aber nicht aus.

dürfen aber auch über das Maß des notwendigen persönlichen Bedarfs nicht hinausgehen. Wird z. B. auch Familienangehörigen Kost oder Wohnung gewährt, so ist die Beschäftigung versicherungspflichtig.

B. Die Beschäftigung muß einen bestimmten Umfang haben. Vorübergehende Dienstleistungen sind nach der Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 27. Dezember 1899 betreffend die Befreiung vorübergehender Dienstleistungen von der Versicherungspflicht<sup>1)</sup> nicht versicherungspflichtig, § 1232, Art. 104. Nach dieser Bekanntmachung sind als vorübergehende Dienstleistungen anzusehen:

1. Die Beschäftigung von Personen, die berufsmäßig Lohnarbeit überhaupt nicht verrichten, d. h. deren wirtschaftliche Stellung nicht erheblich auf Lohnarbeit beruht, wenn die Arbeit
  - a) entweder nur gelegentlich verrichtet wird, also auf ihre Wiederholung nicht gerechnet werden kann, wie besonders bei gelegentlicher Aushilfe,
  - b) oder die Beschäftigung zwar regelmäßig aber nur nebenher und gegen ein geringfügiges Entgelt erfolgt. Nebenher geleistet ist eine Arbeit, wenn sie nach Zeit, Arbeitskraft und Entgelt im Verhältnis zu den sonstigen Tätigkeiten und der Lebensstellung des Beschäftigten nur von nebensächlicher wirtschaftlicher Bedeutung ist. Derartige nebenher verrichtete Arbeiten sind nur dann versicherungsfrei, wenn sie so geringfügig entlohnt werden, daß der in einer Woche verdiente Entgelt den Lebensunterhalt für diese Zeit nicht deckt und zu den Versicherungsbeiträgen nicht in entsprechendem Verhältnis steht<sup>2)</sup>.

Beispiel: Zu a) Eine sonst nur im eigenen Haushalt tätige Ehefrau eines Gutsarbeiters hilft während der Krankheit eines Dienboten kurze Zeit bei der Gutsherrschaft aus.

Zu b) Ein selbständiger Schneider verdient durch Geld-einsammeln beim sonntäglichen Gottesdienst jährlich 100 M.

2. Die Beschäftigung, welche Lohnarbeiter neben ihrer regelmäßigen versicherungspflichtigen Beschäftigung und ohne diese zu unterbrechen bei andern Arbeitgebern gelegentlich oder regelmäßig verrichten.
3. Dienstleistungen zur schleunigen Hilfe bei Unglücksfällen, Naturereignissen, Verkehrs- und Betriebsstörungen, die nach ihrer Art die Dauer von zwei Arbeitstagen voraussichtlich nicht übersteigen.
4. Dienstleistungen in Verpflegungsstationen und ähnlichen Einrichtungen, wenn die gewährte Geldentschädigung nicht als Entgelt für die gelieferte Arbeit, sondern als Unterstützung zum besseren Fortkommen gewährt wird.

<sup>1)</sup> A. N. 1900, S. 181.

<sup>2)</sup> Die Praxis nimmt Geringfügigkeit regelmäßig dann an, wenn der Entgelt ein Drittel des Ortslohns nicht übersteigt.



5. Bestimmte Dienstleistungen, die aus dem Ausland ins Inland übergreifen oder auf deutschen Seeschiffen im Ausland verrichtet werden. Vergl. Ziffer 5—9 der Bekanntmachung.
- C. Im übrigen muß die versicherungspflichtige Beschäftigung den gleichen Voraussetzungen genügen, wie auf dem Gebiet der Krankenversicherung. Es muß also eine wirkliche Beschäftigung erfolgen, nicht nur die Verpflichtung zu einer solchen bestehen. Die Beschäftigung muß, von den versicherungspflichtigen Hausgewerbetreibenden abgesehen, eine unselbständige, der Beschäftigte also von einem Arbeitgeber persönlich und wirtschaftlich abhängig sein. Die Beschäftigung muß schließlich eine freiwillige und erlaubte und darf keine höhere rein geistige sein. Vgl. S. 70 ff. Ziff. 1, 2, 5, 6 und 7.

### § 3.

#### Versicherungsfreiheit.

Bestimmte Personengruppen, deren Beschäftigung an sich allen Anforderungen der Versicherungspflicht genügt, bleiben gleichwohl versicherungsfrei. Dabei handelt es sich um generelle Ausnahmen, die ohne weiteres jeden erfassen, der die Voraussetzungen erfüllt. Der gesetzgeberische Grund für diese Durchbrechung liegt teils darin, daß den Versicherungsfreien eine gleichwertige Fürsorge anderweit sicher ist, teils darin, daß ihre Beschäftigung nur den Übergang zu einer gesicherten Stellung bildet.

Die Versicherungsfreiheit ist entweder unmittelbar durch das Gesetz vorgeschrieben oder der Anordnung durch den Bundesrat überlassen.

1. Kraft Gesetzes sind im wesentlichen die gleichen Personen versicherungsfrei, wie in der Krankenversicherung<sup>1)</sup>, nämlich
- a) Personen, die in Betrieben oder im Dienste des Reichs, eines Bundesstaats, eines Gemeindeverbands, einer Gemeinde oder eines Versicherungsträgers beschäftigt werden, und Lehrer und Erzieher an öffentlichen Schulen. Auf Beamteneigenschaft kommt es nicht an. Erforderlich ist aber, daß dem Berechtigten Anwartschaft auf eine der Invaliden- und Hinterbliebenenentschädigung mindestens gleichwertige Versorgung<sup>2)</sup> gewährleistet ist. Das ist nicht erst dann anzunehmen, wenn alle Voraussetzungen für die Gewährung des Ruhegelds erfüllt sind, sondern schon vorher, wenn nur nach der tatsächlichen Gestaltung der Verhältnisse

<sup>1)</sup> Eine Sonderbestimmung bildet aber für die Krankenversicherung § 172 Nr. 4 (Mitglieder geistlicher Genossenschaften) und für die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung § 1236 (vgl. Ziff. 1 e).

<sup>2)</sup> Nämlich auf Ruhegeld im Mindestbetrag der Invalidenrente nach den Sätzen der I. Lohnklasse (116 M), auf Witwengeld nach den Sätzen der gleichen Lohnklasse (in der Übergangszeit 69.80 M) und auf Waisenrente in beliebiger Höhe.

voraussichtlich künftig Ruhegehaltsberechtigung erreicht wird; die unbestimmte Hoffnung auf spätere Erlangung einer Berechtigung genügt aber nicht, § 1234.

- b) Beamte des Reichs, eines Bundesstaats, eines Gemeindeverbandes, eines Versicherungsträgers und Lehrer und Erzieher an öffentlichen Schulen, so lange sie lediglich für ihren Beruf ausgebildet werden. Ob Beamteneigenschaft besteht, ist nach den für die dienstliche Stellung maßgebenden gesetzlichen oder Verwaltungsvorschriften zu entscheiden, § 1235 Nr. 1.
  - c) Personen des Soldatenstandes, die eine an sich versicherungspflichtige Beschäftigung im Dienste oder während der Vorbereitung zu einem bürgerlichen Beruf unter den Voraussetzungen zu a) ausüben, § 1235 Nr. 2.
  - d) Personen, die während der wissenschaftlichen Ausbildung für ihren künftigen Beruf gegen Entgelt unterrichten, § 1235 Nr. 3.
  - e) Personen, die bereits eine reichsgesetzliche Invaliden- oder Hinterbliebenenrente beziehen oder invalide sind<sup>1)</sup>. Ob vorübergehende oder dauernde Invalidität vorliegt, ist unerheblich, § 1236. Dagegen schließt die Vollendung des 70. Lebensjahres und der Bezug der Altersrente die Versicherungspflicht nicht aus.
2. Der Bundesrat kann für versicherungsfrei erklären
- a) Ausländer, denen die Behörde den Aufenthalt im Inland nur für bestimmte Dauer gestattet hat. Auf Grund dieser Ermächtigung hat der Bundesrat in einem Beschluß vom 21. Februar 1901<sup>2)</sup> die polnischen Arbeiter russischer und österreichischer Staatsangehörigkeit, denen der Aufenthalt im Inland nur für eine bestimmte Dauer gestattet ist, und die dann wieder in das Ausland zurückkehren müssen, für versicherungsfrei erklärt, soweit sie in inländischen land- und forstwirtschaftlichen Betrieben oder deren Nebenbetrieben<sup>3)</sup> beschäftigt werden. Arbeitgeber, welche solche versicherungsfreien Arbeiter beschäftigen, müssen jedoch, um gegenüber andern Arbeitgebern nicht im Vorteil zu sein, den gleichen Betrag an die Versicherungsanstalt zahlen, der bei Beschäftigung von Versicherungspflichtigen auf sie entfallen würde, § 1233; Ausführungsbestimmungen des Reichsversicherungsamts vom 31. März 1902<sup>4)</sup>; Artikel 104.
  - b) Personen, die in Betrieben oder im Dienste öffentlicher, nicht unter Ziffer 1a fallender Verbände oder Körperschaften oder als Lehrer und Erzieher an nicht öffentlichen Schulen und Anstalten

<sup>1)</sup> Vgl. S. 191. Insofern folgt also das soziale Versicherungsrecht dem allgemein versicherungsrechtlichen Grundsatz, daß eine Versicherung gegen bereits eingetretene Schäden nicht mehr möglich ist. Vgl. auch § 1443.

<sup>2)</sup> Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 7. März 1901 (A. N. 1902 S. 380).

<sup>3)</sup> Über den Begriff des landwirtschaftlichen Betriebs vgl. S. 306, 307.

<sup>4)</sup> A. N. 1902 S. 380.

beschäftigt werden, wenn ihnen Anwartschaft auf eine der Invaliden- und Hinterbliebenenenentschädigung gleichwertige Versorgung<sup>1)</sup> gewährleistet ist oder wenn sie lediglich für ihren Beruf ausgebildet werden, und ferner Beamte und Bedienstete von landesherrlichen Hof-, Domonial-, Kameral-, Forst- und ähnlichen Verwaltungen. Bei all diesen Personen kann der Bundesrat Versicherungsfreiheit nur auf Antrag des Arbeitgebers anordnen, § 1242<sup>2)</sup>.

#### § 4.

#### Befreiung von der Versicherungspflicht.

Bestimmte Personengruppen sind zwar zunächst versicherungspflichtig, werden aber, wenn sie es beantragen, von der Versicherungspflicht befreit. Die Befreiung betrifft also im Gegensatz zur Versicherungsfreiheit (§ 3) stets nur bestimmte einzelne Personen.

1. Zum Antrag auf Befreiung sind befugt:

- a) Versicherungspflichtige, denen vom Reich, einem Bundesstaat, einem Gemeindeverbande, einer Gemeinde oder einem Versicherungsträger oder denen auf Grund früherer Beschäftigung als Lehrer oder Erzieher an öffentlichen Schulen oder Anstalten Ruhegeld, Wartegeld oder ähnliche Bezüge<sup>3)</sup> im Mindestbetrag der Invalidenrente bewilligt und daneben Anwartschaft auf Hinterbliebenenenentschädigung gewährleistet ist, § 1237<sup>4)</sup>.
- b) Versicherungspflichtige, die während oder nach der Zeit eines Hochschulunterrichts zur Ausbildung für ihren künftigen Beruf oder in einer Stellung beschäftigt werden, die den Übergang zu einer der Hochschulbildung entsprechenden versicherungsfreien Beschäftigung bildet (z. B. Diplomingenieure), § 1238.
- c) Versicherungspflichtige<sup>5)</sup>, die im Laufe eines Kalenderjahres Lohnarbeit nur in bestimmten Jahreszeiten für nicht mehr als 12 Wochen oder überhaupt für nicht mehr als 50 Tage übernehmen, im übrigen aber ihren Unterhalt selbständig erwerben, oder ohne Entgelt tätig sind (z. B. Handwerker, die in der

<sup>1)</sup> Vgl. S. 173 Anm. 2.

<sup>2)</sup> Die auf Grund der bisherigen entsprechenden Vorschrift (§ 7 des Invalidenversicherungsgesetzes ergangenen Bundesratsbeschlüsse sind nach Art. 73 Abs. II am 1. Januar 1912 außer Kraft getreten.

<sup>3)</sup> Danach kann unter Umständen auch ein nicht auf einem Rechtsanspruch beruhender, aber tatsächlich gesicherter Bezug als gleichwertig gelten (z. B. sogenannte Unterstützungen).

<sup>4)</sup> Bei Personen, denen auf Grund früherer Beschäftigung bei anderen öffentlichen Verbänden, Körperschaften, Schulen oder Anstalten derartige Bezüge bewilligt und gewährleistet sind, und bei Beamten und Bediensteten der landesherrlichen Hof-, Domonial-, Kameral-, Forst- und ähnlichen Verwaltungen kann der Bundesrat auf Antrag des Arbeitgebers Befreiung nach den gleichen Bestimmungen zulassen, § 1242.

<sup>5)</sup> Also nicht Personen, die wegen des geringen Umfangs ihrer Beschäftigung ohnehin nicht versicherungspflichtig sind.

Erntezeit bei Landwirten arbeiten). Diese Befreiung ist zugelassen, weil die Geringfügigkeit der Lohnarbeit die Erfüllung der Wartezeit unwahrscheinlich macht. Sind aber schon 100 Wochenbeiträge auf Grund der Versicherungspflicht oder der Versicherungsberechtigung entrichtet, so ist Befreiung nicht mehr zulässig, § 1239.

Nähere Ausführungsbestimmungen enthält die Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 24. Dezember 1899<sup>1)</sup>, die nach § 1239 Abs. II und Artikel 104 in Kraft bleibt.

2. Über den Befreiungsantrag entscheidet der Beschlußausschuß des für den Wohnsitz<sup>2)</sup> des Antragstellers zuständigen Versicherungsamts und bei Ablehnung auf Beschwerde endgültig das Oberversicherungsamt, § 1240 Abs. I.

Die Befreiung wirkt vom Eingang des Antrags an<sup>3)</sup>. Sie erlischt:

- a) Wenn der Beschlußausschuß des Versicherungsamts sie wegen Wegfalls ihrer Voraussetzungen widerruft. Der Befreite hat bei Widerruf Beschwerde an das Oberversicherungsamt, das auch hier endgültig entscheidet.
- b) Wenn der Befreite auf die Befreiung verzichtet, was ihm jederzeit freisteht.

In beiden Fällen tritt ohne weiteres wieder Versicherungspflicht ein, § 1241.

## **B. Versicherungsberechtigung.**

Die Versicherungsberechtigten gehören der Versicherung auf Grund ihrer Beitrittserklärung an, die sie nicht ausdrücklich, sondern stillschweigend durch freiwillige Entrichtung von Beiträgen abgeben. Das Gesetz unterscheidet den Fall, wo ein bisher nicht Versicherter freiwillig in die Versicherung eintritt, die sogenannte Selbstversicherung (§ 1) und den, wo ein bereits Versicherter nach Erlöschen der Versicherungspflicht die Versicherung freiwillig fortsetzt, die sogenannte Weiterversicherung (§ 2). Eine dritte Art der freiwilligen Versicherung bildet die Zusatzversicherung, zu der alle Versicherten neben ihrer sonstigen Versicherung berechtigt sind (§ 3).

### § 1.

#### **Selbstversicherung.**

1. Zum freiwilligen Eintritt in die Versicherung sind nur diejenigen Personengruppen berechtigt, denen das Gesetz diese Befugnis ausdrücklich zuerkennt. Es sind dies:

<sup>1)</sup> A. N. 1900 S. 179.

<sup>2)</sup> Fehlt ein inländischer Wohnsitz, so entscheidet der dauernde Aufenthalt.

<sup>3)</sup> Die bereits erworbene Anwartschaft geht durch die Befreiung nicht verloren, andererseits ist aber auch der Lauf der Anwartschaftsfristen während der Zeit der Befreiung nicht gehemmt.

- a) die gleichen Personengruppen, deren Versicherungspflicht an eine Verdienstgrenze von 2000 M gebunden ist, wenn sie diese Grenze zwar überschreiten, aber nicht mehr als 3000 M verdienen. Im übrigen müssen alle Voraussetzungen der Versicherungspflicht gegeben sein. Hiernach sind also Angestellte in gehobener Stellung, Handlungs- und Apothekergehilfen, Bühnen- und Orchestermitglieder, Lehrer und Erzieher und Schiffer bei einem regelmäßigen Jahresarbeitsverdienst zwischen 2000 und 3000 M zur Selbstversicherung berechtigt, § 1243 Nr. 1.
- b) Gewerbetreibende und andere Betriebsunternehmer, die in ihren Betrieben regelmäßig keine oder höchstens zwei Versicherungspflichtige<sup>1)</sup> beschäftigen, sowie Hausgewerbetreibende, soweit nicht der Bundesrat die Versicherungspflicht auf sie erstreckt hat (wie bei den Hausgewerbetreibenden der Tabak- und Textilindustrie), §§ 1243 Nr. 2, 1229.
- c) Personen, die als Entgelt für ihre Beschäftigung nur freien Unterhalt beziehen oder deren Beschäftigung als vorübergehende Dienstleistung nach dem Bundesratsbeschluß vom 27. Dezember 1899 nicht versicherungspflichtig ist, wenn im übrigen alle Voraussetzungen der Versicherungspflicht vorliegen, § 1243 Nr. 3<sup>2)</sup>.

In allen drei Fällen ist der freiwillige Eintritt in die Versicherung nur bis zur Vollendung des 40. Lebensjahres zulässig. Er kann also nur zwischen dem 16. und 40. Lebensjahr erfolgen, § 1243. Bereits bestehende Invalidität schließt die Selbstversicherung aus, § 1443<sup>3)</sup>.

2. Ist ein zur Selbstversicherung Berechtigter der Versicherung durch freiwillige Beitragsleistung einmal beigetreten, so erlischt seine Versicherungsfähigkeit durch Wegfall der Beitrittsvoraussetzungen nicht. Die Selbstversicherten sind vielmehr berechtigt, die begonnene Selbstversicherung auch nach dem Ausscheiden aus dem die Berechtigung begründenden Verhältnis oder nach Überschreitung des 40. Lebensjahrs freiwillig fortzusetzen oder, wenn die Anwartschaft erloschen ist, wieder zu erneuern, § 1243 Abs. II.

## § 2.

### Weiterversicherung.

Die Weiterversicherung erfolgt wie die Selbstversicherung durch freiwillige Entrichtung von Beiträgen. Sie unterscheidet sich von der Selbstversicherung aber dadurch, daß eine Pflichtversicherung vorausgegangen ist.

<sup>1)</sup> Der Kreis der selbstversicherungsberechtigten Kleinunternehmer ist also weiter als der Kreis derjenigen, auf welche der Bundesrat die Versicherungspflicht erstrecken kann. Vgl. oben S. 170.

<sup>2)</sup> Dagegen sind versicherungsfreie Personen im Gegensatz zur Krankenversicherung nicht zur Selbstversicherung berechtigt.

<sup>3)</sup> Entsprechend dem allgemeinen versicherungsrechtlichen Grundsatz, daß eine Versicherung gegen bereits eingetretene Schäden ausgeschlossen ist.

Zur Weiterversicherung ist jeder berechtigt, für den auf Grund der Versicherungspflicht einmal Beiträge entrichtet worden sind. Wie lange die Versicherungspflicht bestanden hat<sup>1)</sup>, und weshalb sie erloschen ist, bedingt keinen Unterschied. Eine Altersgrenze besteht nicht. Auch das Recht zur Selbstversicherung schließt die Weiterversicherung nicht aus. Liegen die Voraussetzungen beider Versicherungsarten vor, so hat der Berechtigte die Wahl<sup>2)</sup>.

Die Weiterversicherung erfolgt entweder dadurch, daß die bestehende Versicherung nach Wegfall der Versicherungspflicht fortgesetzt oder dadurch, daß die frühere Versicherung nach Erlöschen der Anwartschaft erneuert wird. Vgl. S. 186 ff., § 1244.

### § 3.

#### Zusatzversicherung.

Alle Versicherten, sowohl die Versicherungspflichtigen wie die Versicherungsberechtigten, können sich neben ihrer sonstigen Versicherung zusätzlich versichern, indem sie nach freiem Belieben besondere Zusatzbeiträge entrichten. Sie erwerben dadurch Anspruch auf die sogenannte Zusatzrente.

Die Zusatzversicherung ist von der Reichsversicherungsordnung namentlich im Interesse des Mittelstands neu eingeführt worden. Sie ist gegenüber der sonstigen Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung sehr frei ausgestaltet, §§ 1472 ff. Insbesondere kennt sie eine bestimmte Wartezeit oder ein Erlöschen der Anwartschaft nicht.

## Kapitel II.

### Wartezeit.

Die Entstehung eines Entschädigungsanspruchs auf dem Gebiet der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung erfordert im Gegensatz zur Kranken- und Unfallversicherung stets eine bestimmte Beitragsleistung. Die Grundlage der Versicherung bilden zwar die Versicherungsfähigkeit (Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung). Niemand kann ohne diese Eigenschaften lediglich durch Beitragsleistung Entschädigungsansprüche erwerben<sup>3)</sup>. Aber andererseits können die versicherungsfähigen Personen Entschädigungsansprüche nur dann erlangen, wenn eine bestimmte Zeit hindurch Beiträge für sie entrichtet worden sind.

<sup>1)</sup> Jedoch ist ohne eine bestimmte Anzahl von Pflicht- oder Selbstversicherungsbeiträgen die Erfüllung der Wartezeit für die Invaliden- und Hinterbliebenenentschädigung nicht möglich. Vgl. S. 182, 183.

<sup>2)</sup> Das ist für die Erfüllung der Wartezeit und das Erlöschen der Anwartschaft von Bedeutung; vgl. S. 183 und S. 187. Allerdings unterscheiden sich beide Versicherungsarten äußerlich nicht.

<sup>3)</sup> Eine formelle Versicherung wie die Krankenversicherung kennt die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung also nicht.

Die Beitragsleistung für die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung ist eine einheitliche: Die Beiträge, welche für einen Versicherten in der Invalidenversicherung entrichtet werden, gelten ohne weiteres auch für die Ansprüche seiner Angehörigen auf Hinterbliebenenentschädigung. Diese sind weder verpflichtet noch berechtigt, selbst Beiträge zu entrichten.

Die Zeit, während welcher Beiträge entrichtet sein müssen, bezeichnet das Gesetz als Wartezeit. Die Wartezeit ist also zunächst ein Zeitraum, eine bestimmte Anzahl von Wochen. Aber nur solche Wochen werden auf die Wartezeit angerechnet, die durch Entrichtung eines Wochenbeitrags zu Beitragswochen<sup>1)</sup> geworden oder solchen ausdrücklich gleichgestellt sind. Versicherungspflichtige Beschäftigung ohne Beitragsleistung genügt zur Anrechnung nicht. Die Wartezeit ist also eine bestimmte Anzahl von Beitragswochen.

Danach ist zu prüfen, wann eine Woche als Beitragswoche anrechenbar ist (§ 1) und weiter wie viele Beitragswochen zur Erfüllung der Wartezeit erforderlich sind (§ 2).

In der freiwilligen Zusatzversicherung kann ein Anspruch gleichfalls nur durch Beitragsleistung erworben werden; eine bestimmte Wartezeit ist aber nicht vorgeschrieben.

## § 1.

### Beitragswochen.

- A. Als Beitragswochen werden regelmäßig nur solche Wochen angerechnet, für welche ein gültiger Wochenbeitrag entrichtet ist. Für jede Woche, in der Versicherungspflicht bestanden hat, muß ein Beitrag entrichtet werden. Für jede Woche, in der Versicherungsberechtigung bestanden hat, kann ein Beitrag entrichtet werden. Die Entrichtung der Beiträge erfolgt durch Einkleben besonderer Versicherungsmarken in dazu bestimmte Quittungskarten. Die Einzelheiten der Beitragsleistung sind im dritten Abschnitt dargestellt. Vgl. S. 220 ff.
- B. Wochen, für die kein Beitrag geleistet ist, kommen nur dann in Anrechnung, wenn eine Tatsache vorliegt, die das Gesetz der Beitragsleistung gleichstellt. Solche Ersatztatsachen sind Krankheit, Militärdienst und früherer Rentenbezug.
1. Krankheitszeiten können unter folgenden Voraussetzungen auf die Wartezeit angerechnet werden, §§ 1393, 1394:
- a) Die Krankheit muß den Versicherten zeitweise arbeitsunfähig machen und an der Fortsetzung seiner Berufstätigkeit hindern. Verursacht eine Krankheit sofort oder im Lauf ihrer Entwicklung dauernde Arbeitsunfähigkeit, so ist sie nicht, oder vom Wegfall der Aussicht auf Wiederherstellung an nicht mehr anrechnungsfähig.

<sup>1)</sup> Das Gesetz bezeichnet als Beitragswoche auch den Zeitraum, für den ein Beitrag zu entrichten ist; vgl. z. B. § 1387 Abs. II.

- b) Die Krankheit darf nicht vorsätzlich oder bei Begehen eines durch Strafurteil festgestellten Verbrechens oder durch schuldhaftige Beteiligung bei Schlägereien oder Raufhändeln<sup>1)</sup> zugezogen sein.
- c) Vor der Erkrankung muß eine versicherungspflichtige Beschäftigung berufsmäßig nicht nur vorübergehend ausgeübt und müssen Beiträge entrichtet worden sein. Die Beschäftigung braucht indessen nicht unmittelbar vorhergegangen zu sein; es genügt, wenn nach Lage des Falles anzunehmen ist, daß ohne die Krankheit Beiträge entrichtet worden wären. Bei nicht berufsmäßigen Lohnarbeitern und bei Versicherungsberechtigten findet eine Anrechnung nicht statt.
- d) Die Anrechnung erfolgt nur, soweit die Krankheit volle Wochen<sup>2)</sup> umfaßt. Dauert die Krankheit ununterbrochen über 52 Wochen, so wird die weitere Dauer nicht angerechnet.

Der Nachweis von Krankheitszeiten geschieht regelmäßig durch Krankheitsbescheinigungen, welche die Krankenkassen, die Ersatzkassen, die Hilfskassen, die Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit und, wo solche fehlen, die Gemeindevorstände ausstellen müssen<sup>3)</sup>, § 1438. Aber auch der Nachweis auf anderem Weg (z. B. durch ärztliche Zeugnisse) ist zulässig.

Den Krankheitszeiten stehen Genesungszeiten gleich, ferner bis zu 8 Wochen solche Zeiten, in denen eine Versicherte infolge einer Schwangerschaft oder eines regelmäßig verlaufenen Wochenbetts<sup>4)</sup> arbeitsunfähig gewesen ist.

- 2. Militärdienstzeiten werden angerechnet, wenn der Versicherte zur Erfüllung der Wehrpflicht eingezogen gewesen ist oder in Mobilmachungs- oder Kriegszeiten freiwillig militärische Dienstleistungen verrichtet hat, § 1393 Nr. 1 und 2. Der Nachweis erfolgt durch die Militärpapiere, § 1438.

Auch beim Militärdienst werden nur volle Wochen angerechnet. Die Anrechnung setzt voraus, daß der Versicherte vorher berufsmäßig nicht nur vorübergehend versicherungspflichtig beschäftigt gewesen ist, § 1393 Abs. II.

- 3. Zeiten, in denen ein Versicherter bereits Invaliden-, Kranken- oder Witwenrente<sup>5)</sup> bezogen hat, werden nach Wegfall dieser Renten auf die Wartezeit für spätere Renten (auch Altersrenten) bis zur Dauer von 52 Wochen angerechnet. Die Bezugsdauer einer Krankenrente zählt auch dann, wenn sie unmittelbar in eine Dauerrente umgewandelt wird. Dagegen findet bei Be-

<sup>1)</sup> Über diesen Begriff vgl. S. 97.

<sup>2)</sup> Von Montag bis Sonnabend, falls nicht der Sonntag Arbeitstag ist.

<sup>3)</sup> Das Versicherungsamt kann die Vorstände der Kassen und Vereine durch Geldstrafe bis zu 100 M dazu anhalten, § 1438 Abs. II.

<sup>4)</sup> Bei unregelmäßigem Verlauf sind Schwangerschaft und Wochenbett als Krankheiten anrechenbar; vgl. S. 85.

<sup>5)</sup> Vgl. S. 195 ff., 203.



willigung einer Invalidenrente an Stelle einer Altersrente keine Anrechnung statt, § 1309.

C. Die Beitragswochen sind nicht alle gleichwertig. Ihre Bedeutung für die Ansprüche des Versicherten hängt vielmehr von zwei Momenten ab:

1. von dem Rechtsgrunde der Beitragsleistung. Je nachdem die Beiträge auf Grund der Versicherungspflicht oder der Selbstversicherung oder der Weiterversicherung entrichtet sind, ist die Dauer der Wartezeit, wie in § 2 näher ausgeführt wird, verschieden. Krankheits-, Militärdienst- und Rentenbezugszeiten stehen den mit Pflichtbeiträgen belegten durchaus gleich. Beiträge, die in der irrtümlichen Annahme der Versicherungspflicht entrichtet sind, aber nicht zurückgefordert werden, gelten als Selbst- oder Weiterversicherungsbeiträge, wenn das Recht dazu in der Zeit der Entrichtung bestanden hat, § 1446<sup>1)</sup>.
2. Von der Höhe des entrichteten Beitrags. Die Beiträge sind nämlich nach fünf Lohnklassen abgestuft und werden bei der Berechnung der Entschädigung entsprechend verschieden bewertet. Die Lohnklasse des Beitrags ist also zwar nicht für die Entstehung, wohl aber für die Höhe der Entschädigungsansprüche von Bedeutung.

Die Bildung der Lohnklassen erfolgt nach dem Jahresarbeitsverdienst der Versicherten. Die I. Lohnklasse umfaßt Jahresarbeitsverdienste bis zu 350 M, die II. von 350 bis 550 M, die III. von 550 bis 850 M, die IV. von 850 bis 1150 M und die V. über 1150 M, § 1245.

Für die Zugehörigkeit zu diesen Klassen ist regelmäßig nicht der tatsächlich erzielte Jahresarbeitsverdienst, sondern ein gesetzlich vorgeschriebener Durchschnittsbetrag maßgebend. Nur wenn im voraus für Wochen, Monate, Vierteljahre oder Jahre eine feste Vergütung vereinbart ist, die diesen Durchschnittsbetrag übersteigt, so entscheidet diese Vergütung, § 1247. Im übrigen wird aber der Jahresarbeitsverdienst folgendermaßen berechnet:

- a) Für Mitglieder von Krankenkassen oder knappschaftlichen Krankenkassen gilt das Dreihundertfache ihres Grundlohns<sup>2)</sup>.
- b) Für Seeleute ist, falls vom Reichskanzler ein Durchschnittsbetrag festgesetzt ist, dieser maßgebend.
- c) Landwirtschaftliche Betriebsbeamte gehören stets zur III., Lehrer und Erzieher stets zur IV. Klasse, soweit sie nicht einen die Obergrenze dieser Klassen übersteigenden Jahresarbeitsverdienst nachweisen.

<sup>1)</sup> Vgl. S. 229.

<sup>2)</sup> Vgl. S. 87, 88. Bis zum Inkrafttreten der Krankenversicherung gelten die Übergangsbestimmungen der Bekanntmachung vom 21. Dezember 1911 (A. N. 1912 S. 321).

d) Im übrigen entscheidet der dreihundertfache Betrag des Ortslohns<sup>1)</sup>, soweit nicht das Obergesetzamt für einzelne Berufsgruppen anders bestimmt, § 1246.

Die Lohnklasseneinteilung ist nur für Versicherungspflichtige maßgebend. Freiwillig Versicherten steht die Wahl der Lohnklasse frei, § 1440. Aber auch für die Versicherungspflichtigen hat die Zugehörigkeit zu einer Lohnklasse nur die Bedeutung, daß mindestens die ihr entsprechenden Beiträge entrichtet werden müssen. Die Entrichtung höherer Beiträge ist zulässig und stellt sich hinsichtlich des Unterschieds als freiwillige Versicherung dar, § 1248<sup>2)</sup>.

Krankheits-, Militärdienst- und Rentenbezugszeiten werden stets als Wochenbeiträge der II. Lohnklasse angerechnet, § 1393.

D. Jede Woche kann nur einmal als Beitragswoche zählen. Sind mehrere Beiträge für eine Woche entrichtet, so scheiden die zu unrecht beigebrachten und, wenn sich diese nicht feststellen lassen, die Beiträge der niedersten Lohnklasse aus, § 1290. Ein Versicherter kann also die Dauer der Wartezeit nicht dadurch abkürzen, daß er für eine Woche mehrere Beiträge entrichtet.

## § 2.

### Dauer der Wartezeit.

A. Die Dauer der Wartezeit ist nicht für alle Ansprüche aus der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung gleich. Dieselben Beitragswochen kommen zwar auf die Wartezeiten für alle Ansprüche in Anrechnung, aber die Zahl der erforderlichen Beitragswochen ist bei den einzelnen Ansprüchen verschieden. Die Wartezeit kann also für einzelne Entschädigungsansprüche zurückgelegt sein, für andere noch nicht.

1. Die Wartezeit für die Invalidenrente kann überhaupt nur dann erfüllt werden, wenn mindestens 100 Beiträge auf Grund der Versicherungspflicht<sup>3)</sup> oder auf Grund der Selbstversicherung oder auf Grund beider Versicherungsarten zusammen entrichtet worden sind<sup>4)</sup>. Es ist also nicht möglich, die Wartezeit für die Invalidenrente, nachdem einige Beiträge

<sup>1)</sup> Vgl. S. 87, 88.

<sup>2)</sup> Der Arbeitgeber ist zu einem höheren Beitrag nur dann verpflichtet, wenn er es vereinbart hat.

<sup>3)</sup> Einschließlich anrechnungsfähiger Krankheits-, Militärdienst- und Rentenbezugszeiten; vgl. S. 179, 180.

<sup>4)</sup> Außerdem werden solche Beiträge angerechnet, die der Versicherte für die ersten 4 Jahre nach dem Inkrafttreten der Versicherungspflicht für seinen Berufszweig freiwillig entrichtet hat. Die 100 qualifizierten Beitragswochen können also auf dreierlei Art gedeckt werden: Durch Pflichtbeiträge einschließlich Ersatztatsachen, durch Selbstversicherungsbeiträge und durch freiwillige Beiträge für die ersten 4 Jahre nach dem Inkrafttreten der Versicherungspflicht. Wie viele Beiträge jeder Art vorliegen und in welcher Reihenfolge sie entrichtet sind, ist gleichgültig, § 1279 Abs. II.

auf Grund der Versicherungspflicht oder des Rechts zur Selbstversicherung geleistet worden sind, nach Wegfall der Versicherungspflicht oder des Rechts zur Selbstversicherung lediglich im Wege der Weiterversicherung zu erfüllen. Die Versicherungspflicht oder die Berechtigung zur Selbstversicherung muß vielmehr mindestens 100 Beitragswochen hindurch bestanden haben<sup>1)</sup>.

Sind keine 100 Beiträge auf Grund der Versicherungspflicht, der Selbstversicherung oder beider Versicherungsarten zusammen entrichtet, so ist die Wartezeit niemals erfüllt, ohne daß es darauf ankäme, wie viele Beiträge überhaupt geleistet sind, § 1279 Abs. I. Sind dagegen die erforderlichen 100 Beitragswochen nachgewiesen, so ist die Dauer der Wartezeit verschieden, je nachdem diese 100 Wochen lediglich mit Pflichtbeiträgen oder mit Pflicht- und Selbstversicherungsbeiträgen zusammen oder Selbstversicherungsbeiträgen allein belegt sind.

- a) Sind 100 Beiträge lediglich auf Grund der Versicherungspflicht nachgewiesen, so beträgt die Wartezeit 200 Beitragswochen. Welcher Art die übrigen 100 Beiträge sind, ist unerheblich. Ebensovienig kommt es auf die Reihenfolge der Pflichtbeiträge und der andern Beiträge an.
  - b) Sind zwar keine 100 Pflichtbeiträge, aber 100 Beiträge auf Grund der Versicherungspflicht und der Selbstversicherung zusammen oder auf Grund der Selbstversicherung allein <sup>2)</sup> entrichtet, so müssen im ganzen 500 Beitragswochen nachgewiesen werden, von denen wieder 400 beliebiger Art sein und mit den Pflicht- und Selbstversicherungsbeiträgen in beliebiger Reihenfolge abwechseln können, § 1278 Nr. 1.
2. Die Wartezeit für die Altersrente dauert 1200 Beitragswochen ohne Rücksicht auf die Art der entrichteten Beiträge, § 1278<sup>3)</sup>.
  3. Die Wartezeit für die Hinterbliebenenentschädigung ist die gleiche wie für die Invalidenrente. Sie beträgt also bei 100 Pflichtbeiträgen 200 Beitragswochen und bei 100 auf Grund der Versicherungspflicht und der Selbstversicherung zusammen oder der Selbstversicherung allein entrichteten Beiträgen 500 Beitragswochen, §§ 1252, 1278 Nr. 1.

Beispiel: 80 Pflicht-, 1150 Weiterversicherungsbeiträge: die Wartezeit ist nur für die Altersrente, nicht aber für sonstige Ansprüche erfüllt.

<sup>1)</sup> Hierdurch werden Personen, für welche die Versicherung nicht bestimmt ist, von ihr ferngehalten.

<sup>2)</sup> Oder schließlich auf Grund freiwilliger Versicherung in den ersten 4 Jahren nach dem Inkrafttreten der Versicherungspflicht für den Berufszweig des Versicherten; vgl. oben S. 182 Anm. 4.

<sup>3)</sup> Die Altersrente kann also mit einem einzigen Pflicht- oder Selbstversicherungsbeitrag erworben werden, wenn nicht vor Vollendung des 70. Lebensjahres die Weiterversicherung durch den Eintritt der Invalidität verhindert wird und dann die Anwartschaft erlischt.

120 Pflicht-, 100 Weiterversicherungsbeiträge: die Wartezeit ist für die Invalidenrente und Hinterbliebenenentschädigung, nicht aber für die Altersrente erfüllt.

80 Pflicht-, 40 Selbstversicherungsbeiträge und 100 Weiterversicherungsbeiträge: die Wartezeit ist für keinen der Ansprüche erfüllt.

B. Während der Übergangszeiten ist die Erfüllung der Wartezeit wesentlich erleichtert:

1. Die Wartezeit für die Invalidenrente könnten Versicherte, die erst durch die Reichsversicherungsordnung<sup>1)</sup> oder durch spätere Beschlüsse des Bundesrats versicherungspflichtig werden, frühestens 200 Wochen nach dem Inkrafttreten der Versicherungspflicht für ihren Berufszweig zurückgelegt haben. Um sie nun durch die spätere Einbeziehung in die Versicherung nicht zu benachteiligen, werden ihnen, falls sie innerhalb der ersten 5 Jahre nach dem Inkrafttreten der Versicherungspflicht für ihren Berufszweig invalide werden, auf die Wartezeit<sup>2)</sup> die Dauer derjenigen früheren Beschäftigung<sup>3)</sup> angerechnet, welche inzwischen versicherungspflichtig geworden ist. Die Anrechnung geschieht indessen nur insoweit, als die Beschäftigung in die letzten 5 Jahre vor den Eintritt der Invalidität fällt und nur bei Versicherten, die nach dem Inkrafttreten der Versicherungspflicht für ihren Berufszweig mindestens 40 anrechnungsfähige Beitragswochen auf Grund der Versicherungspflicht nachweisen können<sup>4)</sup>. Die Anrechnungsfähigkeit von rechtswirksamen freiwilligen oder Pflichtbeiträgen aus der Zeit vor dem Inkrafttreten der Versicherungspflicht wird hierdurch nicht berührt, Art. 64.

Beispiel: Die Versicherungspflicht für Apothekergehilfen ist am 1. Januar 1912 in Kraft getreten. Ein seit dem 1. April 1908 beschäftigter Gehilfe hat also die Wartezeit frühestens 40 Wochen nach dem 1. Januar, also nach dem 7. Oktober 1912 erfüllt. Dagegen muß ein in den Jahren 1910 und 1911 nur an 90 Wochen beschäftigter Gehilfe noch mindestens 110 Wochen nach dem 1. Januar 1912 nachweisen.

2. Die Wartezeit für die Altersrente dauert bei regelmäßiger Beitragsleistung etwas über 23 Jahre. Sie kann also selbst bei Versicherten, die seit dem Inkrafttreten des Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetzes am 1. Januar 1891 versicherungspflichtig sind, frühestens im Jahre 1912 erfüllt werden. Bis zu diesem Zeitpunkt sind alle Versicherten auf eine Abkürzung der

---

<sup>1)</sup> Das sind Gehilfen und Lehrlinge in Apotheken und ein Teil der Bühnen- und Orchestermitglieder.

<sup>2)</sup> Bei der Berechnung der Entschädigung zählt diese Zeit aber nicht mit; vgl. S. 197.

<sup>3)</sup> Einschließlich Krankheiten, Militärdienstzeiten, Rentenbezugszeiten und bestimmten anderen Unterbrechungen ihrer Beschäftigung; vgl. Art. 66.

<sup>4)</sup> Die abgekürzte Wartezeit von 200 Beitragswochen reicht nur aus, wenn die Beitragswochen auf Grund der Versicherungspflicht und die vorgesetzten Wochen zusammen 100 ergeben (bestr.).

Wartezeit angewiesen; später sind es immer noch diejenigen, für welche nicht regelmäßig Beiträge entrichtet sind oder für deren Berufszweig die Versicherungspflicht erst nach dem 1. Januar 1891 in Kraft getreten ist.

Die vorgesehene Erleichterung besteht darin, daß allen Versicherten, die beim Inkrafttreten der Versicherungspflicht für ihren Berufszweig das 40. Lebensjahr bereits vollendet haben, für jedes volle Jahr, um das sie an diesem Tag älter als 40 Jahre waren, 40 Wochen und für den Teil eines Jahres die darauf entfallenden Wochen bis zu 40 auf die Wartezeit<sup>1)</sup> angerechnet werden. Diese Versicherten werden also so behandelt, als wären für sie von ihrem 40. Lebensjahre ab jährlich 40 Beiträge entrichtet worden, so daß sie also bei regelmäßiger Weiterentrichtung von jährlich 40 Beiträgen mit dem 70. Lebensjahre die Wartezeit für die Altersrente vollenden.

Die Anrechnung setzt den Nachweis voraus, daß die Versicherten während der 3 Jahre unmittelbar vor dem Inkrafttreten der Versicherungspflicht berufsmäßig, wenn auch mit Unterbrechungen, eine Beschäftigung<sup>2)</sup> ausgeübt haben, die bereits versicherungspflichtig war oder inzwischen geworden ist, oder daß für die ersten 5 Jahre nach dem Eintritt der Versicherungspflicht mindestens 200 anrechnungsfähige Beitragswochen auf Grund der Versicherungspflicht nachgewiesen werden, Art. 65.

Beispiel: Lehrer und Erzieher sind seit dem 1. Januar 1900 versicherungspflichtig. Ist ein Lehrer am 4. Dezember 1849 geboren, so werden ihm auf die Wartezeit für die Altersrente für die 10 vollen Jahre je 40 und für die Zeit vom 4. 12. bis 1. 1. drei Wochen, im ganzen also  $10 \times 40 + 3 = 403$  Beitragswochen angerechnet, so daß noch 797 weitere Beitragswochen erforderlich sind. Ist er am 1. Januar 1830 geboren, so war die Wartezeit am 1. Januar 1900 mit  $30 \times 40 = 1200$  Beitragswochen, also ohne jede Beitragsleistung erfüllt.

3. Ansprüche auf Hinterbliebenenentschädigung bestehen erst seit dem 1. Januar 1912. Danach wären an sich auch nur die nach diesem Zeitpunkt zurückgelegten Beitragswochen auf die Wartezeit anzurechnen. Um aber ihre Erfüllung zu beschleunigen, kommen bis zum 31. Dezember 1930 auch die unter der Herrschaft des Invalidenversicherungsgesetzes, also für die Zeit nach dem 1. Januar 1900<sup>3)</sup> entrichteten Beiträge auf die Wartezeit<sup>1)</sup> in Anrechnung, Art. 68. Ist ein Versicherter erst durch die Reichsversicherungsordnung oder durch einen späteren Bundesratsbeschluß versicherungspflichtig geworden, so gelten

<sup>1)</sup> Eine weitere Bedeutung haben diese Wochen aber nicht; insbesondere kommen sie bei der Berechnung der Entschädigung nicht in Betracht; vgl. S. 197.

<sup>2)</sup> Vgl. Art. 66.

<sup>3)</sup> Nicht aber die unter Herrschaft des Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetzes, also bis zum 1. Januar 1900 entrichteten.

auch für die Hinterbliebenenansprüche die gleichen Erleichterungen wie bei der Invalidenrente (vgl. Ziff. 1), Art. 70.

- C. Die Wartezeit muß bei Eintritt des entschädigungspflichtigen Tatbestandes erfüllt sein. Wird ein Versicherter invalide oder stirbt er, bevor die erforderlichen Beitragswochen zurückgelegt sind, so erwirbt er oder seine Hinterbliebenen keine Entschädigungsansprüche.

Nachträgliche Erfüllung der Wartezeit ist ausgeschlossen. Jedoch erleidet dieser Grundsatz gewisse Einschränkungen:

1. Bei der Invaliden-Krankenrente können noch nach dem Eintritt ihres Versicherungsfalls Krankheitswochen auf die Wartezeit angerechnet werden; vgl. S. 196.
2. Die Wartezeit für die Altersrente kann auch nach Vollendung des 70. Lebensjahrs erfüllt werden; vgl. S. 193.
3. Rückständige Pflichtbeiträge können in bestimmtem Umfang auch noch nach Eintritt des Versicherungsfalls entrichtet und so die Zahl der anrechnungsfähigen Beitragswochen vermehrt werden; vgl. S. 228.

### Kapitel III.

#### Anwartschaft.

Durch die Entrichtung jedes einzelnen Beitrags entsteht eine rechtlich begründete Aussicht auf Entschädigung, die das Gesetz als Anwartschaft bezeichnet. Die Anwartschaft ist kein Anspruch; es erwächst aber ein solcher aus ihr, wenn die Wartezeit erfüllt ist und ein entschädigungspflichtiger Tatbestand eintritt.

Die einmal erworbene Anwartschaft bleibt nicht ohne weiteres dauernd erhalten. Beitragswochen können also nicht stets zur Begründung eines Entschädigungsanspruchs verwertet werden, sondern nur dann, wenn die Anwartschaft aus ihnen erhalten ist. Hierzu ist erforderlich, daß die Beitragsleistung im vorgeschriebenen Maße fortgesetzt wird. Geschieht dies nicht, so erlischt die Anwartschaft und die bereits zurückgelegten Beitragswochen werden auf die Wartezeit nicht mehr angerechnet (§ 1). Jedoch kann dieser Rechtsnachteil unter bestimmten Voraussetzungen durch spätere Beitragsentrichtung wieder beseitigt und ein Wiederaufleben der Anwartschaft bewirkt werden (§ 2).

In der freiwilligen Zusatzversicherung tritt ein Erlöschen der durch Leistung von Zusatzbeiträgen erworbenen Anwartschaft nicht ein.

#### § 1.

##### Erlöschen der Anwartschaft.

- A. Um die Anwartschaft zu erhalten, muß jeweils binnen zweier Jahre nach dem auf der Quittungskarte verzeichneten Ausstellungsg-

tage eine bestimmte Mindestzahl von Beiträgen entrichtet werden, §§ 1280—1282.

1. Die zweijährige Anwartschaftsfrist beginnt mit der Ausstellung der Quittungskarte, die jeder Versicherte zum Einkleben der Beitragsmarken erhält und die binnen zweier Jahre gegen eine neue umgetauscht werden soll<sup>1)</sup>. Mit Ausstellung jeder neuen Karte beginnt auch eine neue Anwartschaftsfrist, welche aber die bereits laufenden Fristen aus früheren Karten nicht unterbricht. Es können also mehrere Fristen nebeneinander laufen. Endet eine, ehe eine neue Quittungskarte ausgestellt ist, so laufen vom Fristende an so lange neue zweijährige Fristen, als nicht eine neue Quittungskarte ausgestellt ist.

Beispiel: Ist Quittungskarte 1 am 1. Januar 1901, Quittungskarte 2 am 5. März 1902 und Quittungskarte 3 am 11. Juni 1907 ausgestellt, so laufen folgende Anwartschaftsfristen:

Vom 1. 1. 1901 bis 1. 1. 1903 aus Q.-K. 1,  
 vom 5. 3. 1902 bis 5. 3. 1904,  
 vom 5. 3. 1904 bis 5. 3. 1906 und  
 vom 5. 3. 1906 bis 5. 3. 1908 aus Q.-K. 2,  
 vom 11. 6. 1907 bis 11. 6. 1909 aus Q.-K. 3.

2. Für jede Anwartschaftsfrist muß eine bestimmte Mindestzahl von Beiträgen entrichtet werden. Versicherungspflichtige Beschäftigung ohne Beitragsleistung genügt zur Erhaltung der Anwartschaft nicht. Erforderlich sind bei Pflicht- und Weiterversicherung mindestens 20, bei Selbstversicherung und ihrer Fortsetzung mindestens 40 Wochenbeiträge. Sind aber auf Grund der Versicherungspflicht schon mehr als 60 Beiträge geleistet, so genügen auch bei späterer Selbstversicherung 20 Beiträge<sup>2)</sup>.

Den Wochenbeiträgen stehen bestimmte andere Tatsachen hinsichtlich der Wahrung der Anwartschaft gleich, nämlich

- a) die auf die Wartezeit anrechenbaren Krankheits-, Militärdienst- und Rentenbezugszeiten; vgl. S. 179, 180.
- b) die Zeiten, in denen der Versicherte von einer Sonderanstalt, einem Knappschaftsverein, einer Fabrik-, Seemanns- oder ähnlichen Kasse Invaliden- oder Altersrente oder Ruhegeld der Angestelltenversicherung oder eine mindestens 20 proz. Unfallrente bezogen und nicht versicherungspflichtig gearbeitet hat, § 27 AVG.

Im Beispiel unter Ziff. 1 müssen also für jede der 5 Anwartschaftsfristen bei Pflicht- und Weiterversicherung für je 20, bei Selbstversicherung und ihrer Fortsetzung für je 40 Wochen Beiträge oder Krankheiten usw. nachgewiesen werden. Sind aber in den beiden ersten Fristen 60 Pflichtbeiträge geleistet so genügen in den

<sup>1)</sup> Vgl. S. 222, 223.

<sup>2)</sup> Der Versicherte kann wegen Erfüllung der Wartezeit auch bei zulässiger Weiterversicherung ein Interesse daran haben, von der Selbstversicherung Gebrauch zu machen; vgl. S. 182, 183.

übrigen Fristen auch bei Selbstversicherung je 20 Beiträge. Beitragswochen, die in mehrere Fristen fallen, zählen in jeder mit, also z. B. die vom 5. 3. 1902 bis zum 1. 1. 1903 geleisteten sowohl in der ersten als in der zweiten Frist.

3. Die erforderlichen Beitragswochen müssen auf die Anwartschaftsfrist entfallen. Es genügt nicht, wenn Beiträge innerhalb der Frist entrichtet, aber für eine frühere Zeit bestimmt sind. Andererseits können auch nach Ablauf einer Anwartschaftsfrist innerhalb der zulässigen Nachentrichtungsgrenzen Beiträge für die abgelaufene Zeit nachgebracht<sup>1)</sup> und dadurch die Anwartschaft wiederhergestellt werden. Erst wenn dies nicht mehr möglich ist, ist die Anwartschaft endgültig erloschen.

Beispiel: Die einem Pflichtversicherten am 12. 2. 1912 ausgestellte Quittungskarte enthält 25 Beitragsmarken, von denen aber 6 für die Zeit vom 1. 1. bis 11. 2. 1912 geleistet sind. Die Anwartschaft erlischt am 12. 2. 1914, weil nur 19 Beiträge auf die Anwartschaftsfrist entfallen. Wird aber ein Beitrag für die Zeit vor dem 12. 2. 1914 rechtzeitig nachentrichtet, so ist die Anwartschaft nicht erloschen.

- B. Werden die erforderlichen Wochenbeiträge nicht geleistet, so erlischt die Anwartschaft ohne Rücksicht darauf, wieviele Beiträge überhaupt schon geleistet sind, und ob die Wartezeit erfüllt ist oder nicht. Der Grund der ungenügenden Beitragsentrichtung ist unerheblich, insbesondere ist ein Verschulden des Versicherten nicht erforderlich<sup>2)</sup>.

Durch das Erlöschen der Anwartschaft werden alle Beitragswochen (einschließlich Ersatztatsachen) unwirksam, die auf die Zeit bis zum Ablauf der nicht gedeckten Anwartschaftsfrist entfallen. Fallen sie aber zugleich auch in eine neue, ausreichend belegte Frist, so bleiben sie gültig.

Beispiel: Q.-K. 1, ausgestellt am 1. 1. 1911 enthält 9 Pflichtbeiträge für Januar und Februar 1911. Q.-K. 2, ausgestellt am 9. 12. 1912 enthält einen Wochenbeitrag für die Zeit vom 2. bis 8. 12. 1912 und dann regelmäßige Beiträge für die spätere Zeit:

Die Anwartschaft ist am 1. 1. 1913 erloschen, weil auf die Frist aus Q.-K. 1 nur  $9 + 5 = 14$  Beitragswochen entfallen. Die für die Zeit nach dem 9. 12. 1912 in Q.-K. 2 entrichteten Beiträge bleiben aber gültig und zwar auch der 2. bis 5. (nicht aber der 1.) weil diese zugleich auch in die Frist aus Q.-K. 2 fallen.

- C. Die Anwartschaft muß beim Eintritt des entschädigungspflichtigen Tatbestands bestehen. Ist dieser aber eingetreten, so kann sie nicht mehr erlöschen. Hat z. B. ein Versicherter die Wartezeit erfüllt, aber seit der Ausstellung seiner letzten Quittungskarte am 1. Februar 1909 keine Beiträge mehr entrichtet, so erwirbt er den Anspruch auf Invalidenrente, wenn er vor dem 1. Februar 1911 invalide wird,

<sup>1)</sup> Vgl. S. 228. Nach Eintritt des Versicherungsfalles können aber freiwillige Beiträge nicht mehr nachentrichtet werden, § 1443.

<sup>2)</sup> Liegt kein Verschulden vor, so ist aber die Nachentrichtung von Beiträgen in weiterem Umfang zulässig; vgl. S. 228.



und verliert den Anspruch auch nicht dadurch, daß er ihn in den nächsten Jahren nicht anmeldet<sup>1)</sup>.

Der Eintritt eines entschädigungspflichtigen Tatbestands schützt vor dem Verlust der Anwartschaft nur insoweit, als er die Fortsetzung der Versicherung unmöglich macht. Der Versicherungsfall der Invalidität, der jede fernere Beitragsleistung ausschließt hindert daher den Anwartschaftsverlust auch für die Ansprüche auf Altersrente und Hinterbliebenenentschädigung. Dagegen schließt der Eintritt des Versicherungsfalls der Altersrente die weitere Entrichtung von Beiträgen nicht aus; er schützt daher auch nicht vor dem Verlust der Anwartschaft für die Invalidenrente und Hinterbliebenenentschädigung<sup>2)</sup>.

## § 2.

### Wiederaufleben der Anwartschaft.

A. Die erloschene Anwartschaft kann wieder aufleben, wenn der früher Versicherte wieder eine versicherungspflichtige Beschäftigung aufnimmt oder die Versicherung durch freiwillige Beitragsleistung erneuert und danach eine bestimmte Wartezeit zurücklegt. Je nach dem Lebensalter, in dem die versicherungspflichtige Beschäftigung aufgenommen oder mit der freiwilligen Beitragsleistung begonnen wird, sind die Voraussetzungen für das Wiederaufleben verschiedene, § 1283.

1. Hat der Versicherte beim Wiedereintritt in die Versicherung das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet, so lassen 200 Bei-

<sup>1)</sup> Der Eintritt des Versicherungsfalls hindert den Verlust der Anwartschaft auch dann, wenn ein Anspruch nicht erwächst. Wird also ein Versicherter vor Erfüllung der Wartezeit invalide und fällt die Invalidität nach 5 Jahren wieder fort, so lebt die bereits erworbene Anwartschaft wieder auf und es laufen neue Anwartschaftsfristen aus der letzten Q.-K.; diese sind jedoch soweit gedeckt, als die Invalidität in sie hinein reicht.

<sup>2)</sup> Die Vorschriften des Invalidenversicherungsgesetzes über das Erlöschen der Anwartschaft stimmten mit denen der Reichsversicherungsordnung sachlich überein, § 46 des Invalidenversicherungsgesetzes. Dagegen enthielt das vor dem 1. Januar 1900 geltende Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetz eine wesentlich abweichende Regelung. Unter seiner Herrschaft erlosch die Anwartschaft, wenn während 4 aufeinander folgender Kalenderjahre für weniger als insgesamt 47 Wochen Beiträge entrichtet worden waren, § 32 des Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetzes. Jedes Kalenderjahr gehörte also 4 verschiedenen Anwartschaftsfristen an und das Erlöschen der Anwartschaft führte immer nur die Unwirksamkeit der im ersten Jahr der nicht gedeckten Anwartschaftsfrist entrichteten Beiträge herbei.

Diese früheren Vorschriften bleiben für die Prüfung der Wahrung der Anwartschaft während der Zeit ihrer Herrschaft insofern von Bedeutung, als eine unter früherem Recht erhaltene Anwartschaft nicht dadurch verloren geht, daß sie nach den Vorschriften des neuen Rechts erloschen wäre. Andererseits wirken die neuen Vorschriften zurück, indem eine nach dem Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetz erloschene Anwartschaft als gewahrt gilt, wenn sie nach den neuen Vorschriften erhalten wäre. Es genügt also stets, daß die Anwartschaft nach altem oder neuem Recht erhalten ist. Jedoch sind Anwartschaftsfristen, in die das Inkrafttreten des neuen Rechts fällt, lediglich nach diesem zu beurteilen.

tragswochen beliebiger Art (einschließlich Ersatztatsachen) die erloschene Anwartschaft wieder aufleben.

2. Hat der Versicherte zwar das 40. aber noch nicht das 60. Lebensjahr vollendet, so kommt es darauf an, ob er als Versicherungspflichtiger oder als freiwillig Versicherter wieder in die Versicherung eintritt. Welcher Art die unwirksam gewordenen Beiträge waren, ist gleichgültig.
    - a) Bei Wiedereintritt in die Versicherung auf Grund versicherungspflichtiger Beschäftigung genügen 200 Pflichtbeiträge, um die erloschene Anwartschaft wiederherzustellen.
    - b) Bei Erneuerung der Versicherung durch freiwillige Beitragsleistung ist zunächst erforderlich, daß vor dem Erlöschen der Anwartschaft mindestens 500 Beiträge entrichtet waren. Ist das nicht der Fall, so ist ein Wiederaufleben der Anwartschaft ausgeschlossen. Sind aber 500 Beiträge entrichtet, so ist zur Wiederherstellung der Anwartschaft weiter erforderlich, daß eine neue Wartezeit von 500 Beitragswochen zurückgelegt wird. Die neuen Beiträge können beliebiger Art sein; sobald aber 200 Pflichtbeiträge entrichtet sind, lebt die Anwartschaft nach der Vorschrift unter a) wieder auf.
  3. Noch ungünstiger sind Versicherte gestellt, die bei ihrem Wiedereintritt in die Versicherung bereits das 60. Lebensjahr vollendet haben. Für sie kann die Anwartschaft nur dann wieder aufleben, wenn vor ihrem Erlöschen mindestens 1000 Beiträge beliebiger Art geleistet waren. Im übrigen gelten hier die gleichen Vorschriften wie unter Ziff. 2. Es ist also Zurücklegung einer neuen Wartezeit von 200 Pflicht- oder 500 sonstigen Beitragswochen erforderlich.
- B. Durch das Wiederaufleben der Anwartschaft werden die bisher unwirksamen Beiträge mit allen rechtlichen Eigenschaften (also als Pflicht-, Selbstversicherungs- oder Weiterversicherungsbeiträge) wieder gültig und zählen bei der Berechnung der Wartezeit mit. Ist das Wiederaufleben nicht mehr möglich, so wird dadurch die Zurücklegung einer neuen Wartezeit nicht ausgeschlossen. Dabei kommen die unwirksam gewordenen Beiträge insoweit in Betracht, als Weiterversicherungsbeiträge auch vor Entrichtung von neuen Pflicht- oder Selbstversicherungsbeiträgen geleistet werden können. Im übrigen haben die früheren Beiträge aber keinerlei Bedeutung; es müssen also erneut 100 Pflicht- oder Selbstversicherungsbeiträge entrichtet werden.

Beispiel: Vor dem Erlöschen der Anwartschaft sind 400 Beiträge entrichtet. Der Wiedereintritt in die Versicherung erfolgt im 59. Lebensjahr: Werden nun 200 neue Pflichtbeiträge entrichtet, so sind alle 600 Beiträge wirksam. Werden dagegen 150 Pflicht- und 50 Weiterversicherungsbeiträge (in beliebiger Reihenfolge) geleistet, so ist zwar eine neue Wartezeit von 200 Beitragswochen erfüllt, die 400 alten Beiträge bleiben aber unwirksam. Werden

schließlich 200 Weiterversicherungsbeiträge beigebracht, so ist auch keine neue Wartezeit erfüllt.

- C. Vor dem 1. Januar 1912 erfolgte das Wiederaufleben der Anwartschaft unter wesentlich leichteren Bedingungen, indem 200 neue Beiträge beliebiger Art ohne Rücksicht auf das Lebensalter oder die frühere Versicherung die erloschene Anwartschaft stets wiederherstellten, § 46 Abs. IV des Invalidenversicherungsgesetzes. Diese bisherigen Vorschriften bleiben für alle Versicherten gültig, die vor dem 1. Januar 1913 wieder in die Versicherung eintreten. Nimmt also ein Versicherter vor diesem Zeitpunkt die versicherungspflichtige Beschäftigung wieder auf, so lebt die erloschene Anwartschaft auf, sobald er 200 Beitragswochen zurückgelegt hat, ohne daß die Anwartschaft von neuem erloschen ist, Art. 74.

## Kapitel IV.

### Entschädigungspflichtige Tatbestände.

Entschädigungspflichtige Tatbestände oder Versicherungsfälle sind solche Tatbestände, an welche nach ausdrücklicher gesetzlicher Vorschrift die Entstehung eines Entschädigungsanspruchs geknüpft ist. Die Invalidenversicherung kennt zwei solcher Tatbestände, die Invalidität (§ 1) und das Alter (§ 2), die Hinterbliebenenversicherung nur einen, den Tod des Ernährers (§ 3).

#### § 1.

#### Invalidität.

1. Invalide ist, wer infolge seiner körperlichen oder geistigen Beschaffenheit nicht mehr imstande ist, ein Drittel dessen zu erwerben, was seine Berufsgenossen zu verdienen pflegen, § 1255 Abs. II.
  - a) Der Versicherte muß also noch imstande sein, einen bestimmten Mindestverdienst zu erzielen. Dieser berechnet sich aber nicht nach dem Verdienst, den der einzelne Versicherte tatsächlich erreicht hat, sondern nach dem Verdienst, den Personen seiner Art in derselben Gegend<sup>1)</sup> zu verdienen pflegen. Bei Prüfung der Invalidität ist also zunächst die Berufsgruppe zu ermitteln, welcher der Beschäftigte nach seiner Ausbildung und Beschäftigung angehört<sup>2)</sup>. Dann ist zu schätzen, was körperlich und geistig gesunde Personen dieser Gruppe durch Arbeit durchschnittlich verdienen. Ein Drittel dieser Summe bildet die Invaliditätsgrenze für alle

<sup>1)</sup> Das ist ein Gebiet, in dem im wesentlichen gleiche Verdienstverhältnisse bestehen.

<sup>2)</sup> Bei Berufswechsel entscheidet der zuletzt ausgeübte Beruf, sofern der Übergang zu diesem Beruf nicht bereits auf einer Verminderung der Arbeitskraft beruhte.

Versicherten dieser Gruppe. Verdienen z. B. gesunde Maurer in einem bestimmten Verwaltungsbezirk durchschnittlich 1800 M. im Jahre, so ist der Mindestverdienst für jeden von ihnen 600 M., auch wenn der einzelne mehr oder weniger verdient hat. Die niederste Verdienstgrenze bildet aber stets ein Drittel des Durchschnittsverdienstes gewöhnlicher Tagearbeiter.

- b) Bei der Prüfung, ob der Versicherte den Mindestverdienst noch erreichen kann, kommen nur Tätigkeiten in Frage, die seinen Kräften und Fähigkeiten entsprechen und die ihm unter billiger Berücksichtigung seiner Ausbildung und seines bisherigen Berufs zugemutet werden können. Ein Lohnarbeiter kann also nicht auf Unternehmertätigkeit, ein Kopfarbeiter nicht auf Tagelöhnerarbeit verwiesen werden. Andererseits kennt das Gesetz keine Berufsinvalidität<sup>1)</sup>. Wer seinen bisherigen Beruf nicht fortsetzen kann, muß zu einem geeigneten andren übergehen. Die Invalidität deckt sich also auch nicht mit der Arbeitsunfähigkeit in der Krankenversicherung, die lediglich Unfähigkeit zur Fortsetzung der bisherigen Lohnarbeit erfordert<sup>2)</sup>.
  - c) Es kommt nur darauf an, ob der Versicherte noch imstande ist, den Mindestverdienst zu erreichen; ob er ihn tatsächlich erreicht, ist gleichgültig. Es entscheidet also nicht die zufällige einzelne Beschäftigung, sondern die Erwerbsmöglichkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Ein Versicherter, der den Mindestverdienst nicht erzielt, kann trotzdem erwerbsfähig und ein Versicherter, der ihn überschreitet, trotzdem invalide sein, z. B. wenn der Verdienst auf besonderem Wohlwollen des Arbeitgebers beruht. Immerhin spricht aber eine erhebliche Überschreitung der Verdienstgrenze zunächst gegen Invalidität.
  - d) Die Unfähigkeit, den Mindestverdienst zu erzielen, muß auf der körperlichen oder geistigen Verfassung des Versicherten beruhen. Wer infolge ungünstiger Lage des Arbeitsmarktes keine geeignete Stelle zur Verwertung seiner Arbeitskraft findet, ist erwerbslos aber nicht invalide. Wohl aber ist Invalidität anzunehmen, wenn ein noch Arbeitsfähiger durch körperliche Gebrechen, z. B. eine abschreckende Krankheit, völlig vom Arbeitsmarkt ausgeschlossen ist. Der Begriff der Invalidität deckt sich also auch nicht mit dem der Arbeitsunfähigkeit.
2. Die Ursache der Invalidität ist regelmäßig gleichgültig, insbesondere begründet auch eine durch Alter herbeigeführte Invalidität Entschädigungsansprüche, so daß also die entschädigungspflichtigen Tatbestände der Invalidität und des Alters

<sup>1)</sup> Anders die Angestelltenversicherung; vgl. S. 259.

<sup>2)</sup> Vgl. S. 84.

zugleich gegeben sein können<sup>1)</sup>. Nach zwei Richtungen bestehen jedoch Ausnahmen:

- a) Ist die Invalidität vorsätzlich<sup>2)</sup> herbeigeführt, so entsteht kein Entschädigungsanspruch, § 1254 Abs. I<sup>3)</sup>.
- b) Ist die Invalidität durch einen entschädigungspflichtigen Unfall herbeigeführt, so treten mit Rücksicht auf die Unfallentschädigung Beschränkungen ein, die in der Unfallversicherung zur Darstellung kommen; vgl. S. 374 ff.

## § 2.

### Alter.

Der entschädigungspflichtige Tatbestand des Alters ist ein Alter von mehr als 70 Jahren. Der Versicherungsfall erschöpft sich also nicht in dem einmaligen Ereignis des 70. Geburtstags, sondern ist auch in jedem späteren Zeitpunkt gegeben. Daraus folgt, daß die Voraussetzungen für die Entstehung eines Entschädigungsanspruchs nicht am 70. Geburtstag erfüllt sein müssen, sondern auch noch später erfüllt werden können. Der Entschädigungsanspruch entsteht dann im Augenblick ihrer Erfüllung, § 1257.

Das Alter ist ein selbständiger entschädigungspflichtiger Tatbestand der besonders geartete Ansprüche erzeugt. Invalidität braucht nicht vorzuliegen. Besteht sie aber, so sind zugleich zwei entschädigungspflichtige Tatbestände erfüllt<sup>4)</sup>.

## § 3.

### Tod des Ernährers.

Der Tod des Ernährers ist der entschädigungspflichtige Tatbestand für alle Ansprüche auf Hinterbliebenenentschädigung. Die Ursache des Todes ist gleichgültig. Auch Selbstmord schließt die Hinterbliebenenentschädigung nicht aus. Jedoch erwerben die Hinterbliebenen keinen Anspruch, wenn sie den Tod vorsätzlich herbeigeführt haben, § 1267.

Dem Tode steht die Verschollenheit gleich, ohne daß eine bürgerlichrechtliche Todeserklärung erforderlich wäre. Ein Versicherter gilt als verschollen, wenn während eines Jahres keine glaubhafte Nachricht von ihm eingegangen ist und die Umstände seinen Tod wahrschein-

<sup>1)</sup> Jedoch ist der Bezug beider Renten nebeneinander ausgeschlossen.

<sup>2)</sup> Das Reichsversicherungsamt hält auch die durch Selbstmordversuch herbeigeführte Invalidität für eine vorsätzlich herbeigeführte; anders die bisherige Praxis in der Krankenversicherung.

<sup>3)</sup> Ist die Invalidität durch Begehung einer Handlung zugezogen, die nach strafgerichtlichem Urteil ein Verbrechen oder vorsätzliches Vergehen ist, so entsteht zwar ein Entschädigungsanspruch, die Entschädigung kann aber ganz oder teilweise versagt oder den im Inland wohnenden Angehörigen zugewiesen werden, wenn der Versicherte diese bisher ganz oder überwiegend aus seinem Arbeitsverdienst unterhalten hat; vgl. § 1254 Abs. II, III.

<sup>4)</sup> Über das Verhältnis der aus beiden erwachsenden Ansprüche vgl. S. 211.

lich machen. Den Todestag setzt das Versicherungsamt nach billigem Ermessen fest<sup>1)</sup>. Es kann von den Hinterbliebenen die eidesstattliche Versicherung verlangen, daß sie von dem Leben des Vermißten keine anderen als die angezeigten Nachrichten empfangen haben, §§ 1265, 1266<sup>2)</sup>.

Entschädigungspflichtiger Tatbestand ist der wirkliche oder der vom Versicherungsamt festgesetzte Zeitpunkt des Todes. In diesem Augenblick muß die Wartezeit erfüllt und die Anwartschaft aufrecht erhalten sein, § 1252. Die dann entstehenden Ansprüche sind teils sofort fällig<sup>3)</sup>, teils sind sie bedingt<sup>4)</sup>.

Da die Hinterbliebenenversicherung erst am 1. Januar 1912 in Kraft getreten ist, entstehen keine Ansprüche, wenn der Ernährer vor diesem Zeitpunkt verstorben ist oder damals bereits erwerbsunfähig war und dann, ohne die Erwerbsfähigkeit wieder erlangt zu haben, verstorben ist, Artikel 71.

## Zweiter Abschnitt.

# Gegenstand des Entschädigungsanspruchs.

Kraft des Entschädigungsanspruchs kann der Entschädigungsberechtigte Ersatz des Schadens verlangen, der ihm durch Invalidität, Alter und Tod des Ernährers entsteht. Die Entschädigung erfolgt durch Geldleistungen<sup>5)</sup> und zwar regelmäßig durch Geldrenten, die in monatlichen Teilbeträgen im voraus ausbezahlt werden, § 1297.

Die einzelnen Entschädigungsleistungen setzen sich stets aus zwei Bestandteilen zusammen:

- a) einem festen Reichszuschuß, der für alle Entschädigungsberechtigten gleich ist, und
- b) einem Anteil der Versicherungsanstalten, dessen Höhe von der Zahl und Lohnklasse der entrichteten Beiträge abhängt.

In der folgenden Darstellung werden zunächst die Entschädigungsleistungen im Fall der Invalidität (Kapitel I), des Alters (Kapitel II) und des Todes des Ernährers (Kapitel III) dargestellt und dann die Gründe behandelt, aus denen die entstandenen Entschädigungsansprüche wegfallen können (Kapitel IV).

<sup>1)</sup> Bei Seeverschollenheit ist der Untergang des Fahrzeugs maßgebend; ist dies verschollen, so entscheidet der Tag, an dem ein halber Monat seit der letzten Nachricht über das Fahrzeug vergangen ist, §§ 1266 Satz 2, 1100 Abs. I.

<sup>2)</sup> Stellt sich nachträglich heraus, daß der Versicherte noch lebt, so wird die weitere Entschädigung eingestellt; die zu Unrecht geleisteten Beträge brauchen aber nicht zurückgefordert zu werden, § 1310.

<sup>3)</sup> Waisenrente und Witwengeld; vgl. S. 204, 205.

<sup>4)</sup> Witwenrente und Waisenaussteuer; vgl. S. 203, 206.

<sup>5)</sup> Ausnahmsweise können die Entschädigungen in Sachleistungen bestehen; vgl. S. 245.

## Kapitel I.

### Leistungen im Fall der Invalidität.

Das Gesetz schreibt vor, welche Leistungen regelmäßig gewährt werden müssen (§ 1). An Stelle dieser Regelleistungen können aber ausnahmsweise bestimmte Ersatzleistungen treten, die das Gesetz ausdrücklich als gleichwertig zuläßt (§ 2). Schließlich kann die Versicherungsanstalt unter bestimmten Voraussetzungen über das Maß der Regelleistungen hinaus freiwillige Mehrleistungen gewähren (§ 3).

#### § 1.

#### Regelleistungen.

Die Leistung, welche der Entschädigungsberechtigte im Falle der Invalidität regelmäßig verlangen kann, ist die Invalidenrente. Hat er von der freiwilligen Zusatzversicherung Gebrauch gemacht, so erhält er außerdem eine besondere Zusatzrente.

#### I. Die Invalidenrente.

- A. Der Beginn der Invalidenrente ist verschieden, je nachdem die Invalidität eine dauernde oder eine nicht dauernde (eine vorübergehende) ist.
1. Dauernd ist die Invalidität, wenn nach menschlichem Ermessen eine Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit in absehbarer Zeit ausgeschlossen erscheint. Das ist auch dann anzunehmen, wenn zwar eine Operation oder ein kostspieliges Heilverfahren Wiederherstellung erwarten ließe, aber die Mittel dazu fehlen oder der Versicherte die erforderliche Zustimmung verweigert.  
Dauernde Invalidität begründet sofort den Anspruch auf Invalidenrente und zwar auf die sogenannte Dauerrente <sup>1)</sup>. Entschädigungspflichtiger Tatbestand für diesen Anspruch ist also der Eintritt der dauernden Invalidität. In diesem Augenblick müssen die Voraussetzungen für die Invalidenrente erfüllt sein. Ist das nicht der Fall, so entsteht überhaupt kein Entschädigungsanspruch; nachträgliche Erfüllung ist ausgeschlossen, §§ 1255 Abs. I, 1256 <sup>2)</sup>.
  2. Ist die Invalidität keine dauernde, so entsteht zunächst kein Anspruch auf Invalidenrente, der Versicherte ist vielmehr lediglich auf seine Ansprüche aus der Krankenversicherung angewiesen. Erst wenn die Invalidität ununterbrochen 26 Wochen hindurch bestanden hat, also die regelmäßige Dauer der Krankenschädigung abgelaufen ist, entsteht der Anspruch auf die

<sup>1)</sup> Läßt sich der Beginn der Invalidität nicht feststellen, so entscheidet der Tag, an dem der Antrag beim Versicherungsamt eingegangen ist, § 1256.

<sup>2)</sup> Wegen der Nachbringung rückständiger Pflichtmarken vgl. S. 228.

sogenannte Krankenrente. Fällt die Entschädigungspflicht der Krankenkasse ausnahmsweise schon vor der 26. Woche weg, weil sie von ihrer Befugnis zur Beschränkung der Leistungen gegenüber chronisch Kranken Gebrauch gemacht hat<sup>1)</sup>, so entsteht der Anspruch auf Krankenrente schon mit dem Wegfall des Krankengelds, § 1255 Abs. III. Kranken- und Invalidenversicherung schließen also, soweit die Krankheit vorübergehende Invalidität verursacht, unmittelbar aneinander an<sup>2)</sup>.

Entschädigungspflichtiger Tatbestand für den Anspruch auf Krankenrente ist hiernach der Beginn der 27. Invaliditätswoche oder der frühere Wegfall des Krankengelds. Ist an diesem Tage die Wartezeit erfüllt und die Anwartschaft erhalten, so beginnt mit ihm der Anspruch auf Krankenrente. Die bereits abgelaufenen Krankheitswochen kommen auf die Wartezeit in Anrechnung, soweit die Voraussetzungen hierfür gegeben sind. Ist aber beim Beginn der 27. Krankheitswoche oder beim Wegfall des Krankengelds die Wartezeit noch nicht erfüllt, so kommen noch weitere Krankheitswochen in Anrechnung, jedoch nicht über die Erfüllung der Wartezeit hinaus und höchstens bis zu einer Gesamtkrankheitsdauer von 52 Wochen. Genügen auch diese nicht, so kann kein Anspruch entstehen, §§ 1393, 1394.

Beispiel: Ein bisher Pflichtversicherter wird am 1. Januar vorübergehend invalide. Hatte er nun bereits 200 Beitragswochen zurückgelegt, so erhält er die Krankenrente vom 1. Juli ab. Hatte er aber erst 170 Beitragswochen, so fehlen am 1. Juli noch 4 Beitragswochen, die Krankenrente beginnt also erst nach 4 weiteren Krankheitswochen am 28. Juli. Hatte er schließlich am 1. Januar erst 140 Beitragswochen, so kann er die Krankenrente überhaupt nicht erhalten.

Geht eine vorübergehende Invalidität in dauernde über, so fragt es sich, wann die Aussicht auf Wiederherstellung geschwunden ist. In diesem Zeitpunkt ist der entschädigungspflichtige Tatbestand der Dauerrente eingetreten und der etwa schon vorher eingetretene der Krankenrente entfallen. Eine bereits bewilligte Krankenrente wird dann von Amts wegen in eine Dauerrente umgewandelt.

- B. Die Berechnung der Rentenhöhe ist für die Dauer- und die Krankenrente gleich. Beide Arten der Invalidenrente sind Jahresrenten und bestehen stets aus dem Reichszuschuß und dem Anteil der Versicherungsanstalten, § 1284 Abs. I. Zu diesen beiden Teilen kommt unter Umständen noch als dritter der Kinderzuschuß, § 1291.
1. Der Reichszuschuß ist ein fester, für jede Rente gleicher Betrag von jährlich 50 M., § 1285.

<sup>1)</sup> Vgl. 96.

<sup>2)</sup> Bei dauernder Invalidität und freiwilliger Verlängerung der Entschädigungsdauer durch die Krankenkasse stehen beide Ansprüche selbständig nebeneinander; vergl. unten S. 247.



2. Der Anteil der Versicherungsanstalten hängt dagegen von der Zahl und der Lohnklasse der anrechnungsfähigen Beitragswochen ab, § 1286. Er setzt sich wieder aus zwei Bestandteilen zusammen, nämlich aus dem Grundbetrag und den Steigerungssätzen, §§ 1287, 1288, 1289.

- a) Der Grundbetrag wird stets nach 500 Beitragswochen berechnet. Sind weniger nachgewiesen, so werden für die fehlenden Wochen Beiträge der Lohnklasse I in Ansatz gebracht; sind mehr Beitragswochen nachgewiesen, so scheiden die überzähligen Beiträge der niedersten Lohnklasse aus. Für jede Beitragswoche werden angesetzt in der Lohnklasse I 12, in II 14, in III 16, in IV 18 und in V 20 Pfennig.

Beispiel: Sind 200 Beitragswochen V. und 100 Beitragswochen III. Lohnklasse nachgewiesen, so werden als Ergänzungswochen 200 Beitragswochen I. Lohnklasse angesetzt. Der Grundbetrag berechnet sich dann auf

$$\begin{array}{r} 200 \times 20 = 40,00 \\ 100 \times 16 = 16,00 \\ 200 \times 12 = 24,00 \\ \hline \text{zusammen } 80,00 \text{ M.} \end{array}$$

Sind 400 Beitragswochen IV., 200 Beitragswochen III. und 100 Beitragswochen II. Lohnklasse nachgewiesen, so kommen nur die 400 Beitragswochen IV. und 100 Beitragswochen III. Lohnklasse in Anrechnung. Der Grundbetrag berechnet sich dann auf

$$\begin{array}{r} 400 \times 18 = 72,00 \\ 100 \times 16 = 16,00 \\ \hline \text{zusammen } 88,00 \text{ M.} \end{array}$$

Der niederste Grundbetrag beläuft sich hiernach auf  $500 \times 12 = 60,00$  M.

- b) Der Steigerungssatz beträgt für jede Beitragswoche in Lohnklasse I 3, in II 6, in III 8, in IV 10 und in V 12 Pfennig. Hier kommen alle anrechnungsfähigen Beitragswochen, aber auch nur diese in Anrechnung.

Beispiel: Sind 200 Beitragswochen V., 100 Beitragswochen III. Lohnklasse und 10 Krankheitswochen nachgewiesen, so betragen die Steigerungssätze

$$\begin{array}{r} 200 \times 12 = 24,00 \\ 100 \times 8 = 8,00 \\ 10 \times 6 = 0,60 \\ \hline \text{zusammen } 32,60 \text{ M.} \end{array}$$

Diese bilden mit dem Grundbetrag zusammen den Anteil der Versicherungsanstalten. Der Mindestbetrag der Steigerungssätze ist  $200 \times 3 = 60,00$  M.

3. Hat der Empfänger einer Invalidenrente Kinder unter 15 Jahren, so erhöht sich seine Rente für jedes dieser Kinder um  $\frac{1}{10}$  bis zum höchstens  $1\frac{1}{2}$  fachen Betrage, § 1291. Dieser Kinderzuschuß bildet keine selbständige Teilrente, sondern einen lediglich bei der Berechnung hervortretenden Bestandteil der einheitlichen Invalidenrente. Er ändert sich je nach der Zahl der zu berücksichtigenden Kinder.

Beispiel: Betragen Reichszuschuß, Grundbetrag und Steigerungssätze  $50 + 100 + 60 = 210$  M., so beträgt der Kinderzuschuß bei einem Kind unter 15 Jahren 21 M., bei 5 und mehr Kindern unter 15 Jahren 105 M. Die Invalidenrente selbst beträgt also im ersten Fall  $210 + 21 = 231$  M., im zweiten  $210 + 105 = 315$  M.

Der Kinderzuschuß ist von der Reichsversicherungsordnung neu eingeführt. Er wird deshalb nur dann gewährt, wenn der Versicherungsfall nach dem 31. Dezember 1911 eingetreten ist, Art. 71 Abs. III.

- C. Der Anspruch auf Invalidenrente ist zeitlich unbeschränkt. Er erlischt nur mit dem Tode oder dem Wiedereintritt der Erwerbsfähigkeit (vgl. darüber unten, S. 207). Der Anspruch auf Krankenrente endet auch, wenn die vorübergehende Invalidität in eine dauernde übergeht. Es findet dann Umwandlung der Krankenrente in eine Dauerrente statt, wobei die Zeit des früheren Rentenbezugs bis zu 52 Wochen angerechnet wird, §§ 1309, 1394 Abs. II.

## II. Die Zusatzrente.

Die Zusatzrente beginnt wie die Invalidenrente, also bei dauernder Invalidität mit ihrem Eintritt, bei nicht dauernder mit dem Beginn der 27. Krankheitswoche oder dem früheren Wegfall des Krankengelds, §§ 1472, 1474.

Für die Zusatzrente leistet das Reich keinen Zuschuß. Ihre Höhe richtet sich lediglich nach der Zahl der freiwillig entrichteten Zusatzbeiträge. Den Satz der Rente bestimmt der Bundesrat alle zehn Jahre nach vorheriger Prüfung durch die Rechnungsstelle des Reichsversicherungsamts. Nach der ersten, im Gesetz erfolgten Feststellung erhält der Versicherte für jeden Zusatzbeitrag jährlich sovielmal 2 Pfennig, als beim Eintritt der Invalidität Jahre seit der Verwendung der Zusatzmarke vergangen sind. Dabei wird von dem Kalenderjahr, in dem die Quittungskarte aufgerechnet ist<sup>1)</sup> bis zu dem Jahr gezählt, in welchem die Invalidität eingetreten ist. Fallen danach Zusatzmarken aus, so wird ihr Wert dem Versicherten oder seinen Hinterbliebenen erstattet, §§ 1473, 1480.

Beispiel: Hat ein Versicherter in einer im Jahre 1915 aufgerechneten Quittungskarte 100 und in einer 1920 aufgerechneten 50 Zusatzmarken entrichtet und wird er 1955 invalide, so beträgt seine jährliche Zusatzrente  $100 \cdot 2 \cdot 40 + 50 \cdot 2 \cdot 35 = 115$  M.

Der Anspruch auf Zusatzrente endet wie der auf Invalidenrente mit dem Tod des Berechtigten oder mit dem Wegfall der Invalidität, § 1474.

### § 2.

## Ersatzleistungen.

An Stelle der regelmäßig vorgesehenen Invalidenrente können bestimmte im Gesetz ausdrücklich zugelassene Ersatzleistungen treten,

<sup>1)</sup> Vgl. S. 223.

nämlich Invalidenhauspflege und Abfindung durch Zahlung einer einmaligen Geldsumme.

1. Invalidenhauspflege ist nur unter zwei Voraussetzungen zulässig:

- a) Die Satzung der Versicherungsanstalt muß die Invalidenhauspflege einführen<sup>1)</sup>. Tut sie dies, so erwächst dem Entschädigungsberechtigten daraus aber kein Rechtsanspruch auf Invalidenhauspflege. Die Gewährung dieser Leistung im Einzelfall steht vielmehr stets im freien Ermessen des Vorstands.
- b) Der Entschädigungsberechtigte muß mit der Gewährung der Entschädigung in dieser Form einverstanden sein.

Die Invalidenhauspflege besteht darin, daß der Rentenempfänger unter völligem oder teilweisem Wegfall der Invalidenrente vollen Unterhalt in einem Invalidenhouse, Pflegeheim oder einer ähnlichen Anstalt erhält<sup>2)</sup>. Die Versicherungsanstalt kann derartige Anstalten entweder selbst errichten oder fremde benutzen.

Hat sich der Rentenempfänger mit der Invalidenhauspflege einverstanden erklärt, so muß er sich diese Ersatzleistung mindestens auf  $\frac{1}{4}$  Jahr und, wenn er nicht 1 Monat vor Ablauf dieser Zeit widerspricht, jedesmal auf ein weiteres Vierteljahr gefallen lassen. Es steht ihm zwar frei, die Anstalt schon früher zu verlassen; tut er dies aber gegen den Willen der Anstalt, so erhält er bis zum Ablauf der Frist die Invalidenrente nur soweit, als er sie neben der Invalidenhauspflege erhalten hätte.

Die nähere Regelung der Verhältnisse erfolgt durch die Satzung und die von den Versicherungsanstalten erlassenen Invalidenhausordnungen, § 1277.

2. Eine Kapitalabfindung an Stelle der laufenden Rente ist nur bei Ausländern vorgesehen. Sie muß erfolgen, wenn der Berechtigte sich freiwillig gewöhnlich im Ausland aufhält. Sie kann mit Zustimmung des Berechtigten erfolgen, wenn dieser auf Anordnung einer deutschen Behörde das Reichsgebiet verlassen hat, ohne wegen der Verurteilung in einem Strafverfahren ausgewiesen zu sein<sup>3)</sup>. Die Abfindung besteht in der einmaligen Gewährung des dreifachen Jahresbetrages der Rente und erledigt den Versicherungsfall endgültig, §§ 1316, 1317.
3. Auch hinsichtlich der Zusatzrente ist eine Kapitalabfindung möglich. Sie erfolgt auf Antrag des Berechtigten, wenn die Zusatzrente nicht mehr als 60 M. jährlich beträgt. Berechtigte, die ihren Wohnsitz im Inland aufgeben, können auch gegen ihren Willen ab-

<sup>1)</sup> Das haben fast alle Versicherungsanstalten getan.

<sup>2)</sup> Um die Armenverbände, in deren Bezirk Invalidenhäuser errichtet sind, nicht zu überlasten, bestimmt § 1277 Abs. II, daß die Invalidenhäuser als Kranken-, Bewahr- und Heilanstalten im Sinne der §§ 11 Abs. II und 23 Abs. II des Reichsgesetzes über den Unterstützungswohnsitz vom 30. Mai 1908 (RGBl. 1908 S. 381) gelten, so daß durch den Aufenthalt in ihnen der Unterstützungswohnsitz nicht erworben wird.

<sup>3)</sup> Wegen eines weiteren Falls vgl. S. 210 Anm. 3.

gefunden werden. Die Abfindung erfolgt durch Zahlung des Kapitalwerts, dessen Berechnung der Bundesrat regelt, § 1476.

### § 3.

#### Mehrleistungen.

Freiwillige Mehrleistungen sind nur in beschränktem Umfange zulässig. Ihre Einführung ist an besonders erschwerte Voraussetzungen geknüpft. Vgl. S. 219.

Die Mehrleistungen müssen dem wirtschaftlichen Nutzen der Rentenempfänger, der Versicherten oder ihrer Angehörigen dienen. Über ihre Art enthält das Gesetz keinerlei Vorschriften, § 1400<sup>1)</sup>.

## Kapitel II.

### Leistungen im Fall des Alters.

Auch hier ist zu unterscheiden zwischen Leistungen, welche die Anstalt regelmäßig gewähren muß (§ 1) und Ersatzleistungen und freiwilligen Mehrleistungen, die sie an Stelle der Regelleistungen und über sie hinaus gewähren kann (§ 2).

### § 1.

#### Regelleistungen.

Die regelmäßige Entschädigung im Fall des Alters ist die Altersrente.

- A. Die Altersrente beginnt mit dem ersten Tage des 71. Lebensjahrs. Ist aber in diesem Zeitpunkt die Wartezeit noch nicht erfüllt, so beginnt die Rente mit ihrer Erfüllung, § 1257.
- B. Die Altersrente besteht aus dem Reichszuschuß und dem Anteil der Versicherungsanstalten, § 1284. Ein Kinderzuschuß wird nicht gewährt.
  1. Der Reichszuschuß ist wie bei der Invalidenrente ein fester Betrag von jährlich 50 M., § 1285.
  2. Auch der Anteil der Versicherungsanstalten ist ein fester Jahresbetrag. Er beläuft sich in Lohnklasse I auf 60, in II auf 90, in III auf 120, in IV auf 150 und in V auf 180 M. Sind Beitragswochen verschiedener Lohnklassen nachgewiesen, so ist der entsprechende Durchschnitt maßgebend, wobei aber nur die 1200 Beitragswochen der höchsten Lohnklassen in Ansatz kommen, § 1293.

Beispiel: Sind 800 Beitragswochen IV. und 500 Beitragswochen III. Lohnklasse nachgewiesen, so kommen von letzteren

---

<sup>1)</sup> Bisher haben lediglich Erhöhungen des während des Heilverfahrens zu gewährenden Hausgelds (vgl. S. 234) stattgefunden.

nur 400 in Ansatz. Der Anteil der Versicherungsanstalten beträgt dann

$$\frac{800 \times 150 + 400 \times 120}{1200} = 140 \text{ M.}$$

Hierzu kommt noch der Reichszuschuß, so daß die Altersrente 190 M. beträgt.

Mit weniger als 1200 Beitragswochen ist die Wartezeit nicht erfüllt, soweit nicht die erleichternden Bestimmungen der Übergangszeit Platz greifen (vgl. S. 184, 185). Finden diese Anwendung, so ist die Berechnung verschieden, je nachdem wenigstens 400 Beitragswochen nachgewiesen sind oder nicht.

- a) Sind wenigstens 400 Beitragswochen nachgewiesen, so werden die nachgewiesenen Beiträge der Berechnung des Anteils der Versicherungsanstalten zugrunde gelegt, Art. 67 Abs. II.

Beispiel: Sind 300 Beitragswochen II. und 200 Beitragswochen I. Lohnklasse nachgewiesen, so beträgt der Anteil der Versicherungsanstalten

$$\frac{300 \times 90 + 200 \times 60}{500} = 78 \text{ M.}$$

- b) Sind aber keine 400 Beitragswochen nachgewiesen, so werden für die fehlenden Wochen Beiträge derjenigen Lohnklasse angesetzt, die dem durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienst des Versicherten während der drei letzten Jahre unmittelbar vor dem Inkrafttreten der Versicherungspflicht für seinen Berufszweig entspricht, mindestens aber Beiträge der I. Lohnklasse, Art. 67 Abs. I.

Beispiel: Sind 300 Beitragswochen II. Lohnklasse entrichtet und hat der Versicherte in den drei letzten Jahren vor dem Inkrafttreten der Versicherungspflicht für seinen Berufszweig durchschnittlich 600 M. verdient, so kommen zur Ergänzung 100 Beitragswochen der III. Lohnklasse (550 bis 850 M.) in Ansatz. Der Anteil der Versicherungsanstalten beträgt dann

$$\frac{300 \times 90 + 100 \times 120}{400} = 97,50 \text{ M.}$$

- C. Die Altersrente endet mit dem Tod des Entschädigungsberechtigten. Durch Eintritt der Invalidität fällt der Altersrentenanspruch nicht fort. Es besteht dann auch Anspruch auf Invalidenrente. Jedoch kann stets nur die höhere Rente, also regelmäßig die Invalidenrente zur Auszahlung kommen. Vgl. S. 211.

## § 2.

### Ersatzleistungen und Mehrleistungen.

Statt der Altersrente kann die Versicherungsanstalt unter den gleichen Voraussetzungen und mit den gleichen Wirkungen wie bei der Invalidenrente Aufnahme in ein Invalidenhaus oder Altersheim und bei Ausländern Kapitalabfindung gewähren. Auch hinsichtlich der freiwilligen Mehrleistungen gilt das gleiche wie im Fall der Invalidität. Vgl. Kapitel I § 2 und § 3.

## Kapitel III.

## Leistungen im Fall des Todes des Ernährers.

## § 1.

## Regelleistungen.

Die regelmäßigen Entschädigungsleistungen im Fall des Todes des Ernährers sind die Witwen- und Witwerrente, die Waisenrente, das Witwengeld und die Waisenaussteuer. Auch diese Leistungen bestehen aus einem festen Reichszuschuß und einem Anteil der Versicherungsanstalten.

Der Anteil der Versicherungsanstalten hängt von der Beitragsleistung des verstorbenen Ernährers ab. Er berechnet sich nach dem Grundbetrag und den Steigerungssätzen der Invalidenrente, die dieser zur Zeit seines Todes bezogen hat oder bei Invalidität bezogen hätte. Beide Beiträge werden aber nicht voll angerechnet, sondern in doppelter Hinsicht beschränkt.

- a) Grundbetrag und Steigerungssätze kommen für die Hinterbliebenenentschädigung nur mit einem Bruchteil in Ansatz, der bei den einzelnen Ansprüchen verschieden ist.
- b) Bei Bemessung des Grundbetrags und der Steigerungssätze scheidet diejenigen Beiträge aus, welche für die Zeit vor dem 1. Januar 1912 geleistet worden sind. Für die Berechnung des Grundbetrags gilt dies allerdings nur dann, wenn für die Zeit nach dem 1. Januar 1912 bereits 500 Beitragswochen nachgewiesen sind. Andernfalls werden die an dieser Zahl fehlenden Wochen aus den höchsten nach dem Invalidenversicherungsgesetz entrichteten Beiträgen ergänzt. Erst wenn auch diese nicht ausreichen, kommen für die noch fehlenden Beitragswochen zur Ergänzung Beiträge der Lohnklasse I in Ansatz. Für die Steigerungssätze kommen stets nur die für die Zeit nach dem 1. Januar 1912 geleisteten Beiträge in Anrechnung, Art. 69<sup>1)</sup>.

Beispiel: Hat der verstorbene Ernährer bis zum 1. Januar 1912 200 Beitragswochen III. und 100 Beitragswochen IV. Lohnklasse und für die Zeit nach dem 1. Januar 1912 450 Beitragswochen II. Lohnklasse nachgewiesen, so werden zur Berechnung des Grundbetrags zu den 450 Beitragswochen II. Lohnklasse noch 50 IV. Lohnklasse in Ansatz gebracht. Sind aber für die Zeit nach dem 1. Januar 1912 nur 50 Wochenbeiträge geleistet, so kommen außer diesen noch die 100 Beitragswochen IV. und die 200 Beitragswochen III. Lohnklasse aus der Zeit vor dem 1. Januar 1912 und außerdem zur Ergänzung 150 Beitragswochen I. Lohnklasse in Ansatz. Für die Steigerungssätze zählen aber stets nur die für die Zeit nach dem 1. Januar 1912 entrichteten Beiträge.

<sup>1)</sup> Die Hinterbliebenen eines Ausländers, die zur Zeit seines Todes ihren gewöhnlichen Aufenthalt nicht im Inland hatten, erhalten nur die Hälfte der regelmäßigen Hinterbliebenenentschädigung ohne Reichszuschuß. Der Bundesrat kann aber diese Beschränkung für ausländische Grenzgebiete oder bei Gewährleistung der Gegenseitigkeit ausschließen. Deutsche Schutzgebiete gelten nicht als Ausland, § 1268.

### I. Witwenrente.

- A. Die Witwe erhält nur dann eine Witwenrente, wenn sie invalide ist. Der Anspruch auf Witwenrente setzt also außer der Erfüllung der allgemeinen Erfordernisse durch den Ehemann noch den Eintritt der Invalidität der Witwe voraus<sup>1)</sup>.

Der Begriff der Invalidität ist der gleiche wie in der Invalidenversicherung. Nur insofern besteht ein Unterschied, als bei der Prüfung, auf welche Tätigkeiten die Witwe verwiesen werden kann statt des bisherigen Berufs die bisherige Lebensstellung, also regelmäßig die Stellung des verstorbenen Mannes maßgebend ist. Auch hier ist dauernde und vorübergehende Invalidität zu unterscheiden. Erstere bildet die Voraussetzung für den Anspruch auf Witwenrente im engeren Sinne (Witwendauerrente), letztere für den Anspruch auf Witwenkrankenrente, § 1258.

Ist die Witwe schon beim Tod ihres Ehemanns dauernd oder ununterbrochen länger als 26 Wochen invalide, so erhält sie die Witwenrente sofort. Ist sie es noch nicht, so entsteht zunächst nur ein bedingter Anspruch; die Rente beginnt dann erst mit dem Eintritt der dauernden Invalidität oder bei vorübergehender Invalidität mit dem Beginn der 27. Invaliditätswoche oder dem früheren Wegfall des Krankengeldes, § 1263.

- B. Die Witwenrente besteht aus:
1. dem Reichszuschuß von jährlich 50 M., § 1285,
  2. dem Anteil der Versicherungsanstalten. Dieser beträgt  $\frac{3}{10}$  des Grundbetrags und der Steigerungssätze der Invalidenrente des verstorbenen Ehemanns, § 1292. Dabei ist aber zu beachten, daß die für die Zeit vor dem 1. Januar 1912 geleisteten Beiträge bei der Berechnung der Steigerungssätze überhaupt ausscheiden und bei der Berechnung des Grundbetrags nur zur Ergänzung beigezogen werden (vgl. S. 202).

Beispiel: Hat der verstorbene Ehemann bis zum 1. Januar 1912 400 Wochenbeiträge III. und später 200 Wochenbeiträge IV. Lohnklasse geleistet, so beträgt der Grundbetrag  $200 \times 18 + 300 \times 16 = 84$  M., die Steigerungssätze  $200 \times 18 = 36$  M. und beide zusammen 120 M. Hiervon kommen für die Witwenrente  $\frac{3}{10}$ , also 36 M. als Anteil der Versicherungsanstalten in Ansatz, die zusammen mit den 50 M. Reichszuschuß die jährliche Witwenrente von 86 M. ergeben.

- C. Die Witwenrente endet, wenn die Witwe sich wieder verheiratet, stirbt oder wenn sie infolge einer wesentlichen Änderung in ihren Verhältnissen nicht mehr invalide ist. Im letzteren Falle ist eine formelle Entziehung der Rente erforderlich, §§ 1298, 1304.

### II. Witwerrente.

Der Witwer erwirbt beim Tode seiner versicherten Ehefrau regelmäßig keinen Anspruch auf Hinterbliebenenentschädigung. Nur aus-

<sup>1)</sup> Anders in der Angestelltenversicherung; vgl. unten S. 263.

nahmsweise erhält er eine Witwerrente, wenn folgende drei Voraussetzungen erfüllt sind, § 1260:

- a) Die Verstorbene muß den Lebensunterhalt ihrer Familie ganz oder überwiegend aus ihrem Arbeitsverdienst bestritten haben.
- b) Der Witwer muß zur Zeit des Todes seiner Ehefrau erwerbsunfähig sein.
- c) Der Witwer muß zur Zeit des Todes seiner Ehefrau bedürftig, d. h. außerstande sein, sich selbst zu unterhalten.

Der Anspruch auf Witwerrente entsteht mit dem Tode der Ehefrau. Die Rente berechnet sich in gleicher Weise wie die Witwenrente, §§ 1285, 1292. Der Anspruch endet mit dem Tod, der Wiederverheiratung, dem Wiedereintritt der Erwerbsfähigkeit und außerdem mit dem Wegfall der Bedürftigkeit. Bei Wiedereintritt der Erwerbsfähigkeit und bei Wegfall der Bedürftigkeit muß die Rente besonders entzogen werden, §§ 1260, 1298, 1307.

### III. Waisenrente.

Waisenrenten erhalten die noch nicht 15 Jahre alten Kinder, ausnahmsweise auch die Enkel versicherter Personen.

A. Die Voraussetzungen für die Waisenrenten sind je nach der Person des verstorbenen Ernährers verschieden.

1. Beim Tode des versicherten Vaters erhalten seine ehelichen Kinder stets Waisenrente ohne Rücksicht darauf, ob die Mutter noch lebt. Dagegen erwerben uneheliche Kinder beim Tode ihres Vaters keinen Anspruch, § 1259.
2. Bei Tod der versicherten Mutter erhalten ihre unehelichen Kinder stets Waisenrenten, § 1259. Dagegen erwerben die ehelichen Kinder beim Tod ihrer Mutter einen Waisenrentenanspruch nur in drei Fällen:
  - a) Wenn sie vaterlos sind. Nicht erforderlich ist aber, daß der Vater vor der Mutter gestorben ist. Stirbt er erst später, so entsteht der Anspruch im Augenblick seines Todes. Doppelwaisen können also Ansprüche auf zwei Waisenrenten besitzen, von denen aber nur eine zur Auszahlung gelangt<sup>1)</sup>, § 1259.
  - b) Wenn der Vater zwar noch lebt, aber beim Tode der Mutter die Voraussetzungen vorliegen, unter denen ein Witwer Witwerrente erhält, also die Verstorbene den Lebensunterhalt ihrer Familie ganz oder überwiegend aus ihrem Arbeitsverdienst bestritten hat, der Vater erwerbsunfähig und die Kinder bedürftig sind. Nicht erforderlich ist, daß die Ehe der Eltern zur Zeit des Todes noch bestanden hat, § 1260.
  - c) Wenn der Vater zwar noch lebt, aber sich ohne gesetzlichen Grund von der häuslichen Gemeinschaft ferngehalten und seiner väterlichen Unterhaltspflicht entzogen hat. War die

<sup>1)</sup> Vgl. S. 211.



Ehe beim Tode der Ehefrau geschieden, so genügt naturgemäß Verletzung der Unterhaltspflicht. In beiden Fällen ist aber Bedürftigkeit der Kinder Voraussetzung ihrer Ansprüche, § 1261.

3. Beim Tode des versicherten Großvaters oder der versicherten Großmutter erhalten die Enkel Waisenrenten, wenn sie zur Zeit des Todes elternlos sind, der Verstorbene ihren Unterhalt ganz oder überwiegend bestritten hat und die Enkel bedürftig sind, § 1262.
- B. Jede Waisenrente besteht aus dem Reichszuschuß und dem Anteil der Versicherungsanstalten, § 1284.
1. Der Reichszuschuß beträgt jährlich 25 M, § 1285.
  2. Der Anteil der Versicherungsanstalten ist je nach der Zahl der entschädigungsberechtigten Waisen verschieden, § 1292.
    - a) Ist nur eine Waise vorhanden, so beträgt der Anteil der Versicherungsanstalten  $\frac{3}{20}$  des Grundbetrags und der Steigerungssätze der Invalidenrente des verstorbenen Ernährers.
    - b) Sind mehrere Waisen vorhanden, so kommt für eine von ihnen  $\frac{3}{20}$ , für jede weitere  $\frac{1}{40}$  des Grundbetrags und der Steigerungssätze in Ansatz. Jede Waise erhält aber einen gleichen Bruchteil des Gesamtbetrags. Dieser ändert sich also bei Wegfall oder bei Hinzukommen einer bezugsberechtigten Waise, § 1295.

Beispiel: Hat der verstorbene Ernährer nach dem 1. Januar 1912 500 Beitragswochen V. Lohnklasse nachgewiesen, so beträgt der Anteil der Versicherungsanstalten an seiner Invalidenrente  $500 \times 20$  (Grundbetrag) +  $500 \times 12$  (Steigerungssätze) = 160 M. Hiervon kommen bei einer Waise  $\frac{3}{20} = 24$  M in Anrechnung, so daß die Waisenrente  $24 + 25$  (Reichszuschuß) = 49 M jährlich beträgt. Sind 5 Waisen vorhanden, so betragen alle Waisenrenten zusammen

$$\frac{160 \times 3}{20} + \frac{160 \times 4}{40} = 40 \text{ M,}$$

so daß jede einzelne Rente also  $8 + 25 = 33$  M. jährlich beträgt.

- C. Der Anspruch auf Waisenrente endet, wenn der Entschädigungsberechtigte das 15. Lebensjahr vollendet oder stirbt, § 1299. Ansprüche, die Bedürftigkeit voraussetzen, erlöschen mit dem Wegfall der Bedürftigkeit, wobei aber eine förmliche Entziehung erforderlich ist, § 1307.

#### IV. Witwengeld und Waisenaussteuer.

Hat eine Frau durch eigene Beitragsleistung Anspruch auf Invalidenrente erworben, so kann sie nicht neben der Invalidenrente noch eine Witwenrente auf Grund des Todes ihres Ehemannes beziehen. (Vgl. S. 211.) Hierfür sollen das Witwengeld und die Waisenaussteuer einen Ausgleich bilden. Beide Ansprüche setzen deshalb voraus, daß die Witwe die Wartezeit erfüllt und die Anwartschaft aufrechterhalten hat, § 1252.

- A. Das Witwengeld ist beim Tode des Ehemanns fällig, § 1264. In diesem Zeitpunkt muß die Witwe also die Wartezeit erfüllt und die Anwartschaft aufrechterhalten haben.

Das Witwengeld ist der zwölfwache Monatsbetrag der Witwenrente, welche die Witwe ohne ihre Invalidenrente beziehen würde. In diesem Betrag ist bereits der Reichszuschuß von 50 M enthalten, §§ 1285, 1296.

- B. Die Waisenaussteuer ist bei Vollendung des 15. Lebensjahrs der Waisen fällig, § 1264. Es genügt deshalb, wenn die Witwe bis zu diesem Zeitpunkt die Wartezeit für die Invalidenrente erfüllt und die Anwartschaft erhalten hat, § 1252.

Die Waisenaussteuer ist der achtfache Monatsbetrag der zuletzt bezogenen Waisenrente, worin ein Reichszuschuß von  $16\frac{2}{3}$  M enthalten ist, §§ 1285, 1296. Die Waisen erhalten also beim Wegfall der Waisenrente noch einmal eine größere Summe, welche ihnen den Eintritt ins Erwerbsleben erleichtern soll.

## § 2.

### Ersatzleistungen und Mehrleistungen.

Auch den Empfängern einer Witwen-, Witwer- oder Waisenrente kann die Versicherungsanstalt statt ihrer Renten Aufnahme in ein Invaliden- oder Waisenhaus oder eine ähnliche Anstalt gewähren und Ausländer mit dem dreifachen, bei Waisenrenten mit dem eineinhalbfachen Jahresbetrag der Rente abfinden. Für diese Ersatzleistungen und ebenso für die etwaige Einführung von Mehrleistungen gilt das gleiche wie im Fall der Invalidität. Vgl. Kapitel I, §§ 2 u. 3.

## Kapitel IV.

### Wegfall der Leistungen.

Die dem Entschädigungsberechtigten zu gewährenden Leistungen fallen fort, einmal, wenn der Entschädigungsanspruch im ganzen oder die Ansprüche auf Gewährung der einzelnen Entschädigungsleistungen erlöschen (§ 1) oder aber, wenn jene Ansprüche zwar fortbestehen, ihre Befriedigung aber aus bestimmten Gründen verweigert werden kann (§ 2).

## § 1.

### Erlöschen der Entschädigungsansprüche.

Hinsichtlich des Erlöschens der Entschädigungsansprüche ist zu unterscheiden, ob es sich um den Anspruch als solchen oder um die Ansprüche auf einzelne Entschädigungsleistungen handelt.

#### I. Erlöschen des Entschädigungsanspruchs als solchen.

Die aus der Invalidität, dem Alter und dem Tod des Ernährers erwachsenden Entschädigungsansprüche als solche erlöschen mit dem

Tod des Entschädigungsberechtigten. Von diesem Zeitpunkt ab können also keine Ansprüche auf Einzelleistungen mehr entstehen. Wegen der bereits entstandenen vgl. unter II C.

Die übrigen Erlöschungsgründe weichen bei den einzelnen Ansprüchen je nach ihren verschiedenen Voraussetzungen von einander ab.

- A. Der Anspruch auf Invalidenrente fällt weg, wenn der Entschädigungsberechtigte infolge einer wesentlichen Änderung seiner Verhältnisse nicht mehr invalide ist, § 1304. Voraussetzung für das Erlöschen ist hier also:
1. daß sich der körperliche oder geistige Zustand des Versicherten gegenüber seinem Zustand zur Zeit der Rentenfestsetzung geändert und zwar gebessert hat. Eine solche Besserung kann schon in der Gewöhnung an einen krankhaften Zustand, in dem Erwerb neuer Fähigkeiten und in der Verwendung von Hilfsmitteln liegen.
  2. Daß der Entschädigungsberechtigte nicht mehr invalide ist. Bei der Prüfung dieser Frage sind nicht die früheren, sondern die augenblicklich bestehenden Verhältnisse zugrunde zu legen. Es kommt also darauf an, ob der Entschädigungsberechtigte den für Personen seiner Art an seinem jetzigen Wohnort augenblicklich maßgebenden Mindestverdienst wieder erzielen kann.
- B. Der Anspruch auf Witwenrente endet wie derjenige auf Invalidenrente mit dem Wiedereintritt der Erwerbsfähigkeit und außerdem mit der Wiederverheiratung, §§ 1298, 1304.
- C. Der Anspruch auf Witwenrente erlischt mit der Wiederverheiratung und dem Wegfall der Bedürftigkeit, §§ 1298, 1307.
- D. Der Anspruch auf Waisenrente erlischt mit der Vollendung des 15. Lebensjahrs und, soweit der Anspruch Bedürftigkeit voraussetzt, mit ihrem Wegfall, §§ 1299, 1307.

Bei dem Tode, der Wiederverheiratung und der Vollendung des 15. Lebensjahrs, also in dem klar zutage liegenden Fällen, endet mit dem Entschädigungsanspruch ohne weiteres auch der Bezug der Rente. In den übrigen Fällen ist jedoch eine förmliche Entziehung der Rente erforderlich und der Rentenbezug endet erst mit dem Ablauf des auf die Zustellung des Entziehungsbescheids folgenden Monats, §§ 1298, 1299, 1304, 1307, 1308, 1474.

## II. Erlöschen der Ansprüche auf bestimmte Einzelleistungen.

Die Ansprüche auf bestimmte Einzelleistungen (Rentenraten, Witwengeld und Waisenaussteuer) erlöschen durch Erfüllung, durch Unterlassung der Antragstellung und durch Tod des Entschädigungsberechtigten vor der Antragstellung.

- A. Die Erfüllung erfolgt durch Bewirkung der geschuldeten Leistung<sup>1)</sup>. Die Gewährung anderer Leistungen an Erfüllungstatt ist, soweit sie nicht das Gesetz selbst vorsieht, unzulässig. Die Leistungen sind

<sup>1)</sup> Über die Art der Bewirkung vgl. S. 243 ff.

an den Entschädigungsberechtigten in Person zu bewirken. Durch Leistung an Dritte wird der Schuldner nur insoweit befreit, als eine Übertragung des Anspruchs stattgefunden hat. Eine solche ist aber nur in einzelnen Ausnahmefällen und hinsichtlich des Witwengelds und der Waisenaussteuer nur mit Genehmigung des Versicherungsamts zulässig, § 1325. Vgl. S. 48, 49.

Der Erfüllung stehen Hinterlegung und Aufrechnung gleich.

1. Die Hinterlegung, die in der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung kaum zur Anwendung kommt, richtet sich nach den Vorschriften des bürgerlichen Rechts. Hiernach ist sie zulässig, wenn der Berechtigte im Annahmeverzug ist oder wenn der Schuldner aus einem in der Person des Berechtigten liegenden Grunde oder infolge einer nicht auf Fahrlässigkeit beruhenden Ungewißheit über die Person des Berechtigten die Leistung nicht oder nicht mit Sicherheit bewirken kann, §§ 372 ff. BGB.
  2. Die Aufrechnung von Entschädigungsansprüchen ist regelmäßig ausgeschlossen. Ausnahmsweise können jedoch Rentenansprüche (nicht Witwengeld und Waisenaussteuer) auf folgende Forderungen aufgerechnet werden:
    - a) Ersatzforderungen für bezogene Unfallrenten oder privatrechtliche Entschädigungen, die der Entschädigungsberechtigte zu Unrecht bezogen und daher der Versicherungsanstalt zu erstatten hat, §§ 1522 Abs. III, 1542.
    - b) Geschuldete Beiträge<sup>1)</sup>.
    - c) Gezahlte Vorschüsse.
    - d) Zu Unrecht bezahlte Rentenbeträge.
    - e) Kosten des Verfahrens, die der Berechtigte zu erstatten hat.
    - f) Geldstrafen, welche die Versicherungsanstalt verhängt hat, §§ 1324, 1325.
  3. Dagegen bringt der Erlaß die Entschädigungsansprüche nicht zum Erlöschen, da es sich um öffentlich rechtliche Verhältnisse handelt, die der Privatvereinbarung entzogen sind<sup>2)</sup>.
- B. Bei Unterlassung der Antragstellung erlöschen die Entschädigungsansprüche nach Ablauf eines Jahres. Der Entschädigungsberechtigte erhält also bei verspäteter Stellung des Entschädigungsantrags die bereits fälligen Rentenbeträge vom Eingang des Antrags an längstens auf ein Jahr zurück. Der Anspruch auf Witwengeld erlischt überhaupt, wenn er nicht innerhalb eines Jahres nach dem Tode des Ehemanns geltend gemacht wird. Dagegen gilt für Waisenrenten diese Ausschlußfrist nicht.

<sup>1)</sup> Aber nur solche, die der Entschädigungsberechtigte selbst schuldet, nicht etwa sein Arbeitgeber.

<sup>2)</sup> Dagegen ist es dem Entschädigungsberechtigten überlassen, ob und in welchem Umfang er seinen Anspruch geltend machen will. Die Feststellung der Entschädigung erfolgt nur auf seinen Antrag, den er jederzeit zurücknehmen kann, § 1545 Nr. 2. Auch Vergleiche über erhobene Ansprüche und ganzer oder teilweiser Verzicht auf sie sind zulässig.

Das Erlöschen der Entschädigungsansprüche tritt nicht ein, wenn der Entschädigungsberechtigte durch Verhältnisse, die außerhalb seines Willens liegen, an der rechtzeitigen Antragstellung gehindert worden ist. Der Entschädigungsantrag muß in diesem Falle aber binnen drei Monaten nach Behebung des Hindernisses gestellt werden, §§ 1253, 1300.

- C. Durch den Tod erlöschen bereits entstandene Ansprüche auf bestimmte einzelne Entschädigungsleistungen nur dann, wenn der Berechtigte zur Zeit seines Todes den Anspruch auf Entschädigung noch nicht erhoben hatte<sup>1)</sup>. In diesem Falle findet also eine Vererbung nicht statt<sup>2)</sup>.

Hatte der Entschädigungsberechtigte dagegen vor seinem Tode seinen Anspruch geltend gemacht, so sind die bis zum Tode entstandenen Einzelansprüche vererblich. Die Erbfolge weicht aber von der allgemeinen Regel des bürgerlichen Rechts ab. Es sind nacheinander der Ehegatte, die Kinder, der Vater, die Mutter und schließlich die Geschwister berechtigt, alle aber nur, wenn sie mit dem Entschädigungsberechtigten zur Zeit seines Todes in häuslicher Gemeinschaft gelebt haben<sup>3)</sup>. Andere Personen sind nicht erbberechtigt.

Die Erben sind, wenn die Entschädigung zur Zeit des Todes noch nicht festgestellt ist, zur Fortsetzung des Feststellungsverfahrens<sup>4)</sup>, andernfalls zum Bezug der bis zum Todestag fälligen noch nicht abgehobenen Leistungen berechtigt. Für den Sterbemonat wird die Rente voll gezahlt<sup>5)</sup>, §§ 1301, 1302, 1303.

## § 2.

### Verweigerung der Leistung.

In bestimmten Fällen können, auch ohne daß der Entschädigungsanspruch erlischt, die Entschädigungsleistungen dem Berechtigten verweigert werden, nämlich bei Verweigerung des Heilverfahrens, bei Ruhen der Renten und bei Verjährung<sup>6)</sup>.

<sup>1)</sup> Die Erhebung des Anspruchs erfolgt durch Anmeldung beim Versicherungsamt; vgl. S. 239.

<sup>2)</sup> Eine Ausnahme gilt für die Ersatzansprüche der Armenverbände, § 1537; vgl. S. 247.

<sup>3)</sup> Stirbt ein zum Bezug einer Waisenaussteuer Berechtigter vor ihrer Auszahlung, so bestimmt das Versicherungsamt nach billigem Ermessen, auf wen der Anspruch übergeht, § 1303 Abs. II.

<sup>4)</sup> Vgl. S. 239 ff. Ausnahmsweise kann aber der Waisenrentenanspruch nicht von Erben geltend gemacht werden.

<sup>5)</sup> Das gilt aber nicht:

a) Wenn sich durch den Tod eines entschädigungsberechtigten Hinterbliebenen die Ansprüche der übrigen erhöhen, §§ 1301, 1295.

b) Wenn die Erben durch den Tod Ansprüche auf Hinterbliebenenrente erwerben; in diesem Fall erhalten sie für den Monatsteil, in dem beide Ansprüche zusammentreffen, nur den höheren Betrag, § 1301 Abs. II.

<sup>6)</sup> Einen weiteren Grund für die Leistungsverweigerung bildet die schuldhaft Herbeiführung der Invalidität; vgl. S. 193, Anm. 3.

1. Wie unten näher ausgeführt wird, kann die Versicherungsanstalt ein Heilverfahren eintreten lassen, sowohl um die infolge einer Erkrankung drohende Invalidität abzuwenden, als auch um die bereits eingetretene wieder zu beseitigen. Der Erkrankte ist verpflichtet, sich einem solchem Heilverfahren zu unterziehen. Zur Unterbringung in ein Krankenhaus oder Genesungsheim ist jedoch seine Zustimmung<sup>1)</sup> erforderlich, wenn er verheiratet ist und mit seiner Familie zusammenlebt oder einen eigenen Haushalt hat oder Mitglied des Haushalts seiner Familie ist, §§ 1269, 1270, 1305.

Entzieht sich ein Erkrankter dem Heilverfahren oder entzieht sich ein Rentenempfänger der Nachuntersuchung oder Beobachtung in einem Krankenhaus, so kann ihm die Rente ganz oder teilweise versagt werden. Voraussetzung ist aber stets,

- a) daß die Weigerung ohne gesetzlichen oder sonst triftigen Grund erfolgt. Insbesondere ist der Kranke nicht verpflichtet, sich lebensgefährlichen Operationen zu unterziehen.
- b) daß das Heilverfahren die Invalidität voraussichtlich verhütet oder beseitigt hätte.
- c) daß die Versagung der Rente als Folge der Weigerung ausdrücklich angedroht ist.

Die Versagung der Rente darf stets nur auf bestimmte Zeit erfolgen. Ist die Rente bereits festgestellt, so bedarf es einer förmlichen Entziehung durch einen Bescheid, der mit Ablauf des auf seine Zustellung folgenden Monats wirksam wird; §§ 1272, 1306, 1308.

2. Die Invaliden-, Alters- und Hinterbliebenenrenten ruhen:

- a) So lange der Entschädigungsberechtigte eine Freiheitsstrafe von mehr als einem Monat verbüßt oder in einem Arbeitshaus oder einer Besserungsanstalt untergebracht ist. Hat er im Inland Angehörige, die er bisher ganz oder überwiegend aus seinem Arbeitsverdienst unterhalten hat, so haben diese Anspruch auf die ruhende Invaliden- und Altersrente, nicht aber auf Hinterbliebenenrente, § 1312.
- b) Für entschädigungsberechtigte Deutsche<sup>2)</sup>, so lange sie ihren Aufenthalt im Ausland haben, auch wenn dies aus Gesundheitsrücksichten geschieht, § 1313 Nr. 1. Deutsche Schutzgebiete gelten als Inland, § 1315<sup>3)</sup>.
- c) Für entschädigungsberechtigte Ausländer, so lange sie wegen Verurteilung in einem Strafverfahren aus dem Reichsgebiet aus-

<sup>1)</sup> Bei Minderjährigen genügt ihre Zustimmung.

<sup>2)</sup> Ausländer werden abgefunden; vgl. S. 199, 201, 206.

<sup>3)</sup> Auch kann der Bundesrat das Ruhen für ausländische Grenzgebiete und für solche ausländische Staaten ausschließen, die Deutschen eine entsprechende Invaliden- und Hinterbliebenenentschädigung gewähren, § 1314. Ausländer, die auf Grund solcher Beschlüsse eine Rente beziehen, können mit ihrer Zustimmung durch einmalige Geldzahlung abgefunden werden, § 1317 Nr. 2. Wegen der für Grenzgebiete bisher erlassenen Bundesratsbeschlüsse vgl. A. N. 1900 S. 740, 1904 S. 244, 1908 S. 509 und 667 und 1909 S. 595.

gewiesen sind oder so lange sie aus einem Bundesstaat ausgewiesen sind und sich nicht in einem andern Bundesstaat aufhalten § 1313 Nr. 2.

- d) So lange der Entschädigungsberechtigte zugleich auf eine andere höhere Invaliden- oder Hinterbliebenenrente Anspruch hat. Treffen also die Voraussetzungen mehrerer Renten, z. B. einer Invaliden- und Witwenrente oder Waisenrenten von Vater und Mutter in einer Person zusammen, so wird nur die höhere Rente bezogen, während die niedrigere ruht, § 1318.
- e) So lange der Entschädigungsberechtigte eine Unfallrente bezieht. Voraussetzung ist dabei, daß die Invalidität oder der Tod des Ernährers nicht durch den Unfall herbeigeführt ist. Das Ruhen ergreift hier die Rente nicht ganz, sondern nur, soweit sie zusammen mit der Unfallrente einen bestimmten Höchstbetrag übersteigen würde. Dieser Höchstbetrag beläuft sich bei Invaliden- und Altersrenten auf den  $7\frac{1}{2}$  fachen Grundbetrag der Invalidenrente, bei Witwen- und Witwerrente auf den  $3\frac{1}{2}$  fachen und bei Waisenrenten auf den dreifachen Grundbetrag der Invalidenrente des verstorbenen Ernährers, § 1311. Wegen der Einzelheiten vgl. unten S. 374, 375.

Für den Monat, der das Ruhen der Rente bringt, wird diese noch voll ausbezahlt, § 1301. Nur bei Zusammentreffen mehrerer Renten der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung (vgl. oben unter d) ruht die niedrigere Rente schon vom Tage des Zusammentreffens an, § 1318. Fällt der Grund des Ruhens weg, so wird die Rente wieder gewährt, nicht aber nachträglich für die Zeit des Ruhens.

3. Die Ansprüche auf Entschädigungsleistungen verjähren in 4 Jahren. Die Frist beginnt mit der Fälligkeit der Leistung, bei Renten mit der Fälligkeit der einzelnen Monatsraten, § 29 Abs. III. Hinsichtlich der Hemmung und Unterbrechung der Verjährung sind die Vorschriften des bürgerlichen Rechts (§§ 202, 203, 205 ff. BGB.) entsprechend anzuwenden. Der Ablauf der Verjährung berechtigt die Versicherungsanstalt, die einzelne verjährte Entschädigungsleistung zu verweigern. Der Entschädigungsanspruch als solcher wird durch die Verjährung nicht berührt.

Die Verjährung kommt, von der Waisenaussteuer abgesehen, nur soweit in Frage, als der Entschädigungsantrag gestellt ist. Vor seiner Stellung läuft die bereits behandelte einjährige Ausschußfrist. Vgl. S. 208, 209.

### Dritter Abschnitt.

## Schuldner des Entschädigungsanspruchs.

Schuldner des Entschädigungsanspruchs auf dem Gebiet der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung oder, wie das Gesetz ihn nennt, Träger der Versicherung, sind die Versicherungsanstalten.

Die Versicherungsanstalten sind öffentlichrechtliche Anstalten, also juristische Personen zur Erfüllung bestimmter staatlicher Aufgaben.

- a) Die Versicherungsanstalten sind für bestimmte örtliche Bezirke errichtet und umfassen ohne Rücksicht auf den Beruf alle Versicherten dieses Bezirks. An ihrer Verwaltung sind sowohl die Arbeitgeber wie die Versicherten beteiligt.
- b) Die Versicherungsanstalten sind vom Staate zu einem bestimmten Zweck, nämlich zur Durchführung der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung geschaffen. Sie erfüllen ihre Aufgaben als eigene, ohne unmittelbare Einwirkung des Staates. Sie sind aber zur Erfüllung ihrer Aufgaben verpflichtet und dürfen sich keine anderen, ihren Zwecken widersprechenden Aufgaben setzen. Hierüber übt der Staat durch seine Behörden die Aufsicht aus.
- c) Die Versicherungsanstalten haben eigene Rechtspersönlichkeit, § 4. Sie handeln also selbständig durch eigene Organe und auf eigene Verantwortung. Sie haben eigenes Vermögen und eigene Schulden.
- d) Die Versicherungsanstalten sind juristische Personen des öffentlichen Rechts. Ihr Bestand und ihre Ausgestaltung sind durch das öffentliche Recht geregelt.

In der folgenden Darstellung wird zunächst die äußere Organisation, die Verfassung der Versicherungsanstalten (Kapitel I) und hierauf ihre innere Ausgestaltung und Tätigkeit, ihre Verwaltung (Kapitel II) behandelt. Schließlich folgen die sonstigen Versicherungseinrichtungen, die ausnahmsweise ganz oder teilweise an Stelle der Versicherungsanstalten treten können (Kapitel III).

## Kapitel I.

### Verfassung der Versicherungsanstalten.

#### § 1.

#### Umfang.

1. Der Umfang einer Versicherungsanstalt bestimmt sich lediglich nach dem räumlichen Bezirk, für den sie errichtet ist. Je nach der Abgrenzung dieses Bezirks unterscheidet man:
  - a) Einfache Versicherungsanstalten, die das Gebiet eines Bundesstaats nicht überschreiten. Sie können sich mit diesem Gebiet entweder decken oder nur einzelne Gebietsteile oder Gemeindeverbände umfassen, § 1326 Abs. I.
  - b) Gemeinsame Versicherungsanstalten, die für mehrere Bundesstaaten oder Teile von ihnen oder für mehrere Gemeindeverbände errichtet sind, § 1326 Abs. II.



Zurzeit bestehen 31 Versicherungsanstalten, nämlich 13 für Preußen<sup>1)</sup>, 8 für Bayern und je eine für Sachsen, Württemberg, Baden, Hessen, Oldenburg, die Thüringischen Staaten, die beiden Mecklenburg, Braunschweig, die drei Hansestädte und Elsaß-Lothringen.

2. Die Versicherungsanstalt umfaßt alle Versicherten, die in ihrem Bezirk beschäftigt werden, § 1329<sup>2)</sup>. Bei freiwillig Versicherten, die nicht beschäftigt sind, ist der Aufenthaltsort maßgebend, § 1440<sup>3)</sup>.

Beschäftigungsort ist grundsätzlich der Ort, an dem die Beschäftigung tatsächlich stattfindet. Dieser Grundsatz ist jedoch zur Vermeidung eines zu häufigen Wechsels der Zuständigkeit durch die gleichen Ausnahmen durchbrochen, wie in der Krankenversicherung. Vgl. S. 126, a—c. Außerdem gelten für die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung noch folgende Besonderheiten:

- a) Werden Personen in einem Betrieb beschäftigt, dessen Sitz im Bezirk einer anderen Versicherungsanstalt liegt, so können sie mit Zustimmung der beteiligten Versicherungsanstalten bei der Versicherungsanstalt des Betriebssitzes statt bei der des Beschäftigungsortes versichert werden. Mitglieder einer Betriebskrankenkasse müssen auf Antrag des Arbeitgebers dort versichert werden. In diesem Fall hat also der Unternehmer das Recht, seine sämtlichen in den Bezirken verschiedener Versicherungsanstalten beschäftigten Versicherungspflichtigen bei der Versicherungsanstalt des Betriebssitzes zu versichern, § 1329.
- b) Beschäftigt ein Betrieb, der seinen Sitz im Inland hat, vorübergehend Personen im Ausland, so ist die Versicherungsanstalt des Betriebssitzes zuständig, § 1330<sup>4)</sup>.
3. Der Sitz der Versicherungsanstalten wird von der Landesregierung und bei gemeinsamen Versicherungsanstalten von den beteiligten Landesregierungen bestimmt, § 1328.

## § 2.

### Organe.

Jede Versicherungsanstalt besitzt als notwendige Organe einen Ausschuß und einen Vorstand. Der Ausschuß besteht ausschließlich, der Vorstand überwiegend aus Vertretern der Arbeitgeber und Versicherten, die nach den Grundsätzen der Verhältniswahl auf je 4 Jahre<sup>5)</sup>

<sup>1)</sup> Und zwar für jede Provinz eine. Fünf davon umfassen auch Gebiet anderer Bundesstaaten.

<sup>2)</sup> Soweit sie nicht zu Sonderanstalten gehören; vgl. S. 236.

<sup>3)</sup> Bei freiwilliger Versicherung im Ausland kann der Versicherte die Anstalt beliebig wählen, § 1440 Abs. II (vgl. auch § 1485).

<sup>4)</sup> Für ausländische Binnenschiffe gilt, sofern der Bundesrat nicht anders bestimmt, als Beschäftigungsort der Sitz des Versicherungsamts, in dessen Bezirk das Schiff beim Überfahren der Grenze zuerst eintritt, § 1331.

<sup>5)</sup> Bis zum 31. Dezember 1913 bleiben die bisherigen Vertreter im Amt. Bekanntmachung vom 25. 11. 1911; A. N. 1912 S. 346.

gewählt werden und ehrenamtlich tätig sind<sup>1)</sup>). Die Vertreter werden je zur Hälfte den Arbeitgebern und den Versicherten entnommen und müssen im Bezirk der Versicherungsanstalt wohnen, §§ 1346, 1351.

#### A. Der Ausschuß.

1. Der Ausschuß besteht aus mindestens 10 Vertretern. Für jeden Vertreter werden mindestens 2 Ersatzmänner gewählt; diese ersetzen ihn bei Verhinderung und treten bei Ausscheiden für den Rest der Wahlzeit an seine Stelle.

Vertreter und Ersatzmänner werden von den Versicherungsvertretern bei den Versicherungsämtern des Bezirks der Versicherungsanstalt je getrennt von den Arbeitgebern und Versicherten gewählt. Die oberste Verwaltungsbehörde<sup>2)</sup> erläßt die Wahlordnung und leitet die Wahl durch einen Beauftragten. Sie entscheidet auch bei Streit über die Wahl, §§ 1351, 1352.

2. Dem Ausschuß sind nur die wichtigsten Angelegenheiten vorbehalten. Insbesondere liegen ihm ob
  - a) der Erlaß und die Änderung der Satzung, § 1338,
  - b) die Wahl der nichtbeamteten Vorstandsmitglieder,
  - c) die Festsetzung des Voranschlags und die Abnahme der Jahresrechnung,
  - d) die Zustimmung zur Bildung von Rückversicherungsverbänden<sup>3)</sup>, §§ 1353, 1354 Abs. II.

#### B. Der Vorstand.

1. Der Vorstand besteht nach näherer Bestimmung der Satzung aus beamteten Mitgliedern, aus Vertretern der Arbeitgeber und Versicherten und aus sonstigen Mitgliedern.

- a) Die beamteten Vorstandsmitglieder sind Beamte des Gemeindeverbands oder des Bundesstaats, für den die Versicherungsanstalt errichtet ist. Sie unterstehen den für diese Beamten geltenden gesetzlichen Vorschriften. Der Gemeindeverband oder die oberste Verwaltungsbehörde<sup>4)</sup> bestellt sie und ernennt einen von ihnen zum Vorsitzenden. Ihre Bezüge einschließlich der Hinterbliebenenversorgung bestreitet die Versicherungsanstalt, §§ 1343—1345, 1349.

<sup>1)</sup> Sie erhalten lediglich Ersatz ihrer baren Auslagen; die Vertreter der Versicherten außerdem Ersatz des entgangenen Arbeitsverdienstes oder statt dessen einen Pauschbetrag für Zeitverlust. Einen solchen Pauschbetrag kann die Satzung auch den Arbeitgebervertretern zubilligen, § 21. Über Wählbarkeit, Wahl, Amtsführung, Haftung, Amtsenthebung usw. vgl. oben S. 51 ff.

<sup>2)</sup> Bei Beteiligung mehrerer Bundesstaaten bestimmen die beteiligten obersten Verwaltungsbehörden, welche von ihnen zuständig ist, §§ 1352 Abs. I Satz 2, 113 Abs. II.

<sup>3)</sup> Vgl. S. 218 Anm. 3.

<sup>4)</sup> Bei Beteiligung mehrerer Gemeindeverbände die oberste Verwaltungsbehörde oder der von ihr beauftragte Gemeindeverband und bei Beteiligung mehrerer Bundesstaaten die beteiligten obersten Verwaltungsbehörden, § 1344 Abs. II, III, § 113 Abs. II.

- b) Die Vertreter der Arbeitgeber und Versicherten werden von dem Ausschuß gewählt. Die Wahlordnung erläßt die Aufsichtsbehörde, die auch bei Streit über die Gültigkeit der Wahl entscheidet, § 1353 Nr. 1, § 33.

Die nicht beamteten Mitglieder des Vorstands sollen bei der Beschlußfassung stets den Ausschlag geben. Die Zahl der beamteten Mitglieder kann zwar größer sein; dann scheidet aber bei der Abstimmung nach näherer Bestimmung der Satzung so viele von diesen aus, daß die nicht beamteten in der Mehrzahl sind, § 1346 Abs. II.

- c) Schließlich kann die Satzung bestimmen, daß dem Vorstand noch weitere besoldete oder unbesoldete Mitglieder angehören, z. B. Ärzte oder Versicherungstechniker. Für besoldete Mitglieder setzt der Ausschuß die Anstellungsbedingungen fest, § 1347.
2. Der Vorstand besitzt im Gegensatz zu den Vorständen der Krankenkassen und Berufsgenossenschaften die Eigenschaft einer öffentlichen Behörde. Seine Obliegenheiten sind hauptsächlich:
- a) Die gerichtliche und außergerichtliche Vertretung der Versicherungsanstalt. Er hat die Stellung eines gesetzlichen Vertreters. Die Satzung kann auch einzelne Vorstandsmitglieder zur Vertretung ermächtigen und die Vertretungsmacht mit Wirkung gegen Dritte soweit beschränken, als das Gesetz es zuläßt, § 5. Ausnahmsweise müssen bei Erwerb, Veräußerung und Belastung von Grundstücken im Wert von mehr als 1000 M. zur Vertretung der Anstalt Vorstand und Ausschuß zusammenwirken. Soweit es sich aber darum handelt, Grundstücke, die von der Versicherungsanstalt beliehen sind, im Zwangsversteigerungsverfahren zu erwerben, genügt die Vertretung durch den Vorstand allein, § 1354.
- b) Die Führung der gesamten laufenden Verwaltung, soweit das Gesetz oder die Satzung nicht anders bestimmen, § 1342.
3. Die Geschäfte des Vorstands führen regelmäßig die beamteten Vorstandsmitglieder. Nur bei bestimmten Gegenständen ist die Mitwirkung der übrigen Vorstandsmitglieder erforderlich. Welche Gegenstände der Beratung und Beschlußfassung des Gesamtvorstands unterliegen, bestimmt die Satzung, §§ 1343, 1338 Nr. 3.
- Die Sitzungen des Vorstands sind nicht öffentlich, § 11. Der Vorsitzende leitet die Verhandlung und gibt bei Stimmengleichheit den Ausschlag, § 9. Er hat die Pflicht, gesetzwidrige Beschlüsse der Organe durch Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde zu beanstanden, § 8.
- C. Sind Vorstand oder Ausschuß noch nicht gebildet oder weigern sie sich, ihre Geschäfte zu führen, so führt sie auf Kosten der

Versicherungsanstalt der Vorsitzende des Vorstands selbst oder durch Beauftragte. Kommt die Wahl der Vertreter nicht zustande oder verweigern sie ihren Dienst, so beruft sie der Vorsitzende des Versicherungsamts aus den wählbaren Personen, § 1359.

### § 3.

#### Errichtung und Änderung.

- a) Die Errichtung von Versicherungsanstalten erfolgt durch die Landesregierung, bei gemeinsamen Versicherungsanstalten durch die beteiligten Regierungen. Die Errichtung bedarf der Genehmigung des Bundesrats. Versagt dieser der beabsichtigten Errichtung seine Genehmigung, so kann er nach Anhörung der beteiligten Landesregierungen die Errichtung in anderer Art selbst anordnen, §§ 1326, 1327.
- b) Änderungen im Bestand der Versicherungsanstalten können durch Vereinigung, Teilung oder Auflösung von Versicherungsanstalten oder durch Verschiebung ihrer Grenzen erfolgen.

Verschiebungen der Grenzen, die durch Änderung der Verwaltungsbezirke veranlaßt werden, treten ohne weiteres ein. Jede weitere Änderung im Bestand vorhandener Versicherungsanstalten erfolgt auf Antrag des Ausschusses oder eines beteiligten Bundesstaats durch den Bundesrat<sup>1)</sup>. Vor der Beschlußfassung hört der Bundesrat die beteiligten Ausschüsse und Landesregierungen. Steht eine Vereinigung, Teilung oder Auflösung in Frage, so ist die Zustimmung des Reichstags (aber kein Reichsgesetz) erforderlich, §§ 1332, 1333.

Bei Verschiebung der Grenzen zwischen Versicherungsanstalten, also bei Verkleinerung und Vergrößerung der Anstaltsbezirke, treten keine vermögensrechtlichen Folgen ein. Jede Anstalt behält ihr Vermögen und ihre zur Zeit der Änderung bestehenden Verbindlichkeiten, § 1334. Wird dagegen eine Anstalt aufgelöst, so können die beteiligten Landesregierungen entweder den aufnehmenden Anstalten das Vermögen mit allen Rechten und Pflichten übertragen oder seine Übernahme durch eine andere Anstalt genehmigen. Geschieht keins von beiden, so fällt das Vermögen, bei gemeinsamen Anstalten anteilig<sup>2)</sup>, den beteiligten Gemeindeverbänden oder Bundesstaaten zu, die auch die bestehenden Verbindlichkeiten zu übernehmen haben, § 1335. Entsteht zwischen Versicherungsanstalten Streit über die Vermögensauseinandersetzung, so entscheidet, mangels einer Verständigung über eine schiedsrichterliche Entscheidung, der Beschlußsenat des Reichsversicherungsamts oder des Landesversicherungsamts, § 1337.

<sup>1)</sup> Bei Versicherungsanstalten für Kommunalbezirke können auch ihre Vertretungen die Änderung beantragen.

<sup>2)</sup> Einigen sich Gemeindeverbände oder Bundesstaaten über die Anteile nicht, so entscheidet der Bundesrat oder, wenn nur Gemeindeverbände eines Bundesstaats beteiligt sind, die oberste Verwaltungsbehörde, § 1336.

## § 4.

**Satzung.**

Jede Versicherungsanstalt hat eine Satzung, in der ihre Verfassung und Verwaltung näher geregelt wird.

Die Satzung muß gewisse Bestimmungen enthalten. Zu diesem notwendigen Inhalt gehören hauptsächlich Name, Bezirk und Sitz der Anstalt, Zusammensetzung, Rechte, Pflichten und Vertretung der Organe, Aufstellung des Voranschlags und Abnahme der Jahresrechnung, Art der Bekanntmachungen und Änderung der Satzung, § 1338. Außerdem kann die Satzung die Verhältnisse der Anstalt freiwillig innerhalb des gesetzlichen Rahmens näher regeln, z. B. Invalidenhauspflege einführen. Unzulässig sind aber Satzungsbestimmungen, die den gesetzlichen Vorschriften widersprechen oder nicht im Zweck der Anstalt liegen.

Die Satzung wird vom Ausschuß erlassen und geändert, §§ 1338, 1353 Nr. 4. Errichtung und Änderung bedürfen der Genehmigung des Reichsversicherungsamts oder des Landesversicherungsamts. Die Genehmigung kann auch aus Zweckmäßigkeitsgründen versagt werden. Soll sie versagt werden, so entscheidet der Beschlußsenat. Die Gründe der Versagung sind mitzuteilen. Auf Beschwerde entscheidet dann der Bundesrat, §§ 1339, 1341.

Kommt eine gültige Satzung nicht zustande, so erläßt sie das Reichsversicherungsamt oder das Landesversicherungsamt und ordnet auf Kosten der Anstalt das zur Ausführung Erforderliche an, § 1340.

**Kapitel II.****Verwaltung der Versicherungsanstalten.**

Die Versicherungsanstalten besitzen das Recht der Selbstverwaltung, d. h. sie erledigen ihre Angelegenheiten als eigene ohne unmittelbare Einwirkung des Staates. Sie haben ihre eigenen Angestellten<sup>1)</sup> und eine selbständige Finanzverwaltung (§§ 1—3). Sie können ihr Tätigkeitsgebiet durch Übernahme bestimmter gesetzlich zugelassener Aufgaben, insbesondere durch Übernahme von Heilverfahren erweitern (§ 4).

Nur an den Vorschriften von Gesetz und Satzung findet das Selbstverwaltungsrecht der Versicherungsanstalten seine Grenze. Die Einhaltung dieser Grenze unterliegt der Aufsicht des Staats. Aufsichtsbehörde ist regelmäßig das Reichsversicherungsamt. Ist aber für einen

<sup>1)</sup> Die Regelung der Verhältnisse der höheren Beamten ist den Versicherungsanstalten überlassen. Dagegen werden den Unterbeamten, soweit sie im Hauptamt tätig und nicht schon nach Landesrecht staatliche oder gemeindliche Beamte sind, die Rechte und Pflichten solcher von den Landesregierungen übertragen. Sie sollen also den gleichartigen Staats- und Kommunalbeamten gleichstehen, § 1348. Die Bezüge aller Beamten und Unterbeamten einschl. ihrer Hinterbliebenenversorgung trägt die Versicherungsanstalt, § 1349.

Bundesstaat ein Landesversicherungsamt errichtet, so führt es die Aufsicht über diejenigen Anstalten, deren Bezirk nicht über das Gebiet dieses Bundesstaats hinausreicht. Die Aufsicht erstreckt sich lediglich auf die Beobachtung des Gesetzes und der Satzung; in reinen Zweckmäßighkeitsfragen greift sie nicht Platz, §§ 1381, 1382<sup>1)</sup>.

### § 1.

#### Aufbringung der Mittel: Allgemeines.

Die für die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung erforderlichen Mittel werden teils vom Reich, teils von den Versicherungsanstalten aufgebracht.

1. Das Reich leistet feste Zuschüsse zu den tatsächlich gezahlten Entschädigungen. Der Reichszuschuß beträgt für jede Invaliden-, Alters-, Witwen- und Witwerrente jährlich 50 M., für jede Waisenrente jährlich 25 M., für jedes Witwengeld einmalig 50 M. und für jede Waisenaussteuer einmalig 16 $\frac{2}{3}$  M., §§ 1387, 1285. Werden nicht die vollen Rentenbeträge ausbezahlt (z. B. wegen Kürzung der Bezüge nach § 1294), so werden die Anteile des Reichs und der Versicherungsanstalten entsprechend gekürzt, § 1284 Abs. II.

Die erforderlichen Beträge werden nach dem jeweiligen Bedarf den allgemeinen Reichseinnahmen entnommen.

2. Die übrigen Lasten tragen die Versicherungsanstalten. Sie verwenden dazu die Zinsen ihres Vermögens und ihre sonstigen Einnahmen an Strafgeldern, Ersatzforderungen gegen dritte Verpflichtete, Zuwendungen usw. Der weitere Bedarf wird durch Beiträge gedeckt, welche die Arbeitgeber und die Versicherten in der unten (§ 2) näher dargelegten Weise leisten.

Die einzelnen Versicherungsanstalten stehen finanziell nicht unabhängig nebeneinander, sie sind vielmehr vom Gesetz in ein Gegenseitigkeitsverhältnis gebracht, welches die Verschiedenheiten ihrer Vermögenslage ausgleichen soll<sup>2)</sup>. Alle Versicherungsanstalten tragen einen Teil der gesamten Entschädigungslast gemeinsam und scheiden zur Deckung dieser Gemeinlast einen bestimmten Teil der Beiträge als Gemeinvermögen aus. Der Rest der Auslagen bildet die Sonderlast, die von jeder einzelnen Versicherungsanstalt aus ihrem Sondervermögen aufzubringen ist, § 1395<sup>3)</sup>.

- a) Die von allen Versicherungsanstalten gemeinsam aufzubringende Gemeinlast wird durch die gesamten gesetzlichen Entschädigungsleistungen mit Ausnahme der Steigerungssätze der Invaliden-

<sup>1)</sup> Näheres über Selbstverwaltung und Aufsicht vgl. oben S. 55, 56 und S. 58ff.

<sup>2)</sup> Ursprünglich war ein solches Gegenseitigkeitsverhältnis nicht vorgesehen. Die völlige Selbständigkeit der einzelnen Versicherungsanstalten führte aber zu so großen Verschiedenheiten ihrer Finanzlage, daß schon das Invalidenversicherungsgesetz sie aufgab.

<sup>3)</sup> Mehrere Versicherungsanstalten können vereinbaren, auch die Sonderlast ganz oder zum Teil gemeinsam zu tragen. Derartige Rückversicherungsverbände sind aber bisher nicht geschlossen, §§ 1401, 1354 Abs. II.

renten gebildet. Nur soweit diese Steigerungssätze auf Krankheits- oder Militärdienstzeiten beruhen, fallen auch sie dem Gemeinvermögen zur Last, §§ 1396, 1478.

Zur Deckung der Gemeinlast scheidet jede Versicherungsanstalt vom 1. Januar 1912 an 50 v. H. (bisher 40 v. H.) ihrer Beitragseinnahmen und die gesamten Einnahmen aus Zusatzbeiträgen als Gemeinvermögen aus. Die Ausscheidung ist nur eine buchmäßige. Das Gemeinvermögen ist nicht etwa gemeinsames Eigentum aller Versicherungsanstalten, sondern es bleibt Eigentum der einzelnen Anstalt. Diese verwaltet es als Teil ihres Vermögens, darf es aber nur zur Deckung der Gemeinlast verwenden. Dem Gemeinvermögen werden nach seinem buchmäßigen Bestand Zinsen zugeschrieben, deren Höhe<sup>1)</sup> der Bundesrat bestimmt, §§ 1397, 1478.

Die Zulänglichkeit des Gemeinvermögens wird alle 10 Jahre zugleich mit der Zulänglichkeit der Beiträge<sup>2)</sup> von der Rechnungsstelle des Reichsversicherungsamts geprüft. Ergeben sich Überschüsse oder Fehlbeträge, so ändert der Bundesrat den Anteil des Gemeinvermögens an den Beitragseinnahmen entsprechend. Erhöht er ihn, so ist die Zustimmung des Reichstags erforderlich, § 1398.

- b) Das gesamte nicht als Gemeinvermögen ausgeschiedene Vermögen bildet das Sondervermögen der einzelnen Versicherungsanstalt. Aus ihm bestreitet sie ihre Sonderlast, die sich aus den Steigerungssätzen der Invalidenrenten (abgesehen von den auf Krankheits- und Militärdienstzeiten entfallenden), aus den freiwilligen Leistungen<sup>3)</sup> und den Verwaltungskosten zusammensetzt. Zur Deckung der Gemeinlast darf das Sondervermögen nicht herangezogen werden, § 1399.

Etwaige Überschüsse des Sondervermögens können auf übereinstimmende Beschlüsse des Vorstands und des Ausschusses und mit Genehmigung des Bundesrats zum wirtschaftlichen Nutzen der Rentenempfänger, der Versicherten und ihrer Angehörigen für freiwillige über die gesetzlichen Leistungen hinausgehende Mehrleistungen verwendet werden. Reichen die Überschüsse nach dem Gutachten der Rechnungsstelle nicht mehr aus, so kann die Genehmigung widerrufen werden, § 1400.

3. Reicht das Vermögen einer Versicherungsanstalt zur Deckung ihrer Verbindlichkeiten nicht aus, so haftet den Gläubigern der Gemeindeverband, für den die Anstalt errichtet ist. Ist der Gemeindeverband unvermögend, oder ist die Versicherungsanstalt für einen Bundesstaat oder Teile davon errichtet, so haftet dieser. Umfaßt die Anstalt mehrere Bundesstaaten oder Gemeindeverbände, so haften

<sup>1)</sup> Bisher 3 v. H.

<sup>2)</sup> Vgl. S. 220.

<sup>3)</sup> Invalidenhauptpflege, freiwillige Mehrleistungen, Heilverfahren.

sie nach der Zahl der Einwohner bei der letzten Volkszählung, § 1402.

§ 2.

**Aufbringung der Mittel: Beiträge.**

Wie bereits dargelegt, werden die Mittel für die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung zum großen Teil durch Beiträge aufgebracht.

- A. Die Beiträge werden von den Versicherungspflichtigen und ihren Arbeitgebern je zur Hälfte getragen, § 1387. Leistet aber ein Versicherungspflichtiger freiwillig die Beiträge in einer höheren Lohnklasse, als seinem Jahresarbeitsverdienst entspricht, so ist der Arbeitgeber zu dem höheren Beiträge nur dann verpflichtet, wenn er es mit dem Versicherten vereinbart hat, § 1248. Freiwillig Versicherte haben ihre Beiträge in der Regel allein zu tragen. Nur soweit sich Versicherungsfreie während einer entgeltlichen, aber nicht bar bezahlten Beschäftigung oder während einer vorübergehenden Dienstleistung freiwillig versichern, haben die Arbeitgeber wie bei Versicherungspflichtigen die Hälfte der Beiträge zu tragen, § 1441.

Diese gesetzliche Verteilung der Beitragslast kann durch vertragliche Abmachungen zwar zu Gunsten, nicht aber zu Ungunsten der Versicherten geändert werden, §§ 139, 140.

- B. Die Höhe der Beiträge setzt der Bundesrat einheitlich für alle Versicherungsanstalten fest. Die Festsetzung erfolgt zunächst bis zum 31. Dezember 1920, dann immer für 10 Jahre weiter. Vor jeder Neufestsetzung prüft die Rechnungsstelle des Reichsversicherungsamts die Zulänglichkeit der Beiträge. Etwaige Fehlbeträge oder Überschüsse werden durch die neuen Beiträge ausgeglichen. Sollen die bisherigen Beiträge beibehalten werden, so genügt der Beschluß des Bundesrats, sollen sie aber geändert werden, so ist die Zustimmung des Reichstags erforderlich, §§ 1388, 1391.

Die Bemessung der Beiträge erfolgt nach dem Prämien-durchschnittsverfahren. Es werden nicht, wie es das Reich hinsichtlich seiner Zuschüsse tut oder wie es in der Unfallversicherung regelmäßig geschieht, jeweils nur die tatsächlich erwachsenen Ausgaben gedeckt, sondern die Beiträge werden wie bei den privaten Lebensversicherungsgesellschaften so bemessen, daß bei ihrer regelmäßigen Weitererhebung zusammen mit den Zinsen die Aufwendungen der Versicherungsanstalten dauernd gedeckt werden. Es wird also durch anfängliche Beitragsüberschüsse ein Vermögen angesammelt, dessen Zinsen den Mehrbedarf beim allmählichen Anwachsen der Entschädigungslast ausgleichen. Hierdurch wird ein Anwachsen der Beiträge vermieden, § 1389.

Die Beiträge werden nach Lohnklassen abgestuft, vgl. S. 181. Es wird geprüft, welcher Betrag erforderlich wäre, wenn alle Ver-



sicherten einer Lohnklasse angehörten und nach den Sätzen dieser Lohnklasse entschädigt würden. Dieser Betrag ist für die Lohnklasse maßgebend. Die Verschiedenheit des Risikos in den einzelnen Klassen darf nicht berücksichtigt werden. Ebenso wenig persönliche Verhältnisse der einzelnen Versicherten, wie Alter, Geschlecht oder Gesundheit, § 1390.

Der kleinste Zeitabschnitt für die Beitragsentrichtung ist die Woche. Bis zu einer anderweiten Festsetzung des Bundesrats betragen die Wochenbeiträge in Lohnklasse I—V 16, 24, 32, 40 und 48 Pfennig, § 1392. Die Zusatzbeiträge sind weder an Zeitabschnitte gebunden, noch nach Lohnklassen abgestuft; sie betragen stets 1 M., § 1472 Abs. II.

C. Die Beitragsleistung erfolgt nicht in bar, sondern indem Beitragsmarken der zuständigen Versicherungsanstalt in Quittungskarten eingeklebt werden (sogenanntes Markensystem), § 1413.

1. Die Beitragsmarken sind Inhaberpapiere und zwar Wertzeichen, die zur Zahlung der Beiträge und zum Nachweis der Zahlung dienen. Die Marken werden von den Versicherungsanstalten ausgegeben. Sie bezeichnen die Ausgabeanstalt, die Lohnklasse, den Geldwert und den Zeitabschnitt, für den sie bestimmt sind. Die Unterscheidungsmerkmale und Zeitabschnitte werden vom Reichsversicherungsamt bestimmt<sup>1)</sup>. Zurzeit werden Marken für 1, 2 und 13 Wochen ausgegeben, §§ 1411, 1482.

Die Ausgabe der Marken geschieht durch Verkauf zum Nennwert. Die Postanstalten sind verpflichtet, die Marken der Versicherungsanstalt ihres Bezirks ohne Vergütung zu verkaufen. Außerdem kann die Versicherungsanstalt noch besondere Verkaufsstellen einrichten, § 1412.

Die Echtheit der Marken ist durch Strafvorschriften geschützt, die ihre Fälschung und Verfälschung und damit zusammenhängende Tatbestände mit Gefängnis, Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte, Geldstrafe und Einziehung bedrohen, §§ 1496—1499.

2. Die Quittungskarte ist eine öffentliche Urkunde<sup>2)</sup> zum Einkleben der Beitragsmarken. Sie erhält auf ihrer Außenseite die Personalien des Versicherten, das Datum der Ausstellung und Belehrungen über ihre Verwendung. Die Innenseite bietet Raum für mindestens 52 Wochenmarken. Um alle Karten eines Versicherten übersehen und an einer Stelle sammeln zu können,

<sup>1)</sup> Vgl. Bekanntm. vom 11. 11. 1911 (A. N. 1912 S. 332). Das Reichsversicherungsamt kann die Gültigkeitsdauer der ausgegebenen Marken beschränken. Für die Zeit nach dem 1. Januar 1912 dürfen die bisherigen Marken nicht mehr verwendet werden. Ungültig gewordene Marken können binnen zwei Jahren gegen gültige umgetauscht werden, § 1411 Abs. III, Art. 72.

<sup>2)</sup> Wer Quittungskarten fälschlich ausfüllt oder verfälscht oder solche Quittungskarten wissentlich gebraucht, wird vom Versicherungsamt mit Geldstrafe bis zu 20 M. belegt. Eine Verfolgung wegen Urkundenfälschung (§§ 267, 268 Reichsstrafgesetzbuch) tritt nur ein, wenn der Fälscher sich oder einem andern einen Vermögensvorteil verschaffen oder einen andern schädigen wollte, § 1495.

werden sie fortlaufend beziffert und am Kopf mit dem Namen derjenigen Versicherungsanstalt versehen, in deren Bezirk der Versicherte zur Zeit der Ausstellung der ersten Karte beschäftigt war (Ursprungsanstalt). Es gibt gelbe Quittungskarten für Pflicht- und Weiterversicherung (Formular A) und graue für Selbstversicherung und ihre Fortsetzung (Formular B). Die Verwendung einer gelben Quittungskarte durch Selbstversicherer ist zwar mit einer Ordnungsstrafe bis zu 20 M. bedroht, aber der Wirksamkeit der Beitragsleistung nicht schädlich, §§ 1416, 1418. Bekanntmachung vom 10. November 1911<sup>1)</sup>

Außer den gesetzlich vorgeschriebenen Angaben darf die Karte keine weiteren Angaben oder besonderen Merkmale enthalten. Vor allem darf aus ihr nichts über die Führung oder die Leistungen des Versicherten zu entnehmen sein. Wer Quittungskarten mit unzulässigen Eintragungen oder besonderen Merkmalen versieht, kann vom Versicherungsamt mit Geldstrafe bis zu 20 M. belegt werden<sup>2)</sup>. Erfolgte die Kennzeichnung in der Absicht, den Inhaber Arbeitgebern gegenüber kenntlich zu machen, so tritt Geldstrafe bis zu 2000 M oder Gefängnis bis zu 6 Monaten, bei mildernden Umständen auch Haft ein. Jede Behörde ist verpflichtet, derartig gekennzeichnete Karten einzubehalten und unter Übertragung der nachweisbaren Beiträge durch neue zu ersetzen, §§ 1424, 1495.

Der Versicherte muß sich die Quittungskarte bei der von der obersten Verwaltungsbehörde bestimmten Ausgabestelle<sup>3)</sup> ausstellen lassen und sie dem Arbeitgeber zur Beitragsentrichtung jeweils rechtzeitig vorlegen. Versäumt er dies, so kann ihn die Ortspolizeibehörde durch Geldstrafe bis zu 10 M dazu anhalten. Hat er keine Quittungskarte oder verweigert er ihre Vorlage, so kann der Arbeitgeber eine beschaffen und die Kosten bei der nächsten Lohnzahlung einbehalten, § 1414. Auf eigene Kosten kann der Versicherte jederzeit eine neue Karte gegen Rückgabe der alten verlangen; bei regelmäßigem Umtausch trägt die Versicherungsanstalt die Kosten, §§ 1415, 1417.

Die Quittungskarte ist höchstpersönliches Eigentum des Versicherten. Von den zuständigen amtlichen Stellen abgesehen, darf niemand eine Quittungskarte wider den Willen des Versicherten zurückbehalten. Zuwiderhandlung macht für allen

<sup>1)</sup> A. N. 1912 S. 326.

<sup>2)</sup> Auf Beschwerde entscheidet die Beschlußkammer des Oberversicherungsamts endgültig, § 1500.

<sup>3)</sup> Für Preußen die Ortspolizeibehörden, in Gemeinden mit Königlicher Polizeiverwaltung auch die Gemeindevorstände, ferner die Krankenkassen und die örtlichen Hebestellen der Versicherungsanstalten; vgl. die Anweisung für Quittungskartenausgabe des Ministers für Handel und Gewerbe v. 20. 11. 1911 (A. N. 1912 S. 336). In den Schutzgebieten sind die Gouverneure oder die von ihnen bezeichneten Stellen zuständig, § 1419 Abs. II; Bekanntm. v. 8. 1. 1912 (A. N. 1912 S. 336).

Schaden haftbar und kann mit Geldstrafe bis zu 300 M oder Haft bestraft werden. Außerdem zieht die Ortspolizeibehörde die Karte zwangsweise ein und händigt sie dem Berechtigten aus, §§ 1425, 1490 Nr. 5.

Die Quittungskarte soll binnen 2 Jahren nach dem Tag ihrer Ausstellung zum Umtausch eingereicht werden. Wird dies versäumt, so werden zwar die Beiträge nicht unwirksam, der Versicherte muß aber im Streitfall beweisen, daß die Anwartschaft erhalten ist, § 1420 (vgl. S. 186 ff.). Bei der Rückgabe rechnen die Ausgabestellen die Beitragswochen nach den eingeklebten Marken für die einzelnen Lohnklassen auf und vermerken das Ergebnis sowie etwa nachgewiesene Krankheits- und Militärdienstzeiten auf der Karte. Über das Ergebnis der Aufrechnung erhält der Versicherte eine Aufrechnungsbescheinigung. Gegen den Inhalt dieser Bescheinigung kann er Beschwerde beim Versicherungsamt einlegen, das endgültig entscheidet, §§ 1419, 1422.

Alle aufgerechneten Karten gehen von der Ausgabestelle zunächst an die Versicherungsanstalt des Bezirks. Diese gibt sie nach Prüfung und Berichtigung der Eintragung auf der Außenseite an die Ursprungsanstalt (vgl. oben S. 222) weiter. Hier werden alle Quittungskarten eines Versicherten gesammelt und dauernd aufbewahrt. Zur Vereinfachung (namentlich Raumerparung) kann die Ursprungsanstalt den Inhalt aller Karten eines Versicherten in Sammelkarten übertragen und diese statt der Einzelkarten aufbewahren, § 1423<sup>1)</sup>.

Verlorene, unbrauchbar gewordene oder zerstörte Quittungskarten sind durch neue zu ersetzen. Nachweisbar entrichtete Beiträge werden nach Anhörung der beteiligten Versicherungsanstalt in die neue Karte beglaubigt übertragen. Gegen die Ablehnung der Übertragung kann der Versicherte, gegen die Übertragung der Versicherte und die Versicherungsanstalt Beschwerde beim Versicherungsamt erheben, das endgültig entscheidet, §§ 1421, 1422.

3. Die Beitragsmarken müssen in die Quittungskarten eingeklebt werden<sup>2)</sup>, § 1413. Erst durch das Einkleben werden sie anrechnungsfähige Beiträge<sup>3)</sup>.

Die einmal vollzogene Einklebung ist unwiderruflich und verbraucht die Rechtswirksamkeit der Marken endgültig. Es ist unzulässig sie wieder abzulösen und nochmals zu verwenden. Um die Möglichkeit hierzu zu nehmen, müssen die Marken alsbald nach dem Einkleben entwertet werden. Die Entwertung erfolgt, indem auf jede Marke handschriftlich oder durch Stempel

<sup>1)</sup> Näheres bestimmt der Bundesrat. Er bestimmt auch, wann und wie Quittungskarten sonst zu vernichten sind, § 1423 Abs. III.

<sup>2)</sup> Durch das Einkleben werden die Marken wesentlicher Bestandteil der Quittungskarte und teilen nunmehr deren rechtliches Schicksal.

<sup>3)</sup> Ausnahme beim Einzugsverfahren; vgl. S. 227, 228.

der letzte Tag desjenigen Zeitraums angegeben wird, für welchen die Marke gilt (z. B. 6. 1. 12)<sup>1)</sup>. Da die Marke eine oder mehrere Wochen deckt, ist also stets der letzte Tag einer Woche maßgebend. Die Verletzung der Entwertungsvorschriften ist mit einer Ordnungsstrafe von 20 M bedroht, macht aber die Beiträge nicht unwirksam, §§ 1431, 1482; Bekanntmachung vom 10. November 1911<sup>2)</sup>.

D. Die Beitragsleistung erfolgt entweder indem der Arbeitgeber die Marken verwendet, oder indem der Versicherte dies tut, oder schließlich indem die Beiträge vom Arbeitgeber eingezogen und die Marken von der Einzugsstelle geklebt werden.

1. Die Verwendung der Marken durch den Arbeitgeber bildet die regelmäßige Form der Beitragsleistung für Versicherungspflichtige. Der Arbeitgeber beschafft die Marken aus eigenen Mitteln, klebt sie ein, entwertet sie und zieht dem Versicherten den auf ihn entfallenden Beitragsteil bei der Lohnzahlung ab, §§ 1428, 1432.

a) Die Marken hat derjenige Arbeitgeber zu verwenden, welcher den Beschäftigten in der Beitragswoche beschäftigt. Die Beitragswoche beginnt mit dem Montag, § 1387 Abs. III. Die Beitragspflicht ist aber nicht davon abhängig, daß die Beschäftigung am Montag beginnt und die Woche hindurch dauert; sie tritt vielmehr auch dann ein, wenn die versicherungspflichtige Beschäftigung nur einen Teil der Woche umfaßt. Läßt sich die Zahl der Wochen, in denen versicherungspflichtig gearbeitet worden ist, nicht mehr feststellen, so sind Beiträge für die Zeit zu entrichten, die für die Arbeit annähernd erforderlich ist, § 1427<sup>3)</sup>.

Wird der Versicherte in einer Woche von mehreren Arbeitgebern hintereinander beschäftigt, so zahlt der erste von ihnen den ganzen Beitrag. Nur wenn dieser seiner Pflicht nicht nachkommt und auch der Versicherte selbst den Beitrag nicht entrichtet, so hat es der nächste Arbeitgeber zu tun; er kann aber von dem ersten Arbeitgeber Ersatz beanspruchen. Wird der Versicherte von mehreren Arbeitgebern gleichzeitig beschäftigt, so haften sie für die Beitragsleistung als Gesamtschuldner, d. h. jeder von ihnen hat den ganzen Beitrag zu entrichten, kann aber von den anderen teilweisen Ersatz verlangen, § 1426<sup>4)</sup>.

<sup>1)</sup> Bei Zusatzmarken der Tag der Verwendung.

<sup>2)</sup> A. N. 1912 S. 326.

<sup>3)</sup> Bei Streit entscheidet auf Antrag eines Teils das Versicherungsamt endgültig. Die Versicherungsanstalt kann mit Genehmigung des Reichsversicherungsamts oder des Landesversicherungsamts besondere Bestimmungen für diese Berechnung erlassen, § 1427.

<sup>4)</sup> Der Arbeitgeber darf seine Pflichten auf Betriebsleiter, Aufsichtspersonen oder andere Angestellte seines Betriebs übertragen, die dann an seiner Stelle verantwortlich sind; vgl. darüber § 1494. Über die verantwortlichen Personen bei juristischen Personen, Gesellschaften, Geschäftsunfähigen usw. vgl. § 1493.

Die Markenverwendung hat bei der Lohnzahlung und für die Zeit, für welche der Lohn bezahlt wird, zu geschehen. Bei Vorauszahlung des Lohnes sind also auch die Beiträge im voraus, bei nachträglicher Zahlung nachträglich zu entrichten. Abschlagszahlungen gelten nicht als Lohnzahlungen. Findet überhaupt keine Lohnzahlung statt, so sind die Marken spätestens bei Beendigung der Beschäftigung einzukleben. Für Versicherte, die dem Arbeitgeber durch Vertrag für mindestens ein Vierteljahr zur Arbeit verpflichtet sind, kann der Arbeitgeber die Marken zu beliebiger Zeit einkleben. In allen Fällen müssen sie aber spätestens bei Ablauf der Beschäftigung oder in der letzten Woche des Vierteljahrs entrichtet werden, §§ 1428, 1429, 1434<sup>1)</sup>.

Unterläßt der Arbeitgeber die rechtzeitige Beitragsleistung, so kann ihn der Anstaltsvorstand mit Geldstrafe bis zu 300 M. belegen<sup>2)</sup>. Die Rückstände werden wie Gemeindeabgaben beigetrieben, § 28. Unabhängig von der Strafe und der Nachholung der Rückstände kann der Vorstand dem Bestraften die Bezahlung des Ein- bis Zweifachen der Rückstände auferlegen und diese Beträge wie Gemeindeabgaben Beitreiben, § 1488. Eine zivilrechtliche Haftung des Arbeitgebers gegenüber dem Versicherten für den aus der schuldhaften Nichtentrichtung der Beiträge erwachsenden Schaden tritt nur ein, wenn der Arbeitgeber neben seiner öffentlichrechtlichen Verpflichtung zur Beitragsleistung dem Versicherten gegenüber ausdrücklich oder stillschweigend noch die besondere privatrechtliche Verpflichtung übernommen hat, für die Beitragsleistung besorgt zu sein<sup>3)</sup>.

- b) Die Versicherungspflichtigen müssen sich bei der Lohnzahlung die sie treffende Beitragshälfte und, soweit sie über die gesetzliche Lohnklasse hinaus versichert sind, auch den Mehrbetrag von ihrem Barlohn<sup>4)</sup> abziehen lassen. Bruchteile von Pfennigen sind zum Vorteil der Versicherten abzurunden. Die Abzüge sind auf die Lohnzeiten gleichmäßig zu verteilen. Sind sie bei einer Lohnzahlung unterblieben, so dürfen sie nur bei der nächsten nachgeholt werden, es sei denn, daß die nachträgliche Entrichtung vom Arbeitgeber nicht verschuldet

<sup>1)</sup> Die Versicherungsanstalt kann dem Arbeitgeber Einklebung zu anderer Zeit gestatten, § 1430.

<sup>2)</sup> Auf Beschwerde entscheidet die Beschlußkammer des Oberversicherungsamts endgültig, § 1500. Der Strafbetrag wird wie Gemeindeabgaben beigetrieben und fließt in die Kasse der Versicherungsanstalt, §§ 146, 28.

<sup>3)</sup> Eine derartige stillschweigende Vereinbarung hat das Reichsgericht regelmäßig dann angenommen, wenn der Arbeitgeber die Quittungskarten aufbewahrt und seinerseits den Umtausch besorgt hatte.

<sup>4)</sup> Die oberste Verwaltungsbehörde kann bestimmen, wie der Beitragsteil zu erstatten ist, wenn der Entgelt nur in Sachbezügen besteht oder von Dritten gewährt wird, § 1437.

ist, §§ 1432, 1433, 1458<sup>1)</sup>). Macht der Arbeitgeber oder Angestellte vorsätzlich unzulässige Abzüge, so wird er, sofern nicht ein strengeres Strafgesetz verletzt ist, mit Geldstrafe bis zu 300 M oder mit Haft bestraft, § 1490 Nr. 1 und 3. Verwenden die Arbeitgeber die abgezogenen Beitragsteile vorsätzlich nicht für die Versicherung, so werden sie mit Gefängnis, Geldstrafe und Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte bestraft, § 1492.

2. Hinsichtlich der Verwendung der Marken durch den Versicherten selbst ist zu unterscheiden, ob der Versicherte versicherungspflichtig oder freiwillig versichert ist.

- a) Versicherungspflichtige sind weder gesetzlich zur Markenklebung verpflichtet, noch kann ihnen eine solche Pflicht vertraglich auferlegt werden, § 139. Die Versicherungspflichtigen haben aber das Recht, die Marken selbst einzukleben und von dem Arbeitgeber Erstattung seines Beitragsanteils zu verlangen. Ihr Erstattungsanspruch ist davon abhängig, daß die Marke vorschriftsmäßig entwertet ist und muß spätestens bei der zweitnächsten Lohnzahlung erhoben werden. Bei späteren Lohnzahlungen kann die Erstattung nur dann noch verlangt werden, wenn der Versicherte die Beiträge ohne sein Verschulden nachträglich entrichtet hat, § 1439.

Eine Ausnahme gilt für die durch Bundesratsbeschluß für versicherungspflichtig erklärten Hausgewerbetreibenden der Tabak- und Textilindustrie. Diese müssen die Marken für sich und ihr Hilfspersonal selbst verwenden und erhalten, soweit sie nicht vorübergehend auf eigene Rechnung tätig waren, die Hälfte der Beiträge von ihrem Arbeitgeber bei der Abrechnung erstattet<sup>2)</sup>. Hier stellt also die Markenverwendung durch den Versicherten die gesetzliche Regel dar. Es kann aber auch Entrichtung durch den Arbeitgeber oder das Einzugsverfahren (vgl. Ziff. 3) Platz greifen. Bekanntmachung vom 16. Dezember 1891 Ziffer 2—11 und vom 1. März 1894 bzw. 9. November 1895 Ziffer 2—13; § 1436<sup>3)</sup>.

Versicherte, die vorsätzlich mehr als zulässig oder von mehreren Arbeitgebern den vollen Beitragsteil für die gleiche

<sup>1)</sup> Arbeitgeber, gegen die eine Anordnung des Versicherungsamts nach § 398 ergangen ist (vgl. S. 144), dürfen bei Strafvermeidern Lohnabzüge nur für Zeiten machen, für welche die Beiträge bereits nachweislich entrichtet sind. Beim Einzugsverfahren dürfen sie Abzüge überhaupt nicht machen; die Beiträge werden vielmehr von den Versicherten selbst gezahlt, §§ 1435, 1490 Nr. 2, 3.

<sup>2)</sup> Dabei wird in der Tabakindustrie der tatsächlich entrichtete Beitrag, in der Textilindustrie die für die gelieferte Arbeit durchschnittlich erforderliche Zeit zugrunde gelegt.

<sup>3)</sup> Der Bundesrat kann auch die Entrichtung der Beiträge für Seeleute von der regelmäßigen Form abweichend regeln. Reeder dürfen die Beiträge für Seeleute nach dem Mannschaftsbedarf der einzelnen Schiffe, wie er für die Unfallversicherung abgeschätzt ist, entrichten, § 1486; vgl. auch § 1471.

Woche fordern oder die den erhobenen Betrag nicht zur Entrichtung der Beiträge verwenden oder die Beitragsteile erheben, ohne daß die vollen Beiträge entrichtet sind, werden mit Geldstrafe bis zu 300 M oder mit Haft bestraft, sofern nicht ein strengeres Strafgesetz verletzt ist, § 1491.

- b) Freiwillig Versicherte haben die Marken stets selbst zu verwenden. Einen Anspruch auf teilweise Erstattung gegen den Arbeitgeber haben nur diejenigen, welche sich während einer entgeltlichen, aber nicht bar bezahlten Beschäftigung oder während einer vorübergehenden Dienstleistung freiwillig versichern. Die Geltendmachung dieses Erstattungsanspruchs unterliegt denselben Beschränkungen wie bei Versicherungspflichtigen (vgl. unter a), §§ 1440, 1441.
3. An Stelle der Markenklebung durch den Arbeitgeber oder Versicherten kann die Einziehung der Beiträge und Verwendung der Marken durch die Einzugsstellen treten. Dieses Einzugsverfahren ist aber nur für die Beiträge der Versicherungspflichtigen zulässig, §§ 1447, 1452.

Das Einzugsverfahren greift nicht unmittelbar kraft Gesetzes Platz. Es wird vielmehr entweder von der obersten Verwaltungsbehörde nach Anhörung der Versicherungsanstalt angeordnet<sup>1)</sup> oder von einer Gemeinde oder einem Gemeindeverband nach Anhörung der Versicherungsanstalt mit Genehmigung der höheren Verwaltungsbehörde durch Statut eingeführt oder schließlich von der Versicherungsanstalt selbst mit Genehmigung der obersten Verwaltungsbehörde in der Satzung vorgesehen, § 1447<sup>2)</sup>.

Die Einziehung der Beiträge besorgen entweder örtliche Hebestellen<sup>3)</sup>, welche die Versicherungsanstalten nach Anordnung der höheren Verwaltungsbehörde auf ihre Kosten errichten, oder Krankenkassen, Knappschaftsvereine oder andere Stellen, denen die Versicherungsanstalten dafür eine Vergütung gewähren, §§ 1447—1449.

Die Beiträge werden von dem Arbeitgeber, regelmäßig zugleich mit den Krankenkassenbeiträgen in bar eingezogen und die Marken von der Einzugsstelle in die Quittungskarte<sup>4)</sup> ein-

<sup>1)</sup> Das ist hauptsächlich geschehen in Sachsen, Württemberg, Baden, Hessen, Braunschweig, den Thüringischen Staaten und den Hansestädten.

<sup>2)</sup> Für Mitglieder einer Krankenkasse kann diese durch die Satzung, bei Krankenkassen für Reichs- und Staatsbetriebe die zuständige Dienstbehörde das Einzugsverfahren anordnen und der Kasse die Ausstellung und den Umtausch der Quittungskarten übertragen. Eine Vergütung gewährt die Versicherungsanstalt hier aber nicht, § 1456.

<sup>3)</sup> Die Hebestellen können auch die Einziehung der Krankenkassenbeiträge übernehmen; vgl. § 1450.

<sup>4)</sup> Der Versicherte muß die Quittungskarte rechtzeitig vorlegen, § 1414. So lange er im Bezirk der Einzugsstelle versichert ist, kann er seine Karte bei ihr hinterlegen. Die oberste Verwaltungsbehörde kann auch Hinterlegung vorschreiben und das Versicherungsamt den Versicherten dann durch Geldstrafen bis zu 10 M dazu anhalten, § 1457.

geklebt. Die Beitragsleistung erfolgt hier also ausnahmsweise schon durch die Einzahlung des Geldbetrags an die Einzugsstelle. Mit dem Augenblick der Einzahlung ist der Beitrag wirksam entrichtet, auch wenn die Markenverwendung nicht nachfolgen sollte. Diese hat hier nur die Bedeutung eines Beweismittels, § 1453.

Die nähere Regelung des Einzugsverfahrens ist der obersten Verwaltungsbehörde überlassen. Sie kann insbesondere die Pflicht zur Meldung der Versicherten regeln<sup>1)</sup> und den Einzugsstellen die Ausstellung und den Umtausch der Quittungskarten übertragen, (§§ 1447, 1453, 1455<sup>2)</sup>).

- E. Die einmal entstandene Verpflichtung oder Berechtigung zur Beitragsleistung dauert nicht unbegrenzt bis zur Entrichtung des Beitrags fort. Sie ist vielmehr an bestimmte zeitliche Schranken gebunden, über die hinaus weder eine Beitreibung noch eine freiwillige Entrichtung zulässig ist.
1. Die dem Arbeitgeber oder dem versicherungspflichtigen Hausgewerbetreibenden obliegende Pflicht zur Beitragsleistung erlischt mit dem Ablauf von 2 Jahren. Die Frist beginnt mit dem Ende des Kalenderjahres, in dem der Beitrag fällig geworden ist. Die Frist wird unterbrochen, wenn die zuständige Stelle den Arbeitgeber mahnt, oder wenn der Arbeitgeber oder Versicherte sich dieser Stelle gegenüber zur Nachentrichtung bereit erklären, oder wenn ein Beitragsstreitverfahren oder ein Feststellungs- oder Streitverfahren anhängig wird. Nach Beendigung der Unterbrechung beginnt eine neue Frist, §§ 29, 1444 Abs. III.
  2. Die Berechtigung zur Nachentrichtung von Beiträgen ist von verschiedener Dauer, je nachdem es sich um Pflicht- oder freiwillige Beiträge handelt.
    - a) Pflichtbeiträge dürfen nach Ablauf von 2 Jahren seit der Fälligkeit nicht mehr entrichtet werden. Ist die Beitragsentrichtung ohne Verschulden des Versicherten unterblieben, so verlängert sich die Frist auf 4 Jahre. Ein Verschulden ist nicht anzunehmen, wenn der Arbeitgeber die Quittungskarten aufbewahrt und sie nicht zur richtigen Zeit ordnungsmäßig umgetauscht hat, § 1442<sup>3)</sup>.
    - b) Freiwillige Beiträge und Beiträge über die gesetzliche Lohnklasse hinaus dürfen nach Eintritt der dauernden oder vorübergehenden Invalidität überhaupt nicht mehr entrichtet werden. Diese Tatbestände schließen also nicht nur die fernere

<sup>1)</sup> Verletzung dieser Pflicht ist nach § 1489 strafbar; vgl. auch § 1487.

<sup>2)</sup> Die oberste Verwaltungsbehörde kann schließlich auch anordnen, daß unständig Beschäftigte ihren Beitragsteil unmittelbar bezahlen, den andern Beitragsteil der Gemeindeverband auslegt und der Arbeitgeber erstattet; vgl. § 1455 Nr. 2.

<sup>3)</sup> Die Ersetzung von Marken einer unzuständigen Versicherungsanstalt durch solche der zuständigen Versicherungsanstalt ist ohne zeitliche Begrenzung jederzeit zulässig.



Beitragsleistung, sondern auch die Nachentrichtung freiwilliger Beiträge für die Zeit vor ihrem Eintritt aus<sup>1)</sup>. Im übrigen dürfen freiwillige Beiträge stets nur auf 1 Jahr zurückverwendet werden, § 1443<sup>2)</sup>.

Beiträge, die unter Verletzung dieser Fristen beigebracht werden, sind unwirksam. Die Entrichtung gilt jedoch als rechtzeitig, wenn der Arbeitgeber noch innerhalb der Frist von der zuständigen Stelle gemahnt worden ist, oder wenn der Arbeitgeber oder der Versicherte sich innerhalb dieser Frist der zuständigen Stelle gegenüber zur Nachentrichtung bereit erklärt hat und die Beiträge in angemessener Frist tatsächlich entrichtet worden sind. Zeiten, in denen ein Beitragsstreit oder ein Feststellungs- oder Streitverfahren anhängig ist, werden in die Frist nicht eingerechnet, § 1444.

F. Der Anspruch auf Rückerstattung zu Unrecht entrichteter Beiträge erlischt regelmäßig in 6 Monaten nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem sie entrichtet worden sind, § 29 Abs. II. Ausnahmsweise gilt diese Frist nicht:

1. Wenn die Beiträge in der irrtümlichen Annahme der Versicherungspflicht entrichtet worden sind. Solche Beiträge kann der Versicherte binnen 10 Jahren nach ihrer Entrichtung zurückfordern, es sei denn, daß ihm eine Rente rechtskräftig bewilligt ist, oder daß die Marken in betrügerischer Absicht verwendet sind. Der Arbeitgeber kann die Beiträge nicht mehr zurückfordern, wenn seit der Entrichtung zwei Jahre verflossen sind oder wenn der Versicherte ihm den Wert seines Anteils erstattet hat. Werden die Beiträge nicht zurückgefordert, so gelten sie ohne weiteres als für die Selbstversicherung oder Weiterversicherung entrichtet, wenn das Recht dazu in der Zeit der Entrichtung bestanden hat, § 1446.
2. Wenn in einem Beitragsstreitverfahren (vgl. unter H) endgültig entschieden ist, daß die Beiträge zuviel erhoben sind, oder wenn die Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung außerhalb eines Beitragsstreites (z. B. im Feststellungsverfahren) endgültig verneint ist. In diesem Falle zieht der Rentenausschuß die zuviel erhobenen Beiträge auf Antrag von der Versicherungsanstalt wieder ein und zahlt sie den Beteiligten zurück, §§ 1462, 1464.

Zu Recht entrichtete Beiträge können niemals zurückerstattet werden<sup>3)</sup>.

<sup>1)</sup> Die Vollendung des 70. Lebensjahrs hindert zwar die fernere Beitragsleistung nicht; Beitragsmarken, die nach diesem Zeitpunkt nachträglich verwendet werden, sind aber für die Altersrente unwirksam.

<sup>2)</sup> Ist die Anwartschaft erloschen, so ist die nachträgliche Entrichtung freiwilliger Beiträge nur dann zulässig, wenn die Anwartschaft dadurch wieder auflebt.

<sup>3)</sup> Anders in der Angestelltenversicherung.

G. Die Beitragsentrichtung schafft nur dann anrechnungsfähige Beitragswochen, wenn tatsächlich Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung besteht. Im Entschädigungsverfahren muß daher nicht nur geprüft werden, ob die erforderliche Anzahl von Beitragsmarken verwendet ist, sondern auch, ob diese nach den gesetzlichen Vorschriften verwendet werden durften. Diese Prüfung ist jedoch zu Gunsten der Versicherten in gewissem Umfang eingeschränkt:

1. Sind Marken in einer richtig ausgestellten und rechtzeitig zum Umtausch eingereichten Quittungskarte ordnungsgemäß verwendet, so wird vermutet, daß während der belegten Beitragswochen Versicherungsfähigkeit, also mindestens Versicherungsberechtigung bestanden hat.

Die Vermutung ist widerlegbar und greift nicht Platz, soweit Marken über einen Monat nach der Fälligkeit der Beiträge oder für ein Kalenderjahr in größerer Anzahl eingeklebt sind, als dieses Beitragswochen hat, § 1445 Abs. I.

2. Nach Ablauf von 10 Jahren seit der Aufrechnung der Quittungskarte steht die rechtsgültige Verwendung der bei der Aufrechnung bescheinigten Marken endgültig fest, es sei denn, daß der Versicherte oder sein Vertreter oder ein zur Fürsorge für ihn Verpflichteter die Verwendung der Marken in betrügerischer Absicht herbeigeführt hat. Die Frage, ob Pflicht- oder freiwillige Beiträge vorliegen, bleibt auch hier offen, § 1445 Abs. III.

3. Schließlich kann die Gültigkeit der entrichteten Beiträge dann nicht mehr angefochten werden, wenn sie im Beitragsstreitverfahren (vgl. unter H) festgestellt oder von der Versicherungsanstalt ausdrücklich oder stillschweigend anerkannt ist. Der Versicherte kann die Feststellung der Gültigkeit von der Anstalt verlangen, § 1445 Abs. II.

H. Streitigkeiten, die zwischen den bei der Beitragsentrichtung Beteiligten über die Beitragsleistung entstehen, werden regelmäßig vom Versicherungsamt und auf Beschwerde endgültig vom Oberversicherungsamt entschieden, § 1459<sup>1)</sup>. Nur in drei Fällen greift eine abweichende Regelung Platz:

1. Streit über die Frage, an welche Versicherungsanstalt für bestimmte Personen Beiträge zu entrichten sind, entscheidet auf Antrag das Reichs- oder Landesversicherungsamt, § 1460.

2. Streit zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern über Berechnung und Anrechnung, Erstattung und Ersatz von Beiträgen entscheidet das Versicherungsamt endgültig, § 1461.

<sup>1)</sup> Diese Behörden sind an die amtlich veröffentlichten grundsätzlichen Entscheidungen des Reichsversicherungsamts gebunden. Handelt es sich um eine noch nicht feststehende Auslegung gesetzlicher Vorschriften von grundsätzlicher Bedeutung, so gibt das Oberversicherungsamt die Sache auf Antrag an das Reichsversicherungsamt ab, das dann an Stelle des Oberversicherungsamts entscheidet, § 1459 Abs. II. Vergl. auch § 210 Abs. IV AVG. (Mitentscheidung über die Versicherungspflicht nach der Angestelltenversicherung).

3. Streit über die Wirksamkeit bereits entrichteter Beiträge, der im Feststellungsverfahren hervortritt, wird in diesem mitentschieden, § 1459.

Ist der Streit endgültig entschieden, so sorgt das Versicherungsamt von Amts wegen dafür, daß zu wenig erhobene Beiträge nachgeleistet und Marken einer unzuständigen Versicherungsanstalt durch solche der zuständigen ersetzt werden. Zuviel erhobene Beiträge zieht es auf Antrag von der Versicherungsanstalt wieder ein und zahlt sie den Beteiligten wieder zurück, §§ 1462, 1463.

J. Die Versicherungsanstalten überwachen die rechtzeitige und vollständige Entrichtung der Beiträge. Sie bedienen sich dazu regelmäßig besonderer Kontrollbeamter, die keine öffentlichen Beamten sind. Das Versicherungsamt kann die Anstalt mit ihrer Zustimmung und unter Vereinbarung über die Kosten bei der Überwachung unterstützen, § 1465.

Arbeitgeber und Versicherte müssen der Versicherungsanstalt und ihren Beauftragten sowie dem Versicherungsamt Auskunft erteilen, Geschäftsbücher und Listen vorlegen und Quittungskarten und Bescheinigungen gegen Empfangsbescheinigung zur Prüfung und Berichtigung aushändigen. Das Versicherungsamt kann die Erfüllung dieser Pflichten durch Geldstrafen bis zu 150 M erzwingen. Überwachungskosten, die durch Pflichtversäumnis eines Arbeitgebers entstehen, können diesem auferlegt und wie Gemeindeabgaben beigetrieben werden<sup>1)</sup>, §§ 1466, 1468.

Die Versicherungsanstalten können mit Genehmigung und müssen auf Anordnung des Reichs- oder Landesversicherungsamts Überwachungsvorschriften erlassen. Der Vorstand kann Arbeitgeber und Versicherte zur Befolgung solcher Vorschriften durch Geldstrafen bis zu je 150 M. anhalten, §§ 1467, 1500.

Ergibt die Überwachung Unrichtigkeiten des Markenbestands, so werden diese nach Einwilligung der Beteiligten oder nach Beendigung des Beitragsstreitverfahrens von der überwachenden Behörde, den Beauftragten oder der Einzugsstelle berichtigt, § 1469.

### § 3.

#### Verwaltung der Mittel.

A. Die Verwaltung der Mittel erfolgt durch den Vorstand, § 1342. Jedoch hat der Ausschuß den Voranschlag festzusetzen und die Jahresrechnung abzunehmen, § 1353. Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr, § 164. Der Voranschlag muß mindestens zwei Wochen vor seiner Festsetzung der Aufsichtsbehörde vorliegen. Diese beanstandet ihn, wenn er gegen das Gesetz oder die Satzung verstößt oder die Leistungsfähigkeit der Versicherungsanstalt zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Verpflichtungen gefährdet. Berücksichtigt der Ausschuß die Anstände nicht, so muß der Vorsitzende des Vorstands die

<sup>1)</sup> Auf Beschwerde entscheidet das Oberversicherungsamt endgültig, § 1468.

Aufsichtsbehörde anrufen<sup>1)</sup>. Es entscheidet dann der Beschlußsenat, § 1355.

Die Einnahmen und Ausgaben der Versicherungsanstalt sind gesondert zu verrechnen und die Bestände gesondert zu verwahren, § 25 Abs. II. Die Art und Form der Rechnungsführung regelt das Reichsversicherungsamt, § 1358; Bestimmungen des Reichsversicherungsamts vom 30. Dezember 1911<sup>2)</sup>.

- B. Die Mittel der Versicherungsanstalten dürfen nur zu den gesetzlich zugelassenen Zwecken verwendet werden, § 25. Diese Zwecke sind
1. Befriedigung der gesetzlichen Entschädigungsansprüche,
  2. Aufwendungen für gesetzlich zugelassene Leistungen (Ersatzleistungen, Mehrleistungen, Heilverfahren),
  3. Deckung der Verwaltungskosten, wozu auch die Beschaffung der Diensträume und die Bezahlung der Angestellten gehört.
- C. Die Bemessung der Beiträge nach dem Prämierendurchschnittsverfahren führt zur Ansammlung großer Vermögen. Für die Anlegung dieses Vermögens gelten folgende Vorschriften:
1. Mindestens  $\frac{1}{4}$  des Vermögens muß in Anleihen des Reichs oder der Bundesstaaten angelegt werden, § 1356 Abs. I<sup>3)</sup>.
  2. Mindestens die Hälfte des Vermögens muß wie Mündelgeld (§§ 1807, 1808 BGB.) verzinslich angelegt werden. Außerdem darf es in Wertpapieren, die landesrechtlich zur Anlegung von Mündelgeld zugelassen sind, sowie in solchen auf den Inhaber lautenden Pfandbriefen Deutscher Hypotheken - Aktienbanken angelegt werden, welche die Reichsbank in Klasse I beleiht. Die oberste Verwaltungsbehörde kann schließlich auch sonstige Darlehen an Gemeinden und Gemeindeverbände genehmigen und die Anlage in einzelnen Gattungen zinstragender Papiere auf bestimmte Beträge beschränken, §§ 26, 27.
  3. Die zweite Hälfte des Vermögens darf in anderer Weise angelegt werden. Hierzu ist aber die Genehmigung des Reichsversicherungsamts oder des Landesversicherungsamts erforderlich. Solche Anlagen dürfen regelmäßig nur in Wertpapieren erfolgen. Andere Anlagen sind nur zulässig
    - a) für Verwaltungszwecke,
    - b) zur Verhütung von Vermögensverlusten,
    - c) zu Unternehmungen, die ausschließlich oder überwiegend den Versicherungspflichtigen zugute kommen. Hiernach haben die Versicherungsanstalten z. B. die Möglichkeit, Kranken- und Invalidenhäuser zu errichten oder gemeinnützige Unternehmungen durch Darlehensgewährung zu fördern.

<sup>1)</sup> Ebenso, wenn es die Aufsichtsbehörde verlangt.

<sup>2)</sup> A. N. 1912 S. 404.

<sup>3)</sup> Bis dieser Bestand erreicht wird, ist jährlich mindestens  $\frac{1}{3}$  des Vermögenszuwachses entsprechend anzulegen, Art. 82.

Will eine Versicherungsanstalt mehr als den vierten Teil ihres Vermögens in dieser Weise anlegen, so bedarf sie außer der Genehmigung des Reichsversicherungsamts auch noch der Genehmigung des Gemeindeverbands oder der obersten Verwaltungsbehörde, § 1356.

Eine besondere Genehmigung des Reichs- oder Landesversicherungsamts und, soweit der vierte Teil des Vermögens überschritten wird, auch des Gemeindeverbands oder der obersten Verwaltungsbehörde ist erforderlich, wenn die Versicherungsanstalt Grundstücke im Wert von mehr als 5000 M erwerben oder Gebäude im Wert von mehr als 10 000 M errichten oder Einrichtungsgegenstände im Gesamtwert von mehr als 5000 M anschaffen will. Zum Erwerb beliebiger Grundstücke im Zwangsversteigerungsverfahren bedarf es dieser Genehmigung aber nicht, § 1357.

#### § 4.

#### Heilverfahren.

Die Versicherungsanstalten können Mittel aufwenden, sowohl um bei bestimmten einzelnen Versicherten die Invalidität zu verhüten oder zu beseitigen, als auch um die gesundheitlichen Verhältnisse der Bevölkerung allgemein zu heben. Diese Maßnahmen stehen mit den gesetzlichen Entschädigungsleistungen insofern in Zusammenhang, als sie die Entstehung von Ansprüchen verhüten und bereits entstandene wieder beseitigen sollen<sup>1)</sup>.

1. Das dem einzelnen Versicherten zugewendete Heilverfahren ist entweder ein vorbeugendes oder ein wiederherstellendes. Das vorbeugende Heilverfahren ist zulässig, um die infolge einer Erkrankung drohende Invalidität eines Versicherten<sup>2)</sup> oder einer im Fall der Invalidität rentenberechtigten Witwe<sup>3)</sup> abzuwenden, § 1269. Das wiederherstellende Heilverfahren setzt voraus, daß dadurch der Empfänger einer Invaliden-, Witwen- oder Witwerrente voraussichtlich wieder erwerbsfähig wird, § 1305. Bekommt das Versicherungsamt Kenntnis von Fällen, in denen ein Heilverfahren angezeigt erscheint, so hat es der Versicherungsanstalt Mitteilung zu machen, § 1629.

Die Einleitung eines Heilverfahrens liegt im freien Ermessen der Versicherungsanstalt. Der Erkrankte hat niemals Anspruch auf

<sup>1)</sup> Für die Anstalt selbst bezwecken sie also in erster Linie eine Verringerung der Entschädigungslast. Zugleich sind diese Maßnahmen aber auch für den einzelnen Versicherten und für die Volksgesamtheit von der größten Bedeutung. Insbesondere haben sich die Versicherungsanstalten durch Bekämpfung der Tuberkulose, der Geschlechtskrankheiten und des Alkoholmißbrauchs sowie durch Errichtung und Förderung von Krankenhäusern, Erholungsstätten und Fürsorgestellen hervorragende Verdienste erworben.

<sup>2)</sup> Auch vor Erfüllung der Wartezeit; nicht aber nach dem Erlöschen der Anwartschaft.

<sup>3)</sup> Nicht eines Witwers.

ein Heilverfahren. Wohl aber ist er verpflichtet, sich einem Heilverfahren zu unterziehen. Nur wenn der Erkrankte mit seiner Familie zusammenlebt oder Mitglied des Haushalts seiner Familie ist, so bedarf die Unterbringung in eine Heilanstalt oder ein Genesungsheim seiner Zustimmung<sup>1)</sup>. Verweigert ein Erkrankter ohne gesetzlichen oder sonst triftigen Grund<sup>2)</sup> ein Heilverfahren, das die Invalidität voraussichtlich verhütet oder beseitigt hätte, so kann ihm die Entschädigung auf Zeit ganz oder zum Teil verweigert werden, nachdem er auf diese Folge hingewiesen ist. Vgl. S. 210, §§ 1270, 1272, 1306.

Nur die Einleitung des Heilverfahrens ist dem Ermessen der Versicherungsanstalt überlassen. Macht sie von ihrer Befugnis Gebrauch, so muß sie während der Dauer des Heilverfahrens bestimmte gesetzlich vorgeschriebene Leistungen gewähren. Diese sind verschieden, je nachdem der Erkrankte Anspruch auf Krankenentschädigung hat oder nicht.

- a) Übernimmt die Versicherungsanstalt das Heilverfahren in einer Zeit, in welcher der Versicherte Ansprüche an eine Krankenkasse hat<sup>3)</sup>, so geht die Entschädigungspflicht der Krankenkasse auf die Versicherungsanstalt über. Der Entschädigungsberechtigte hat also während des Heilverfahrens keine Ansprüche gegen seine Krankenkasse, er kann aber von der Versicherungsanstalt alles das verlangen, was ihm die Kasse nach Gesetz oder Satzung zu leisten hätte, besonders auch das satzungsgemäße Hausgeld<sup>4)</sup>. Zum Ausgleich hat die Krankenkasse der Versicherungsanstalt insoweit Ersatz zu leisten, als der Versicherte von ihr Krankengeld zu beanspruchen hätte, § 1518.
- b) Hat dagegen der Versicherte zur Zeit des Heilverfahrens keinen Anspruch auf Krankenentschädigung, so hat ihm die Versicherungsanstalt bei Unterbringung in eine Heilanstalt ein Hausgeld zu gewähren, sofern er bisher Angehörige ganz oder überwiegend aus seinem Arbeitsverdienst unterhalten hat. Das Hausgeld soll den entgehenden Arbeitsverdienst ersetzen; es fällt daher weg, solange und soweit Lohn oder Gehalt auf Grund eines gesetzlichen oder vertraglichen Anspruchs fortbezahlt werden. Den Empfängern einer Witwen- oder Witwerrente steht ein Anspruch auf Hausgeld überhaupt nicht zu.

Das Hausgeld beträgt  $\frac{1}{4}$  des Ortslohns gewöhnlicher Tagearbeiter<sup>5)</sup>. Unterlag aber der Erkrankte bis zur Einleitung des Heilverfahrens der Krankenversicherung, so berechnet sich das

<sup>1)</sup> Bei Minderjährigen genügt ihre Zustimmung, § 1270 Abs. III.

<sup>2)</sup> Ein wichtiger Grund ist z. B. auch die Gefährlichkeit einer Operation.

<sup>3)</sup> Das gilt auch für knappschaftliche Krankenkassen und für Ersatzkassen, § 1521.

<sup>4)</sup> Vgl. S. 93.

<sup>5)</sup> Vgl. S. 87, 88.

Hausgeld nach den Vorschriften der Krankenversicherung und hat also die Höhe des halben Grundlohns<sup>1)</sup>, §§ 1271, 1305.

Die Versicherungsanstalt kann das Heilverfahren selbst durchführen. Sie kann seine Durchführung aber auch ganz oder teilweise der letzten Krankenkasse des Versicherten übertragen und zwar auch dann, wenn diese Kasse nicht mehr entschädigungspflichtig ist. Die Krankenkasse muß sich hinsichtlich der Durchführung des Heilverfahrens an die Weisungen der Versicherungsanstalt halten. Werden ihr dadurch Leistungen auferlegt, die sie nach Gesetz oder Satzung nicht schuldet, so hat ihr die Versicherungsanstalt Ersatz zu leisten. Dabei werden als Ersatz für die Krankenpflege  $\frac{3}{8}$  des Grundlohns und für den Unterhalt im Krankenhaus die Hälfte des Grundlohns angesetzt, soweit die Kasse nicht einen höheren Aufwand nachweist, § 1519.

Ansprüche auf Invaliden- oder Witwenrente bestehen während des Heilverfahrens zunächst weiter. Die Versicherungsanstalt ist aber berechtigt, während der Dauer einer Anstaltsbehandlung die Rente ganz oder teilweise zu versagen, §§ 1271, 1305, 1518.

Streitigkeiten, die anlässlich des Heilverfahrens zwischen der Versicherungsanstalt und dem Erkrankten oder zwischen der Versicherungsanstalt und einer Krankenkasse entstehen, entscheidet das Versicherungsamt endgültig. Streit zwischen der Versicherungsanstalt und einer Krankenkasse über Ersatzansprüche wird im Spruchverfahren entschieden, §§ 1273, 1520.

2. Außer dem Heilverfahren sind allgemeine Maßnahmen zur Verhütung des Eintritts vorzeitiger Invalidität unter den Versicherten oder zur Hebung der gesundheitlichen Verhältnisse der versicherungspflichtigen Bevölkerung zulässig, z. B. die Unterstützung von Fürsorgestellten für Lungenkranke, Aufwendungen zur Verbesserung der Wohnungsverhältnisse und zur gesundheitlichen Belehrung. Die Verwendung von Anstaltsmitteln zu solchen Zwecken muß von der Aufsichtsbehörde genehmigt werden; die Genehmigung kann aber auch für Pauschbeträge erteilt werden, § 1274.

### Kapitel III.

## Sonstige Versicherungseinrichtungen.

### § 1.

#### Sonderanstalten.

Die Sonderanstalten sind zugelassene Kasseneinrichtungen, die ausnahmsweise an die Stelle der regelmäßigen Versicherungsträger, der Versicherungsanstalten, treten. Sie gewähren den Entschädigungsberechtigten also zunächst die reichsgesetzlichen Entschädigungsleistungen, die sonst die Versicherungsanstalten gewähren. Sie gehen

<sup>1)</sup> Vgl. S. 87, 88.

aber über das Maß dieser Entschädigung häufig hinaus und gewähren ihren Mitgliedern auch noch andere weitergehende Leistungen.

- a) Die Sonderanstalten bedürfen einer Zulassung durch den Bundesrat. Anstalten des Reichs, eines Bundesstaats oder eines Gemeindeverbands müssen bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen zugelassen werden. Bei andern Anstalten ist die Zulassung dem Ermessen des Bundesrats überlassen, § 1360.

Die Zulassung als Sonderanstalt ist an folgende Voraussetzungen geknüpft: Ihre Leistungen müssen denen der Versicherungsanstalten mindestens gleichwertig sein<sup>1)</sup>. Bei Berechnung der Wartezeit und der Rente müssen, soweit die reichsgesetzlichen Entschädigungsleistungen<sup>2)</sup> in Frage stehen, die bei anderen Sonderanstalten oder bei Versicherungsanstalten geleisteten Beiträge angerechnet werden. Bei der Verwaltung der Sonderanstalt müssen die Versicherten durch Vertreter beteiligt sein, die in geheimer Wahl bestimmt sind und deren Zahl mindestens der Beitragsverteilung zwischen Arbeitgebern und Versicherten entspricht. Die Beiträge der Versicherten für die reichsgesetzlichen Leistungen dürfen nicht höher sein als die der Arbeitgeber und dürfen die Hälfte der gesetzlichen Beiträge nur insoweit übersteigen, als dies durch eine vom Prämierendurchschnittsverfahren abweichende Aufbringung der Mittel bedingt wird. Erhebt die Sonderanstalt besondere oder erhöhte Beiträge für die reichsgesetzlichen Leistungen, so darf sie diese Leistungen auf ihre übrigen Leistungen nur insoweit anrechnen, daß mindestens der Reichszuschuß auf jede reichsgesetzliche Rente ungekürzt ausgezahlt wird. Schließlich muß das Verfahren über die reichsgesetzlichen Leistungen nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung geregelt sein, §§ 1361—1366.

- b) Die Sonderanstalten treten für die Versicherten an die Stelle der reichsgesetzlichen Organisation. Versicherungspflichtige, die in Betrieben beschäftigt werden, für welche eine Sonderanstalt besteht, gehören dieser ohne weiteres an. Versicherungsberechtigte, die in solchen Betrieben beschäftigt sind oder aus dieser Beschäftigung ausscheiden, ohne anderswo versicherungspflichtig zu werden, sind nur bei ihr zur Selbstversicherung oder Weiterversicherung berechtigt, § 1371.

Die Versicherung bei einer Sonderanstalt steht der Versicherung bei einer Versicherungsanstalt durchaus gleich, § 1367. Es werden also nicht nur beim Übergang von einer Versicherungsanstalt zu einer Sonderanstalt die reichsgesetzlichen Beiträge für die Leistungen der Sonderanstalt, sondern auch umgekehrt beim Übergang von einer Sonderanstalt zu einer Versicherungsanstalt die Beitragsleistung bei

<sup>1)</sup> Das gilt aber nur für die Leistungen in ihrer Gesamtheit; es braucht nicht jede einzelne Leistung gleich hoch zu sein.

<sup>2)</sup> Für die übrigen Leistungen der Sonderanstalt gilt dies nicht.



- der Sonderanstalt auf die Leistungen der Versicherungsanstalten angerechnet<sup>1)</sup>).
- c) Auch hinsichtlich der Lastentragung sind die Sonderanstalten den Versicherungsanstalten gleichgestellt. Soweit sie ihren Mitgliedern reichsgesetzliche Leistungen gewähren, erhalten sie dazu den Reichszuschuß. Sie haben wie die Versicherungsanstalten ein Teil ihres Vermögens als Gemeinvermögen buchmäßig auszuscheiden. Dieser Betrag wird nicht nach den wirklichen Beiträgen der Sonderanstalt, sondern so berechnet, als hätte sie von ihren reichsgesetzlich versicherten Mitgliedern die reichsgesetzlichen Beiträge erhalten. Für die Leistung der Sonderanstalt haften, wenn sie für Betriebe des Reichs oder eines Gemeindeverbandes errichtet ist, diese, sonst der Bundesstaat des Betriebssitzes, mehrere beteiligte Bundesstaaten anteilig nach der Zahl der Versicherten, §§ 1368, 1373, 1374.
- d) Im übrigen sind die reichsgesetzlichen Vorschriften auf die Sonderanstalten nur insoweit anzuwenden, als es die Reichsversicherungsordnung ausdrücklich vorschreibt. Das ist z. B. geschehen für die Übertragung, Verpfändung und Pfändung der Ansprüche, das Heilverfahren, die Entziehung und das Ruhen der Renten, die Verpflichtung zur Anlegung von mindestens einem Viertel des Vermögens in Staatspapieren und die Zusatzversicherung. Im einzelnen vgl. § 1372.
- e) Zurzeit bestehen 5 Sonderanstalten für staatliche Eisenbahnbetriebe, 4 Sonderanstalten für Bergwerksbetriebe und die Sonderanstalt der See-Berufsgenossenschaft. Für letztere gelten außer den allgemeinen Vorschriften für Sonderanstalten noch eine Reihe von Besonderheiten; vgl. §§ 1375—1380.

## § 2.

### Zuschußkassen.

Die Zuschußkassen treten nicht wie die Sonderanstalten an Stelle der Versicherungsanstalten, sondern ergänzend neben sie. Es handelt sich dabei um Einrichtungen des öffentlichen wie des Privatrechts, hauptsächlich um Knappschaftsvereine, Fabrik-, Seemanns- und ähnlichen Kassen<sup>2)</sup>, die Invaliden-, Alters- und Hinterbliebenenunterstützungen gewähren.

Um nun doppelte Leistungen und eine Überlastung der Versicherten durch Beiträge zu verhüten, gibt das Gesetz solchen Kassen das Recht, die Unterstützungen, die sie ihren Mitgliedern gewähren,

<sup>1)</sup> Erhebt die Sonderanstalt die Beiträge nicht durch Marken, so bescheinigt sie ihren austretenden Mitgliedern die Dauer ihrer Beschäftigung, die Lohnklasse, und die Militärdienst- und Krankheitszeiten, § 1370. Hat die Sonderanstalt das reichsgesetzliche Lohnklassensystem nicht, so gilt für jede Woche der Beschäftigung diejenige Lohnklasse, welcher der Versicherte bei einer Versicherungsanstalt angehört hätte, § 1369.

<sup>2)</sup> Über Knappschaftsvereine vgl. S. 148, 149. Das gleiche gilt auch für solche zur Invaliden-, Alters- und Hinterbliebenenfürsorge bestimmte Kassen, für die nach Ortsstatut Beitrittszwang besteht, § 1323.

um höchstens den Wert der reichsgesetzlichen Entschädigungsleistungen dieser Art zu ermäßigen<sup>1)</sup>. Der Entschädigungsberechtigte erhält dann also die reichsgesetzliche Entschädigung ungekürzt und darüber hinaus als Zuschuß den Betrag, um welchen die Unterstützung der Kasse die reichsgesetzliche Entschädigung übersteigt. Werden die Unterstützungen ermäßigt, so müssen zugleich alle Beiträge oder, wenn die Arbeitgeber damit einverstanden sind, wenigstens die der Versicherten entsprechend herabgesetzt werden<sup>2)</sup>.

Die erforderlichen Anordnungen sind von den Kassen durch Satzungsänderung herbeizuführen. Diese bedarf der Genehmigung der zuständigen Aufsichtsbehörde. Die Behörde kann die Änderung auch selbst vornehmen, wenn die Kasse den Antrag der beteiligten Arbeitgeber oder der Mitglieder Mehrheit ablehnt, § 1321<sup>3)</sup>.

Hinsichtlich der Hinterbliebenenunterstützung, welche die Knappschäftsvereine ihren reichsgesetzlich versicherten Mitgliedern gewähren, geht die Reichsversicherungsordnung noch weiter. Diese ermäßigen sich nämlich kraft Gesetzes um den halben Wert der reichsgesetzlichen Hinterbliebenenentschädigung. Die Unterstützungen müssen aber unter Hinzurechnung der reichsgesetzlichen Entschädigung mindestens noch um den Betrag des Reichszuschusses höher sein, als sie ohne die Ermäßigung sein würden. Eine weitergehende Ermäßigung ist ausgeschlossen, wohl aber kann die Satzung bestimmen, daß die Unterstützungen zu einem geringen Teil oder gar nicht ermäßigt werden. Auch hier muß der Ermäßigung der Unterstützungen eine Herabsetzung der Beiträge entsprechen, über die bei Streit die Aufsichtsbehörde entscheidet, § 1322.

Soweit die Ermäßigung der Unterstützungen Platz greift, sind die Zuschußkassen daran interessiert, daß ihre Mitglieder die reichsgesetzliche Entschädigung auch wirklich erhalten. Sie dürfen daher die Feststellung der Entschädigungsleistungen selbst betreiben und Rechtsmittel einlegen, § 1538.

<sup>1)</sup> Bereits bewilligte Leistungen dürfen aber nicht vermindert werden, § 1321 Abs. II.

<sup>2)</sup> Hiervon kann abgesehen werden, wenn die Ersparnisse nötig sind, um die Kasse leistungsfähig zu erhalten oder wenn sie satzungsgemäß mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde zu Wohlfahrtseinrichtungen für Betriebsbeamte, Arbeiter und ihre Hinterbliebenen verwendet werden, § 1321 Abs. IV.

<sup>3)</sup> Für private Kassen, deren Geschäftsbetrieb über das Gebiet eines Bundesstaats hinausreicht, ist das Aufsichtsamt für Privatversicherung zuständig (Reichsgesetz über die privaten Versicherungsunternehmungen vom 12. 5. 1901; RGBl. 1901 S. 139). Das Verfahren vor diesem regelt der Bundesrat, §§ 1321 Abs. V; Bekanntmachung vom 20. Dezember 1911 (A. N. 1912 S. 346).

#### Vierter Abschnitt.

## Verwirklichung des Entschädigungsanspruchs.

Die Verwirklichung des Entschädigungsanspruchs besteht darin, daß dem Entschädigungsberechtigten (erster Abschnitt) die geschuldeten Leistungen (zweiter Abschnitt) von dem zur Leistung verpflichteten Schuldner (dritter Abschnitt) tatsächlich gewährt werden. Hierzu müssen die in jedem einzelnen Fall geschuldeten Leistungen festgestellt und die festgestellten Leistungen an den Berechtigten abgeführt werden. Die Verwirklichung des Entschädigungsanspruchs setzt sich also zusammen aus der Feststellung der geschuldeten Leistung (Kapitel I) und aus der Befriedigung des Entschädigungsberechtigten durch Bewirkung der festgestellten Leistung (Kapitel II).

### Kapitel I.

#### Feststellung der Leistungen.

Die Feststellung der geschuldeten Leistungen geschieht durch den Versicherungsträger. Die Versicherungsanstalten haben im beschleunigten Verfahren selbständig zu prüfen und festzustellen, was sie in jedem einzelnen Fall an Entschädigung zu gewähren haben, §§ 1545, 1630.

Die Feststellung bezieht sich zunächst darauf, ob und in welchem Umfang eine Entschädigung zu bewilligen ist (§ 1). Sie betrifft aber weiter auch die Frage, ob eine bewilligte Rente wegen Wegfalls ihrer Voraussetzungen wieder entzogen oder wegen Ruhens eingestellt werden soll (§ 2).

#### § 1.

#### Bewilligung.

Das Bewilligungsverfahren wird nur auf Antrag des Entschädigungsberechtigten eingeleitet und zerfällt dann in die Vorbereitung durch das Versicherungsamt und die Bescheiderteilung.

A. Der Antrag auf Invaliden- und Hinterbliebenenentschädigung ist an das Versicherungsamt zu richten. Die Zuständigkeit bestimmt sich nach den gleichen Bestimmungen wie im Streitverfahren<sup>1)</sup>. Hiernach ist regelmäßig das Versicherungsamt zuständig, in dessen Bezirk der Versicherte zur Zeit des Antrags wohnt oder beschäftigt ist. Unter mehreren zuständigen Versicherungsämtern hat dasjenige den Vorzug, welches zuerst angegangen wird. Die oberste Verwaltungsbehörde kann anordnen, daß Entschädigungsansprüche

---

<sup>1)</sup> Vgl. S. 415.

auch noch bei anderen Behörden rechtswirksam angemeldet werden können<sup>1)</sup>; diese haben dann die Anträge unverzüglich an das Versicherungsamt weiterzugeben, §§ 1613—1616.

Dem Antrag sind die zur Begründung dienenden Beweisstücke, hauptsächlich die letzte Quittungskarte, die Aufrechnungsbescheinigungen, standesamtliche Urkunden und Bestellungen der gesetzlichen Vertreter beizufügen<sup>2)</sup>. Beim Antrag auf Invalidenrente ist auch eine ärztliche, behördliche oder andere zuverlässige Bescheinigung über Ursachen und Dauer der Invalidität vorzulegen. Das Fehlen dieser Beweisstücke hat aber Nachteile nicht zur Folge, da die zur Klarstellung erforderlichen Erhebungen stets von Amts wegen anzustellen sind, § 1613 RVO.; §§ 73—81 VAO.

- B. Die Vorbereitung der Sache erfolgt durch den Vorsitzenden des Versicherungsamts. Dieser ermittelt nach freiem Ermessen, was zur Klarstellung des Sachverhalts erforderlich ist. Er kann insbesondere Augenschein einnehmen, Zeugen und Sachverständige hören<sup>3)</sup> und amtliche Auskünfte jeder Art einholen. Die Erhebungen sollen sich auf alle Fragen erstrecken, die für die Entschließung der Versicherungsanstalt von Bedeutung sind. Auf Antrag des Berechtigten ist auch das Gutachten eines von ihm selbst benannten Arztes einzuholen, wenn es nach Ansicht des Versicherungsamts für die Entscheidung von Bedeutung sein kann und der Berechtigte die Kosten vorher zahlt, § 1617 RVO.; §§ 81—87 VAO.

Kommt der Vorsitzende zur Ansicht, daß der Anspruch begründet ist, so sendet er die Akten mit seinem Gutachten an die Versicherungsanstalt zur Äußerung darüber, ob sie den Anspruch anerkennt, § 89 VAO. Tut sie das nicht, oder hält der Vorsitzende den Anspruch für unbegründet, so ist ein verschiedenes Verfahren möglich:

1. Regelmäßig findet eine mündliche Verhandlung vor dem Versicherungsamt unter Zuziehung je eines Vertreters der Arbeitgeber und der Versicherten statt, § 1618.

Die mündliche Verhandlung wird von dem Vorsitzenden vorbereitet. Er kann namentlich die vorherige Untersuchung des Antragstellers und die Begutachtung seines Gesundheitszustandes durch einen Arzt sowie das persönliche Erscheinen des Antragstellers in der mündlichen Verhandlung anordnen, § 1619. Die Verhandlung selbst ist nicht öffentlich. Auf Antrag der Versicherungsanstalt ist ihr Vertrauensarzt zu der mündlichen Verhandlung zuzuziehen und zu hören, § 90 VAO. Im übrigen

<sup>1)</sup> In Preußen sind z. B. die Gemeindevorstände und in Landgemeinden außerdem die Ortpolizeibehörden für zuständig erklärt.

<sup>2)</sup> Wegen der Gebühren- und Stempelfreiheit solcher Urkunden vgl. die §§ 137, 138.

<sup>3)</sup> Eine Vereidigung findet nur statt wenn sie zur Herbeiführung einer wahrheitsgemäßen Aussage notwendig erscheint, §§ 1617, 1652 Abs. II, III.

gelten im wesentlichen die gleichen Vorschriften wie im Streitverfahren, §§ 1620—1622. Vgl. S. 444 ff.

Auf Grund der mündlichen Verhandlung erstattet das Versicherungsamt ein Gutachten, das sich über alle für die Entschließung der Versicherungsanstalt wichtige Fragen auszusprechen hat. Beruht das Gutachten nicht auf Übereinstimmung des Vorsitzenden und der Versicherungsvertreter, so sind die abweichenden Meinungen unter Angabe der Gründe zu vermerken, § 1623.

2. Ausnahmsweise findet keine mündliche Verhandlung statt, wenn die Versicherungsanstalt und der Berechtigte einig sind oder wenn es sich lediglich um den Beginn und die Höhe der Rente, um die Erfüllung der Wartezeit oder um Altersrente, Waisenrente, Witwengeld, Waisenaussteuer oder Kapitalabfindung handelt. In diesen Fällen erstattet der Vorsitzende des Versicherungsamts allein das Gutachten, § 1624 RVO.; § 87 VAO. Will aber die Versicherungsanstalt dem für die Gewährung einer Rente abgegebenen Gutachten des Vorsitzenden nicht entsprechen, so ist die Sache zur Erörterung und Begutachtung an das Versicherungsamt zurückzugeben, wenn es sich um die Versicherungspflicht, die Versicherungsberechtigung oder die Invalidität handelt, § 1632.
- C. Auf Grund der Vorbereitung durch das Versicherungsamt erteilt die für den Bezirk des Versicherungsamts zuständige Versicherungsanstalt durch ihren Vorstand einen schriftlichen Bescheid, d. h. eine förmliche Mitteilung an den Antragsteller, ob und in welcher Höhe sie eine Entschädigung gewähren will. Der Bescheid muß die Art der Berechnung angeben und den Vermerk enthalten, daß der Berechtigte binnen einem Monat Berufung bei dem Oberversicherungsamt einlegen kann, §§ 1630, 1631<sup>1)</sup>.

Der Bescheid kann einen dreifachen Inhalt haben:

1. Er kann den angemeldeten Anspruch ganz oder teilweise anerkennen.
2. Er kann den erhobenen Anspruch ablehnen. Diese Ablehnung kann wieder eine endgültige oder eine solche zurzeit sein.
  - a) Endgültig ist die Ablehnung, wenn die Voraussetzungen des Anspruchs nicht mehr erfüllt werden können, wenn also z. B. Hinterbliebenenansprüche wegen Nichterfüllung der Wartezeit abgewiesen sind.
  - b) Eine Ablehnung zurzeit liegt vor, wenn die Voraussetzungen des Anspruchs noch erfüllt werden können. Eine solche Ablehnung ist z. B. die Abweisung des Anspruchs auf Invalidenrente oder auf Zahlung der Witwenrente wegen fehlender

<sup>1)</sup> Bei Ablehnungsbescheiden erhält der Berechtigte auf Antrag kostenlos eine Abschrift des versicherungsamtlichen Gutachtens. Weitere Abschriften der Niederschriften über die Vernehmung von Zeugen und Sachverständigen und Abschriften der ärztlichen Gutachten erhält er nur, wenn er die Kosten vorher bezahlt; vgl. § 1631 Abs. II.

Invalidität. Diese Ansprüche könnten an sich jederzeit erneuert werden mit der Behauptung, es sei nunmehr Invalidität eingetreten. Um aber eine allzu große Inanspruchnahme der Versicherungsbehörden zu verhüten, schreibt § 1635 vor, daß derartige wegen Fehlens der dauernden Invalidität abgelehnte Ansprüche erst ein Jahr nach der Zustellung der endgültigen Entscheidung wiederholt werden dürfen. Vorherige Wiederholung ist nur zulässig, wenn glaubhaft bescheinigt wird, daß inzwischen Umstände eingetreten sind, die den Nachweis der Invalidität liefern. Werden Entschädigungsanträge ohne solche Nachweise vorzeitig wiederholt, so weist sie das Versicherungsamt durch unanfechtbaren Bescheid zurück.

3. Bei dem Anspruch auf Witwenrente ist schließlich auch eine Feststellung möglich. Erhebt nämlich eine Witwe, ehe sie invalide ist, Ansprüche, so wird auf ihren Antrag die Höhe der Witwenrente festgesetzt und die Witwe über ihr Recht belehrt, nach Eintritt der Invalidität ihren Anspruch auf Zahlung<sup>1)</sup> anzumelden (sogenannter Anwartschaftsbescheid). Die Witwe kann sich also schon beim Tode ihres Ehemanns Gewißheit verschaffen, ob und welche Rente sie im Fall ihrer Invalidität erhalten wird, § 1743.

D. Beruhigt sich der Antragsteller bei dem Bescheid und legt er keine Berufung ein, so wird der Bescheid rechtskräftig und bildet gegebenenfalls die Grundlage für die zu gewährende Entschädigung<sup>2)</sup>. Legt er dagegen Berufung ein, so kommt es zum Streitverfahren (fünfter Teil).

## § 2.

### Entziehung und Einstellung.

Auch wenn eine bereits bewilligte Rente wegen Wegfalls der gesetzlichen Voraussetzungen wieder entzogen oder wegen Ruhens eingestellt werden soll, bedarf es eines förmlichen Verfahrens und eines berufungsfähigen Bescheids<sup>3)</sup>.

1. Das Verfahren in diesen Fällen leitet die Versicherungsanstalt von Amts wegen ein. Das Versicherungsamt hat ihr Mitteilung zu machen, wenn es erfährt, daß die Voraussetzungen einer Rentenentziehung oder Einstellung vorliegen. Es kann die Versicherungsanstalt auch mit ihrer Zustimmung und unter Vereinbarung über

---

<sup>1)</sup> Über das für den Anspruch auf Zahlung zuständige Versicherungsamt vgl. § 1615.

<sup>2)</sup> Die Versicherungsanstalt kann aus Billigkeitsgründen auf die Wirkung der Rechtskraft freiwillig verzichten, § 1319.

<sup>3)</sup> Dagegen fallen die Renten im Fall des Todes, die Witwen- und Witwenrenten auch bei Wiederverheiratung und die Waisenrenten bei Vollendung des 15. Lebensjahrs ohne weiteres weg, §§ 1298 ff.

- die Kosten bei der Überwachung der Rentenempfänger unterstützen<sup>1)</sup>, §§ 1629, 1470.
2. Das Verfahren bei der Entziehung und Einstellung von Renten entspricht dem bei der Rentenbewilligung (§ 1). Jedoch findet eine mündliche Verhandlung vor dem Versicherungsamt außer den im Bewilligungsverfahren vorgesehenen Fällen auch dann nicht statt, wenn es sich um Einstellung ruhender Renten handelt, wenn der Rentenempfänger ausdrücklich erklärt hat, keinen Anspruch auf Weitergewährung der Rente zu haben und der Akteninhalt diese Erklärung rechtfertigt, wenn lediglich der Zeitpunkt des Wegfalls in Frage steht oder schließlich, wenn die Rentenzahlung deshalb eingestellt werden soll, weil ein Versicherter, der als verschollen galt, noch lebt, § 1626 RVO.; §§ 92, 93 VAO.
  3. Auch für den nach der Vorbereitung durch das Versicherungsamt ergehenden Bescheid gilt das gleiche wie bei der Rentenbewilligung. Insbesondere kann auch nach rechtskräftiger Entziehung der Rente der Antrag auf Wiederbewilligung regelmäßig erst ein Jahr nach der Zustellung der endgültigen Entscheidung gestellt werden; vgl. § 1 C.; §§ 1633, 1635.

## K a p i t e l II.

### Bewirkung der Leistungen.

1. Die festgestellten Entschädigungsleistungen werden dem Berechtigten regelmäßig in Geld ausbezahlt und zwar die Renten monatlich im voraus, wobei Teilbeträge auf volle 5 Pfennig aufgerundet werden, §§ 1297, 1475<sup>2)</sup>.

Die Zahlungen erfolgen durch die Post. Der Vorstand weist die Post zur Zahlung an und teilt dem Entschädigungsberechtigten die Zahlstelle mit. Zahlstelle ist regelmäßig die Postanstalt, in deren Bezirk der Empfänger zur Zeit der Antragstellung wohnte. Verzieht er, so kann er bei der Versicherungsanstalt oder bei der Postanstalt des alten Wohnorts beantragen, die Zahlung an die Postanstalt des neuen Wohnorts zu überweisen, § 1383. Die Auszahlung erfolgt gegen Quittung; die erforderlichen Bescheinigungen kann jede Person, die ein öffentliches Siegel führen darf, erteilen und beglaubigen, §§ 1384, 1477.

Die Einzelheiten der Zahlung sind durch das Reichsversicherungsamt im Einverständnis mit der obersten Postbehörde näher geregelt, § 1386; Ausführungsbestimmungen vom 7. Dezember 1911 und 7. März 1912<sup>3)</sup>.

---

<sup>1)</sup> Hierüber beschließt der Beschlüssausschuß und, wenn dieser ablehnt, auf Beschwerde endgültig das Oberversicherungsamt.

<sup>2)</sup> Bei einmaligen Leistungen ist eine Aufrundung nicht erforderlich, da sie sich bereits aus aufrundeten Monatsbeträgen zusammensetzen.

<sup>3)</sup> A. N. 1911 S. 627 und 1912 S. 510.

Die gezahlten Leistungen werden zunächst von der Post ausgelegt. Die Post kann aber von jeder Versicherungsanstalt Vorschüsse je nach der Höhe des von ihr voraussichtlich zu zahlenden Betrags einziehen<sup>1)</sup>.

Nach Ablauf jedes Rechnungsjahrs teilt die Post der Rechnungsstelle des Reichsversicherungsamts mit, wieviel sie ausgelegt hat. Die ausgelegten Beträge treffen, wie oben dargelegt, zum Teil das Reich und zum Teil das Gemein- und Sondervermögen der Versicherungsanstalten. Die Verteilung zwischen diesen Stellen bewirkt die Rechnungsstelle. Bei einmaligen Leistungen (Witwengeld und Waisenaussteuer) wird ohne weiteres ermittelt, wieviel auf das Reich, das Gemeinvermögen und das Sondervermögen jeder einzelnen Versicherungsanstalt entfällt. Zur Verteilung der Rentenlast werden aber die auf das Reich, auf das Gemeinvermögen und auf das Sondervermögen jeder einzelnen Versicherungsanstalt entfallenden Teile der laufenden Renten zunächst kapitalisiert<sup>2)</sup> und erst die kapitalisierten Beträge bilden den Maßstab für die Verteilung. Die Rentenlast wird also nicht nach den wirklichen Zahlungen, sondern nach dem Verhältnis der ermittelten Kapitalwerte verteilt, §§ 1403—1405.

Bei der Verteilung der Rentenlast werden jeder Versicherungsanstalt alle von ihr angewiesenen Renten in Rechnung gestellt. Dieses Verfahren führt zu Ungerechtigkeiten, wenn die Beiträge zum Teil anderen Versicherungsanstalten zugeflossen sind; denn dann wird das Sondervermögen der feststellenden Anstalt mit den Steigerungssätzen belastet, ohne den entsprechenden Gegenwert erhalten zu haben. Zum Ausgleich haben in solchen Fällen die Versicherungsanstalten, denen Beiträge zugeflossen sind, den Kapitalwert der Leistung, die diesen Beiträgen entspricht, der Versicherungsanstalt, welche die Leistungen festgestellt hat, am Ende des Jahres zu erstatten. Hiermit ist dann der Ausgleich endgültig erfolgt, so daß der auf die Sonderlast entfallende Rentenbetrag nunmehr voll der feststellenden Versicherungsanstalt zur Last gelegt werden kann, §§ 1403 Abs. II, 1404. Hat also zum Beispiel die Versicherungsanstalt Berlin eine Invalidenrente festgesetzt und ist die Hälfte der entrichteten Beiträge der Versicherungsanstalt Brandenburg zugeflossen, so wird zwar das Sondervermögen der Versicherungsanstalt Berlin mit der gesamten Rentensteigerung belastet, die Versicherungsanstalt Brandenburg hat ihr aber den kapitalisierten Wert der halben Rentensteigerung zu erstatten.

Ist festgestellt, welche Gesamtlast das Reich, das Gemeinvermögen und das Sondervermögen jeder einzelnen Versicherungsanstalt trifft, so werden die von den Versicherungsanstalten geleisteten Postvorschüsse mit den tatsächlichen Zahlungen der Post

<sup>1)</sup> Wegen der Einzelheiten vgl. die §§ 1385, 1406, 1409.

<sup>2)</sup> Das heißt, es wird derjenige Betrag ermittelt, der mit Zinsen und Zinseszinsen voraussichtlich ausreichen wird, um die zu erwartenden Leistungen zu decken. Die Berechnung des Kapitalwerts regelt der Bundesrat, § 1404.



ausgeglichen und die von den Versicherungsanstalten einander zu erstattenden Kapitalwerte verrechnet. Das Ergebnis teilt die Rechnungsstelle dem Reichskanzler, den obersten Postbehörden und den Versicherungsanstalten<sup>1)</sup> mit. Binnen 2 Wochen nach dem Empfang der Mitteilung muß die Versicherungsanstalt die Post befriedigen<sup>2)</sup>. Geschieht das nicht rechtzeitig, so leitet das Reichs- oder Landesversicherungsamt auf Antrag der Post die Zwangsbeitreibung ein, §§ 1406—1408, 1410, 1481.

2. Ausnahmsweise können dem Entschädigungsberechtigten statt der Geldleistung Sachleistungen gewährt werden.

a) Gemeinden oder Gemeindeverbände können mit Genehmigung der höheren Verwaltungsbehörde bestimmen, daß Renten bis zu  $\frac{2}{3}$  in Sachen gewährt werden. Voraussetzung ist, daß die Rentempfänger oder ihre Ernährer im Gemeindebezirk wohnen, daß sie dort als landwirtschaftliche Arbeiter ganz oder teilweise in Sachen gelohnt werden und daß sie mit dieser Form der Entschädigung einverstanden sind. Bei Waisenrenten ist außerdem Zustimmung des Vormunds und Genehmigung des Vormundschaftsgerichts erforderlich.

Den Wert der Sachen setzt die höhere Verwaltungsbehörde nach Durchschnittspreisen fest. Die Sachbezüge gewährt die Gemeinde des Wohnorts. Dafür geht der Rentenanspruch im Wert der Sachbezüge auf sie über. Entsteht Streit zwischen der Gemeinde und dem Berechtigten, so entscheidet der Beschlußausschuß des Versicherungsamts und auf Beschwerde endgültig das Oberversicherungsamt, §§ 1275, 1276.

b) Nicht entmündigten Trunksüchtigen können in gleicher Weise wie in der Krankenversicherung ganz oder teilweise Sachbezüge gewährt werden; vgl. S. 156.

### Fünfter Abschnitt.

## Verhältnis des Entschädigungsanspruchs zu anderen Ansprüchen.

Mit dem Anspruch auf Invaliden- und Hinterbliebenenentschädigung können andere Ansprüche zusammentreffen, die auf Gewährung einer Entschädigung wegen der gleichen oder einer gleichartigen Beeinträchtigung für den gleichen Zeitraum gerichtet sind. Hauptsächlich können Invalidität, Alter und Tod des Ernährers außer auf dem Gebiet der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung auch noch auf anderen Rechtsgebieten Ansprüche zur Entstehung bringen.

<sup>1)</sup> Diese können gegen die Verteilung und Abrechnung Beschwerde an das Reichsversicherungsamt einlegen, § 1406 Abs. II.

<sup>2)</sup> Sind keine Mittel bereit, so schießt der Gemeindeverband oder Bundesstaat sie vor, § 1408.

- a) Diese anderen Ansprüche können ihre Grundlage im sozialen Versicherungsrecht selbst haben. Invalidität und Tod können durch einen Betriebsunfall verursacht sein, so daß zugleich Unfallentschädigungsansprüche entstehen. Oder die Invalidität kann sich zugleich als eine nach der Krankenversicherung zu entschädigende Krankheit darstellen (Kapitel I).
- b) Auch auf anderen Gebieten des öffentlichen Rechts können die entschädigungspflichtigen Tatbestände Ansprüche begründen. Insbesondere können sie armenrechtliche Hilfsbedürftigkeit herbeiführen, so daß die Voraussetzungen für das Eintreten der öffentlichen Armenunterstützung gegeben sind <sup>1)</sup> (Kapitel II).
- c) Endlich können Invalidität, Alter und Tod des Ernährers auch privatrechtliche Ansprüche entstehen lassen, die entweder unmittelbar auf dem Gesetz oder auf rechtsgeschäftlicher Grundlage beruhen (Kapitel III).

## Kapitel I.

### Verhältnis zu sozialrechtlichen Ansprüchen.

Die mit einem Anspruch auf Invaliden- und Hinterbliebenenentschädigung zusammentreffenden sozialrechtlichen Ansprüche sind entweder gleichfalls solche der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung oder solche der Kranken- oder der Unfallversicherung.

1. Auf dem Gebiet der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung ergibt sich ein Zusammentreffen mehrerer Ansprüche, wenn ein einzelner Berechtigter die Voraussetzung mehrerer Ansprüche erfüllt oder wenn aus einem einzigen entschädigungspflichtigen Tatbestand mehrere Berechtigte Ansprüche erwerben.

- a) Erfüllt ein Entschädigungsberechtigter die Voraussetzungen für mehrere Renten, also dauernde Leistungen, so ruht die niedrigere Rente vom Tage des Zusammentreffens an. Der Berechtigte erhält also nur die höhere Rente ausbezahlt, § 1318. Dagegen schließen sich einmalige Leistungen (Witwengeld und Waisenaussteuer) und Renten nicht aus.

Durch Entschädigungsansprüche auf dem Gebiet der Angestelltenversicherung werden die Entschädigungsansprüche der Arbeiterversicherung nicht berührt; wohl aber findet umgekehrt eine Beeinflussung der Ansprüche auf Grund der Angestelltenversicherung durch die Entschädigungsansprüche der Arbeiterversicherung statt; vgl. darüber S. 292.

- b) Erwerben beim Tode eines Versicherten mehrere Hinterbliebene Entschädigungsansprüche, so stehen diese Ansprüche zwar selbständig nebeneinander, sie dürfen aber zusammen einen

---

<sup>1)</sup> Ein Anspruch auf Armenunterstützung steht dem Hilfsbedürftigen allerdings nicht zu.

bestimmten Höchstbetrag nicht überschreiten. Dieser Höchstbetrag beläuft sich beim Zusammentreffen von Witwen- oder Witwerrenten mit Waisenrenten auf den  $1\frac{1}{2}$  fachen, beim Zusammentreffen mehrerer Waisenrenten allein auf den einfachen Betrag der Invalidenrente, welche der verstorbene Ernährer zur Zeit seines Todes bezogen hat oder bei Invalidität bezogen hätte. Ergeben die Renten höhere Beträge, so werden sie im Verhältnis ihrer Höhe gekürzt, aber bei Ausscheiden eines Hinterbliebenen, z. B. durch Tod, wieder bis zur zulässigen Grenze erhöht. Enkel haben nur soweit einen Anspruch auf Waisenrente, als der zulässige Höchstbetrag nicht schon den Kindern zufließt, §§ 1294, 1295.

2. Treffen Ansprüche der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung mit solchen der Krankenversicherung zusammen, so stehen beide Entschädigungsansprüche selbständig nebeneinander. Der Berechtigte erhält also sowohl von der Versicherungsanstalt als von der Krankenkasse die gesamten geschuldeten Leistungen ungekürzt ausbezahlt. Dagegen findet eine erhebliche Beeinflussung der Leistungen statt, wenn die Versicherungsanstalt ein Heilverfahren einleitet, während der Versicherte noch Ansprüche an seine Krankenkasse hat. Vgl. darüber oben S. 234.
3. Die gesetzliche Regelung des Zusammentreffens der Ansprüche auf Invaliden- und Hinterbliebenenentschädigung mit Unfallentschädigungsansprüchen ist nur bei Kenntnis dieses Versicherungszweigs verständlich. Sie gelangt daher erst im vierten Teil zur Darstellung; vgl. S. 374 ff.

## Kapitel II.

### Verhältnis zur Armenunterstützung.

Das Zusammentreffen eines Invaliden- und Hinterbliebenenentschädigungsanspruchs mit Leistungen der öffentlichen Armenunterstützung ist im wesentlichen ebenso geregelt, wie in der Krankenversicherung. Der Armenverband kann also für seine Unterstützungen Ersatz aus der Invaliden- und Hinterbliebenenentschädigung verlangen und zwar sogar dann, wenn der Entschädigungsberechtigte stirbt, ohne die Gewährung der Entschädigung beantragt zu haben. Der Armenverband darf aber zu seiner Befriedigung nur Renten, nicht auch einmalige Leistungen in Anspruch nehmen. Soweit er dies tut, kann die Versicherungsanstalt die Befriedigung des Rentenanspruchs verweigern. Für die Höhe des Ersatzanspruchs, und für das Maß, in dem der Armenverband zu seiner Befriedigung auf die Entschädigungsansprüche zugreifen kann, gilt das gleiche, wie in der Krankenversicherung; vgl. S. 159 ff.; §§ 1536, 1537.

### Kapitel III.

#### Verhältnis zu privatrechtlichen Ansprüchen.

Die mit dem Anspruch auf Invaliden- und Hinterbliebenenentschädigung zusammentreffenden privatrechtlichen Ansprüche beruhen entweder unmittelbar auf dem Gesetz oder auf rechtsgeschäftlicher Grundlage.

- a) Für die gesetzlichen Ansprüche gilt das gleiche, wie in der Krankenversicherung. Kann also ein Entschädigungsberechtigter nach gesetzlicher Vorschrift Ersatz des ihm durch Invalidität oder Tod des Ernährers entstandenen Schadens verlangen, so geht dieser Anspruch insoweit auf die Versicherungsanstalt über, als diese ihm Leistungen zu gewähren hat, §§ 1442, 1443. Wegen der Einzelheiten vgl. S. 161 ff.
- b) Rechtsgeschäftliche Ansprüche bei Eintritt eines entschädigungspflichtigen Tatbestands können sowohl auf Verträgen, als auf letztwilligen Verfügungen oder Satzungen von Familienstiftungen oder Vereinen beruhen. Von besonderer Wichtigkeit ist der Abschluß von Versicherungsverträgen mit Privatgesellschaften, durch welche für den Fall der Invalidität, des Alters oder des Todes Entschädigungen vereinbart werden.

All diese privatrechtlichen Verpflichtungen werden durch das soziale Versicherungsrecht nicht berührt und stehen unabhängig neben den Invaliden- und Hinterbliebenenansprüchen.

- c) Durch Ansprüche auf Weitergewährung von Lohn oder Gehalt werden die Entschädigungsansprüche der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung nicht berührt<sup>1)</sup>. Ebensowenig werden Gehalts- und Lohnforderungen durch die Ansprüche aus der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung beeinflusst, soweit dies nicht in zulässiger Weise besonders vereinbart ist.

---

<sup>1)</sup> Eine Ausnahme gilt für das Hausgeld; vgl. S. 234.

## **Zweite Unterabteilung.**

# **Der Entschädigungsanspruch nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte.**

## **Erster Abschnitt.**

# **Voraussetzungen des Entschädigungs- anspruchs.**

Die Entstehung eines Entschädigungsanspruchs ist in der Angestelltenversicherung an die gleichen vier Voraussetzungen geknüpft wie in der Arbeiterversicherung. Es ist also erforderlich:

- a) Zugehörigkeit zu einem bestimmten Personenkreis (Kapitel I);
- b) Erfüllung der Wartezeit (Kapitel II);
- c) Erhaltung der Anwartschaft (Kapitel III);
- d) Eintritt eines entschädigungspflichtigen Tatbestands (Kapitel IV).

Diese vier Voraussetzungen werden, soweit Hinterbliebenenansprüche in Frage stehen, wie in der Arbeiterversicherung nicht von den entschädigungsberechtigten Hinterbliebenen selbst, sondern von ihren versicherten Angehörigen erfüllt. Vgl. S. 168.

## **Kapitel I.**

### **Personenkreis.**

Die Angestelltenversicherung hat die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung auf den Mittelstand ausgedehnt. Sie greift also weiter als die Versicherung der Reichsversicherungsordnung, erfaßt aber auch einen Teil der bereits nach der Reichsversicherungsordnung Versicherten. Soweit die Kreise der Versicherungsfähigen in beiden Rechtsgebieten sich decken, findet eine Doppelversicherung statt.

Die versicherungsfähigen Personen zerfallen auch hier in die Versicherungspflichtigen, die der Versicherung zwangsweise ohne Rücksicht auf ihren Willen und ohne ihr Zutun lediglich auf Grund des Gesetzes unterstehen, und die Versicherungsberechtigten, die ihr freiwillig auf Grund einer Willenserklärung angehören.

## A. Versicherungspflicht.

### § 1.

#### Die versicherungspflichtigen Personen.

A. Auch das Angestelltenversicherungsgesetz beschränkt die Versicherungspflicht grundsätzlich auf solche soziale Gruppen, die wirtschaftlich unselbständig sind, also ihre Arbeitskraft in abhängiger Stellung verwerten. Die Umgrenzung des Personenkreises erfolgt in der Weise, daß teils bestimmte Stellungen ohne Rücksicht auf den Berufszweig versicherungspflichtig machen, teils bestimmte einzelne Berufszweige der Versicherung als solche unterstellt sind. Hiernach gliedern sich die Versicherungspflichtigen folgendermaßen:

1. Angestellte in leitender Stellung. Hierher gehören z. B. Geschäftsführer oder Direktoren von Gesellschaften.
2. Betriebsbeamte, Werkmeister und andere Angestellte in einer ähnlich gehobenen oder höheren Stellung ohne Rücksicht auf ihre Vorbildung. Diese Gruppe grenzt sich nach oben dadurch ab, daß es sich nicht um eine leitende, sondern um eine ausführende Tätigkeit handelt. Die untere Grenze wird dadurch bestimmt, daß Personen in niederer Stellung (Arbeiter, Gesellen, Gehilfen, Lehrlinge und Dienstboten) ausgeschlossen sind. Auch Bureauangestellte gehören nur hierher, soweit sie nicht mit niederen oder lediglich mechanischen Dienstleistungen beschäftigt werden.
3. Angestellte in bestimmten Berufen, nämlich:
  - a) Handlungsgehilfen und Gehilfen in Apotheken;
  - b) Bühnen- und Orchestermitglieder ohne Rücksicht auf den Kunstwert ihrer Leistungen;
  - c) Lehrer und Erzieher;
  - d) Von der Schiffsbesatzung deutscher Fahrzeuge und von der Besatzung von Binnenfahrzeugen die Kapitäne, Offiziere des Decks- und Maschinendienstes, Verwalter und Verwaltungsassistenten sowie die in einer ähnlich gehobenen oder höheren Stellung befindlichen Angestellten ohne Rücksicht auf ihre Vorbildung.

Für alle diese Personen tritt die Versicherungspflicht erst mit dem ersten Tage des 17. Lebensjahres ein. Im Gegensatz zur Reichsversicherungsordnung besteht aber auch eine Altersgrenze nach oben. Personen, die beim Eintritt in die versicherungspflichtige Beschäftigung das 60. Lebensjahr bereits vollendet haben, sind nicht versicherungspflichtig; hat die Versicherungspflicht aber einmal begonnen, so schließt die Vollendung des 60. Lebensjahres ihre Fortdauer nicht aus, § 1.

Wegen der näheren Bestimmung und Abgrenzung der einzelnen Personengruppen vgl. S. 68, 69 B und C.

- B. Das Gesetz umschreibt den Kreis der Versicherungspflichtigen nicht endgültig, sondern ermächtigt den Bundesrat, die Versicherungspflicht auf solche Personen zu erstrecken, welche eine ähnliche Tätigkeit wie die Versicherungspflichtigen auf eigene Rechnung, also selbständig ausüben. Die Erstreckung kann nur allgemein für das gesamte Reichsgebiet erfolgen und darf sich nur auf solche Berufsgruppen erstrecken, die in ihren Betrieben keine Angestellten beschäftigen, § 4.

### § 2.

#### Die versicherungspflichtige Beschäftigung.

Wer den in § 1 behandelten Personengruppen angehört, ist nur insoweit versicherungspflichtig, als er eine bestimmt geartete Beschäftigung ausübt.

- a) Die Beschäftigung muß eine entgeltliche sein. Der Entgelt kann in Sach- oder Geldbezügen, nicht aber lediglich in freiem Unterhalt bestehen. Ein Jahresarbeitsverdienst von mehr als 5000 M. schließt bei allen Angestellten die Versicherungspflicht aus, §§ 1, 2, 7<sup>1)</sup>.
- b) Die Beschäftigung muß, soweit es sich nicht um Handlungsgehilfen, Gehilfen in Apotheken, Bühnen- und Orchestermitglieder, Lehrer und Erzieher handelt, den Hauptberuf bilden, d. h. für die Lebensstellung des Angestellten entscheidend sein, § 1.
- c) Die Beschäftigung muß einen bestimmten Umfang haben. Vorübergehende Dienstleistungen, d. h. geringfügige, für die wirtschaftliche Existenz unwesentliche Beschäftigungen, besonders solche, die gelegentlich oder nebenher verrichtet werden, sind nach näherer Bestimmung eines noch zu erlassenden Bundesratsbeschlusses nicht versicherungspflichtig, § 8.
- d) Im übrigen muß die Beschäftigung den gleichen Voraussetzungen genügen wie in der Krankenversicherung. Es muß also eine wirkliche Beschäftigung stattfinden, nicht nur die Verpflichtung zu einer solchen bestehen. Diese Beschäftigung muß, von den durch den Bundesrat für versicherungspflichtig erklärten Betriebsunternehmern abgesehen, eine unselbständige, außerdem eine freiwillige und erlaubte sein. Vgl. oben S. 70, 72 Ziff. 1, 2, 5 und 6. Die Beschäftigung eines Ehegatten durch den andern begründet auch in der Angestelltenversicherung keine Versicherungspflicht, § 6.

### § 3.

#### Versicherungsfreiheit.

Bestimmte Personengruppen, deren Beschäftigung an sich allen Voraussetzungen der Versicherungspflicht genügt, bleiben gleichwohl versicherungsfrei. Solche generellen Ausnahmen gelten für:

---

<sup>1)</sup> Über den Begriff des Entgelts und des freien Unterhalts vgl. S. 71 und S. 171, 172.

- a) Personen, die in Betrieben oder im Dienste des Reichs, eines Bundesstaats, eines Gemeindeverbands, einer Gemeinde oder eines Versicherungsträgers beschäftigt werden, Geistliche der als öffentlich-rechtliche Korporationen anerkannten Religionsgenossenschaften und Lehrer und Erzieher an öffentlichen Schulen. Auf Beamten-eigenschaft kommt es nicht an. Erforderlich ist aber, daß den Angestellten Anwartschaft auf eine gleichwertige Versorgung<sup>1)</sup> gewährleistet ist, § 9.
- b) Beamte des Reichs, der Bundesstaaten, der Gemeindeverbände und der Gemeinden, Geistliche der als öffentlich-rechtliche Korporationen anerkannten Religionsgesellschaften, Lehrer und Erzieher an öffentlichen Schulen, solange sie lediglich für ihren Beruf ausgebildet werden, sowie vorläufig beschäftigte Beamte und Geistliche, § 10 Nr. 1.
- c) Angestellte in staatlichen Eisenbahn-, Post- und Telegraphenbetrieben die Aussicht auf Übernahme in das Beamtenverhältnis und Anwartschaft auf eine ausreichende Invaliden- und Hinterbliebenenentschädigung haben, § 10 Nr. 2<sup>2)</sup>.
- d) Personen des Soldatenstands, die eine an sich versicherungspflichtige Beschäftigung im Dienste oder während der Vorbereitung zu einer bürgerlichen Beschäftigung unter den Voraussetzungen zu a) ausüben, § 10 Nr. 3.
- e) Personen, die während der wissenschaftlichen Ausbildung für ihren künftigen Beruf gegen Entgelt unterrichten, § 10 Nr. 4.
- f) Angestellte Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte (nicht aber Rechtsanwälte) in ihrer beruflichen Tätigkeit, § 10 Nr. 5.
- g) Personen, die berufsunfähig<sup>3)</sup> sind oder Ruhegeld beziehen, ohne Rücksicht darauf, ob die Berufsunfähigkeit eine dauernde oder vorübergehende ist, §§ 1 Abs. III, 170 Abs. III.

Ob die Voraussetzungen der Versicherungsfreiheit vorliegen, entscheidet in den drei ersten Fällen (a) bis (c) für Reichsbetriebe und Versicherungsträger der Reichskanzler, im übrigen die oberste Verwaltungsbehörde des zuständigen Bundesstaats; vgl. die §§ 9, 10.

#### § 4.

#### **Befreiung von der Versicherungspflicht.**

Bestimmte einzelne Personen, die zunächst versicherungspflichtig sind, können auf ihren Antrag von der Versicherungspflicht befreit werden. Das gilt für Versicherungspflichtige, denen vom Reich, einem Bundesstaat, einem Gemeindeverband, einer Gemeinde oder einem

<sup>1)</sup> Nämlich auf Ruhegeld und Hinterbliebenenrenten im Mindestbetrag nach den Sätzen einer vom Bundesrat festzusetzenden Lohnklasse. Dabei ist das Durchschnittseinkommen der betr. Beamtenklassen zu berücksichtigen.

<sup>2)</sup> Der Bundesrat kann auf Antrag des Arbeitgebers die Vorschriften unter a bis c auch für bestimmte andere Personengruppen für anwendbar erklären; vgl. § 14.

<sup>3)</sup> Vgl. S. 259.



Versicherungsträger oder denen auf Grund früherer Beschäftigung als Lehrer oder Erzieher an öffentlichen Schulen oder Anstalten Ruhegeld, Wartegeld oder ähnliche Bezüge im Mindestbetrage nach den Sätzen der Gehaltsklasse A<sup>1)</sup> bewilligt und daneben Anwartschaft auf Hinterbliebenenentschädigung gewährleistet ist, § 11.

Über den Befreiungsantrag entscheidet der für den Wohnsitz des Antragstellers<sup>2)</sup> zuständige Rentenausschuß und auf Beschwerde endgültig das Schiedsgericht, § 12.

Die Befreiung wirkt vom Eingang des Antrags an, § 12 Abs. II. Sie erlischt,

- a) wenn der Rentenausschuß die Befreiung wegen Wegfalls ihrer Voraussetzungen widerruft. Der Befreite hat bei Widerruf Beschwerde an das Schiedsgericht, das auch hier endgültig entscheidet;
- b) wenn der Befreite auf die Befreiung verzichtet, was ihm jederzeit freisteht.

In beiden Fällen tritt ohne weiteres wieder Versicherungspflicht ein, § 13<sup>3)</sup>.

## B. Versicherungsberechtigung.

Die Angestelltenversicherung kennt regelmäßig nur die sogen. Weiterversicherung, d. h. die freiwillige Fortsetzung der Versicherung nach dem Erlöschen der Versicherungspflicht. (§ 1.) Die sogen. Selbstversicherung, d. h. der freiwillige Eintritt in die Versicherung, ist dagegen nur in der Übergangszeit und auch in dieser nur in sehr beschränktem Umfang zugelassen (§ 2).

### § 1.

#### Weiterversicherung.

Die Weiterversicherung setzt voraus,

- a) daß bisher Versicherungspflicht bestanden hat. Weshalb diese entfällt, ist gleichgültig (z. B. Aufgabe des Berufs oder Steigerung des Einkommens über 5 000 M.);
- b) daß auf Grund der Versicherungspflicht mindestens 6 Monatsbeiträge entrichtet worden sind. Dabei werden ohne Beitragsleistung Kalendermonate angerechnet, in denen der Versicherte Militärdienste geleistet hat, arbeitsunfähig, krank gewesen ist oder zur beruflichen Fortbildung eine staatlich anerkannte Lehranstalt besucht hat; vgl. S. 257, 258;
- c) daß die Anwartschaft aus den entrichteten Beiträgen nicht erloschen ist; vgl. S. 256 ff.

<sup>1)</sup> Vgl. S. 255.

<sup>2)</sup> Fehlt ein Wohnsitz, so ist der dauernde Aufenthalt maßgebend.

<sup>3)</sup> Der Bundesrat kann auf Antrag des Arbeitgebers die Befreiung von der Versicherungspflicht auch für bestimmte andere Personengruppen zulassen, § 14. Über weitere Fälle der Befreiung vgl. S. 256 u. S. 288 ff.

Die Weiterversicherung erfolgt durch freiwillige Entrichtung von Beiträgen. Sie ist auch dann zulässig, wenn sich der Versicherte freiwillig im Ausland aufhält, § 15.

Weibliche Versicherte können beim Ausscheiden aus der Versicherungspflicht an Stelle der freiwilligen Fortsetzung der Versicherung die Gewährung einer Leibrente beantragen. Die Höhe dieser Leibrente hängt von der Zahl und Gehaltsklasse der entrichteten Beiträge und von dem Alter der Antragstellerin ab. Auf Antrag der Berechtigten kann die Festsetzung des Beginns und der Höhe der Leibrente für einen späteren Zeitpunkt vorbehalten und so eine Erhöhung herbeigeführt werden. Die Tabellen zur Berechnung der Rente setzt die Reichsversicherungsanstalt mit Genehmigung des Bundesrats fest, § 63<sup>1)</sup>.

## § 2.

### Selbstversicherung.

Die Selbstversicherung unterscheidet sich von der Weiterversicherung dadurch, daß keine Pflichtversicherung vorhergegangen ist. Sie ist nur während des ersten Jahres nach dem Inkrafttreten des Angestellten - Versicherungs - Gesetzes zugelassen, und zwar nur für:

- a) Angestellte mit einem Jahresarbeitsverdienst von mehr als 5000 M. und weniger als 10000 M., wenn sie den Nachweis führen, daß sie in den letzten 4 Kalenderjahren vor dem Inkrafttreten des Gesetzes eine ohne Rücksicht auf das Jahreseinkommen versicherungspflichtige Beschäftigung<sup>2)</sup> in mindestens 30 Kalendermonaten ausgeübt haben;
- b) Selbständige Unternehmer, die in ihrem Betrieb regelmäßig höchstens drei Versicherungspflichtige beschäftigen, aber früher in mindestens 30 Kalendermonaten eine unselbständige Beschäftigung<sup>2)</sup> ausgeübt haben, die sie jetzt versicherungspflichtig machen würde.

Wer hiernach von der Selbstversicherung Gebrauch machen will, muß bei der Reichsversicherungsanstalt einen dahingehenden Antrag stellen. Die Selbstversicherung erfolgt dann ebenso wie die Weiterversicherung durch freiwillige Entrichtung von Beiträgen, § 394.

## Kapitel II.

### Wartezeit.

Die nach Kapitel I versicherungsfähigen Personen können nur dann Entschädigungsansprüche erwerben, wenn eine bestimmte Zeit hindurch Beiträge für sie entrichtet worden sind, also eine Wartezeit zurückgelegt ist. Diese Wartezeit setzt sich aber nicht wie in der Arbeiterversicherung aus Beitragswochen, sondern aus Beitragsmonaten zusammen.

<sup>1)</sup> Die Feststellung der Leibrente geschieht durch den Rentenausschuß.

<sup>2)</sup> Einschl. Ersatztatsachen; vgl. S. 257, 258.

## § 1.

**Beitragsmonate.**

Als Beitragsmonate werden nur solche Kalendermonate angerechnet, für welche ein gültiger Monatsbeitrag entrichtet ist, § 171. Krankheits-, Militärdienst- und Rentenbezugszeiten kommen im Gegensatz zur Arbeiterversicherung auf die Wartezeit nicht in Anrechnung. Über die Entrichtung der Beiträge vgl. S. 271 ff.

Die Bedeutung eines Beitragsmonats für die entstehenden Ansprüche hängt von der Gehaltsklasse des auf ihn entfallenden Beitrags ab. Die Beiträge sind nach 9 Gehaltsklassen abgestuft. Es umfassen Klasse A Jahresarbeitsverdienste bis zu 550 M., B von 550 bis 850 M., C von 850 bis 1150 M., D 1150 bis 1500 M., E 1500 bis 2000 M., F 2000 bis 2500 M., G 2500 bis 3000 M., H 3000 bis 4000 M. und I 4000 bis 5000 M. Für die Zugehörigkeit zu diesen Klassen ist bei Barbezügen je nach der Gehaltszahlung der Jahresbetrag, der 52-fache Wochenbetrag, der 12-fache Monatsbetrag oder der 4-fache Vierteljahresbetrag des Gehalts maßgebend. Bei Berechnung von Gewinnanteilen und ähnlichen schwankenden Bezügen wird der Betrag des letzten Jahres zugrunde gelegt, in dem der Versicherte solche Bezüge erhalten hat. Sind ihm bei Fälligkeit des Betrags aus seiner gegenwärtigen Beschäftigung Bezüge dieser Art noch nicht gezahlt, so gilt für die Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes das in bar gewährte Gehalt. Sachbezüge werden nach Ortspreisen berechnet, welche die untere Verwaltungsbehörde festsetzt, § 17.

Es dürfen regelmäßig nur die der Gehaltsklasse entsprechenden Beiträge entrichtet werden. Versicherungspflichtige können aber bis zum vollendeten 25. Lebensjahre in eine höhere Gehaltsklasse, als ihrem Jahresarbeitsverdienst entspricht, übertreten. Außerdem können Versicherte, die in eine versicherungspflichtige Beschäftigung mit geringerem Entgelt eintreten, als ihrer bisherigen Gehaltsklasse entspricht, in ihrer bisherigen Gehaltsklasse bleiben, falls sie in dieser mindestens 6 Beitragsmonate auf Grund der Versicherungspflicht zurückgelegt haben. In beiden Fällen handelt es sich also um eine freiwillige Höherversicherung Versicherungspflichtiger<sup>1)</sup>. Personen, die sich freiwillig weiterversichern, dürfen stets nur Beiträge der Gehaltsklasse entrichten, die dem Durchschnitt ihrer letzten 6 Pflichtbeiträge entspricht oder am nächsten kommt, §§ 18, 19.

## § 2.

**Dauer der Wartezeit.**

1. Die Dauer der Wartezeit hängt von der Zahl der entrichteten Pflichtbeiträge ab.

---

<sup>1)</sup> Der Arbeitgeber ist aber zu einem höheren Beitrag nur dann verpflichtet, wenn dies vereinbart worden ist, § 19 Abs. III.

- a) Sind wenigstens 60 Beitragsmonate auf Grund der Versicherungspflicht nachgewiesen, so beträgt die Wartezeit für das Ruhegeld weiblicher Versicherter 60, im übrigen (also bei männlichen Versicherten stets und bei weiblichen für die Hinterbliebenenrenten) 120 Beitragsmonate.
  - b) Sind weniger als 60 Beitragsmonate auf Grund der Versicherungspflicht nachgewiesen, so beträgt die Wartezeit für das Ruhegeld weiblicher Versicherter 90, im übrigen 150 Beitragsmonate, § 48.
2. Während der Übergangszeit ist die Erfüllung der Wartezeit erleichtert.
- a) Für alle Ansprüche kann in den ersten drei Jahren nach dem Inkrafttreten des Versicherungsgesetzes für Angestellte die Wartezeit dadurch abgekürzt werden, daß der Versicherte freiwillig die entsprechende Prämienreserve, d. h. diejenige Summe einzahlt, welche mit Zinsen und den noch zu erwartenden Beiträgen voraussichtlich ausreichen wird, um die zu erwartenden Leistungen zu decken. Über die Zulässigkeit dieser Abkürzung entscheidet die Reichsversicherungsanstalt nach freiem Ermessen auf Grund ärztlicher Untersuchung, § 395. Gestattet sie die Abkürzung nicht oder ist diese aus einem anderen Grunde, z. B. wegen Mittellosigkeit, unmöglich, so werden Versicherte, die beim Inkrafttreten des Gesetzes das 55. Lebensjahr bereits vollendet haben, auf ihren Antrag von der Versicherungspflicht befreit, § 397.
  - b) Für die Ansprüche auf Hinterbliebenenrenten genügt in den ersten zehn Jahren nach dem Inkrafttreten des Gesetzes eine Wartezeit von 60 Beitragsmonaten auf Grund der Versicherungspflicht, § 396.

Tritt ein entschädigungspflichtiger Tatbestand (Berufsunfähigkeit oder Tod) innerhalb der ersten 15 Jahre nach dem Inkrafttreten des Gesetzes ein, ohne daß Ansprüche erwachsen, so steht beim Tode des Versicherten der hinterlassenen Witwe oder dem Witwer oder, falls solche nicht vorhanden sind, den hinterlassenen Kindern unter 18 Jahren ein Anspruch auf Erstattung der Hälfte von Pflichtbeiträgen zu. Von freiwilligen Beiträgen werden drei Viertel erstattet. Dieser Anspruch erlischt aber, wenn er nicht innerhalb, eines Jahres nach dem Tode des Versicherten geltend gemacht wird, § 398.

### Kapitel III. Anwartschaft.

Durch die Entrichtung jedes einzelnen Beitrags entsteht eine rechtlich begründete Aussicht auf Entschädigung, die das Gesetz als Anwartschaft bezeichnet. Die Anwartschaft ist noch kein Anspruch; es erwächst aber ein solcher aus ihr, wenn die Wartezeit erfüllt ist und ein entschädigungspflichtiger Tatbestand eintritt.

- A. Die einmal erworbene Anwartschaft bleibt nur dann erhalten, wenn der Versicherte bestimmte Voraussetzungen erfüllt. Diese Voraussetzungen sind verschieden, je nachdem der Versicherte bereits 120 Beitragsmonate zurückgelegt hat oder nicht.
1. Sind wenigstens 120 Beitragsmonate (beliebiger Art) zurückgelegt, so bleibt die erworbene Anwartschaft ohne weitere Beitragsentrichtung erhalten, wenn der Versicherte eine jährliche Anerkennungsgebühr von 3 M. bezahlt. Angestellte, die aus der Versicherungspflicht ausscheiden, haben also die Wahl, ob sie die beim Ausscheiden bestehende Anwartschaft durch freiwillige Weiterversicherung erhöhen oder nur durch Zahlung der Anerkennungsgebühr erhalten wollen, (§§ 15, 49<sup>1)</sup>).
  2. Sind noch keine 120 Beitragsmonate zurückgelegt, so bleibt die Anwartschaft nur erhalten, wenn die Beitragsleistung in einem bestimmten Mindestumfang fortgesetzt wird. Erforderlich sind in den ersten 10 Kalenderjahren nach dem Kalenderjahr, in welchem der erste Beitragsmonat zurückgelegt ist, jährlich mindestens 8, und nach dieser Zeit jährlich mindestens 4 Beitragsmonate, § 49.

Als Beitragsmonate zur Erhaltung der Anwartschaft<sup>2)</sup> werden bestimmte Zeiten auch ohne Beitragsleistung angerechnet, nämlich:

- a) Kalendermonate, in denen der Versicherte wegen einer Krankheit zeitweise arbeitsunfähig und nachweislich verhindert gewesen ist, seine Berufstätigkeit fortzusetzen. Den Krankheitszeiten stehen Genesungszeiten gleich, ferner bis zur Dauer von 2 Monaten solche Zeiten, in denen eine Versicherte infolge einer Schwangerschaft oder eines regelmäßig verlaufenden Wochenbettes<sup>3)</sup> arbeitsunfähig gewesen ist. Nicht angerechnet werden Krankheiten, die sich der Versicherte vorsätzlich oder bei Begehung eines durch Strafurteil festgestellten Verbrechens oder durch schuldhafte Beteiligung an Schlägereien und Raufhändeln<sup>4)</sup> zugezogen hat, §§ 51 bis 53.

Der Nachweis von Krankheitszeiten erfolgt durch Bescheinigungen, welche die von der obersten Verwaltungsbehörde bezeichneten Behörden auszustellen haben, § 54.

- b) Kalendermonate, in denen der Versicherte zur Erfüllung der Wehrpflicht eingezogen gewesen ist oder in Mobilmachungs- oder Kriegszeiten freiwillig militärische Dienstleistungen

<sup>1)</sup> Weibliche Versicherte können als dritte Möglichkeit eine Leibrente verlangen; vgl. oben S. 254.

<sup>2)</sup> Auf die Wartezeit kommen diese Zeiten nicht in Anrechnung; anders in der RVO.

<sup>3)</sup> Bei unregelmäßigem Verlauf sind Schwangerschaft und Wochenbett als Krankheit anrechenbar.

<sup>4)</sup> Über diesen Begriff vgl. S. 97.

verrichtet hat. Der Nachweis geschieht durch die Militärpapiere, §§ 51, 54.

- c) Kalendermonate, in denen der Versicherte eine staatlich anerkannte Lehranstalt besucht. Welche Lehranstalten als staatlich anerkannt gelten, bestimmt die oberste Verwaltungsbehörde. Als Nachweis dient eine Bescheinigung des Leiters der Anstalt, §§ 51, 54.

- B. Werden die erforderlichen Beiträge nicht entrichtet oder unterbleibt die Zahlung der Anerkennungsgebühr, so erlischt die Anwartschaft, und die bis zum Erlöschen zurückgelegten Beitragsmonate können auf die Wartezeit nicht mehr angerechnet werden. Das Erlöschen der Anwartschaft ist aber zunächst nur ein vorläufiges. Die rückständigen Beiträge können nämlich innerhalb des Kalenderjahrs, welches auf das Kalenderjahr der Fälligkeit der Beiträge oder der Anerkennungsgebühr folgt, nachgezahlt und so die Anwartschaft wiederhergestellt werden.

Ist die Anwartschaft vor Erfüllung der Wartezeit erloschen, so kann der Versicherte, statt die rückständigen Beiträge nachzuentsrichten, bei der Reichsversicherungsanstalt beantragen, sie zu stunden. Auch der Stundungsantrag ist nur in dem auf das Kalenderjahr der Fälligkeit der Beiträge folgenden Kalenderjahr zulässig. Ein Anspruch auf Stundung besteht nicht, die Reichsversicherungsanstalt entscheidet über den Antrag also nach freiem Ermessen. Gibt sie ihm statt, so können die gestundeten Beiträge auch nach Ablauf der Frist wirksam entrichtet oder spätere Pflichtbeiträge, soweit sie nicht zur weiteren Aufrechterhaltung der Anwartschaft erforderlich sind, auf die gestundeten Beiträge angerechnet werden. Durch die Nachentrichtung oder Anrechnung lebt dann die Anwartschaft wieder auf, § 50.

Unterbleibt die rechtzeitige Nachzahlung und wird der Stundungsantrag nicht gestellt oder abgelehnt, so erlischt die Anwartschaft endgültig. Es kann dann zwar wieder eine neue Anwartschaft erworben werden, aber die früheren Beitragsmonate bleiben unwirksam.

## Kapitel IV.

### Entschädigungspflichtige Tatbestände.

Entschädigungspflichtige Tatbestände oder Versicherungsfälle sind solche Tatbestände, an welche nach ausdrücklicher gesetzlicher Vorschrift die Entstehung eines Entschädigungsanspruchs geknüpft ist. Die Angestelltenversicherung kennt drei solche Tatbestände: die Berufsunfähigkeit (§ 1), das Alter (§ 2) und den Tod des Ernährers (§ 3).

## § 1.

**Berufsunfähigkeit.**

1. Berufsunfähig ist ein Versicherter dann, wenn seine Arbeitsfähigkeit durch körperliche Gebrechen oder wegen Schwäche seiner körperlichen und geistigen Kräfte auf weniger als die Hälfte derjenigen eines Berufsgenossen herabgesunken ist, § 25.
  - a) Arbeitsfähigkeit bedeutet hier das gleiche wie Erwerbsfähigkeit in der Arbeiterversicherung (vgl. S. 191, 192). Es kommt also nicht auf die körperliche Arbeitskraft, sondern auf das Maß der wirtschaftlichen Erwerbsmöglichkeit an.
  - b) Für die Prüfung der Arbeitsfähigkeit sind nicht die individuellen Verhältnisse des einzelnen Versicherten, sondern die Durchschnittsverhältnisse körperlich und geistig gesunder Versicherter mit ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten maßgebend. Es genügt also nicht, daß der Versicherte zur Ausübung seiner bisherigen Tätigkeit nicht mehr fähig ist (individuelle Berufsunfähigkeit oder Stellungsinvalidität). Es wird ihm vielmehr der Übergang zu anderen Berufsstellungen zugemutet, die ähnliche Anforderungen an die Leistungsfähigkeit stellen und im wesentlichen die gleiche Ausbildung voraussetzen (sogen. Standesinvalidität). Erst wenn der Versicherte durch Übernahme derartiger Stellen die Hälfte der maßgebenden Durchschnittsbezüge nicht mehr erzielen kann, ist er berufsunfähig im gesetzlichen Sinne. Allerdings ist der Kreis der in Rücksicht zu ziehenden Erwerbsmöglichkeiten ein viel engerer als bei der Invalidität der Arbeiterversicherung. Vgl. S. 192. Da außerdem die Grenze schon bei der Hälfte und nicht wie in der Arbeiterversicherung bei einem Drittel der normalen Erwerbsfähigkeit gezogen ist, wird häufig zwar Berufsunfähigkeit aber noch keine Invalidität anzunehmen sein.
  - c) Es kommt nur darauf an, welche Arbeitsfähigkeit der Versicherte besitzt. Ob er seine Arbeitsfähigkeit verwertet und welchen Erwerb er tatsächlich erzielt, ist gleichgültig. Insbesondere macht Arbeitslosigkeit nicht berufsunfähig.
2. Die Ursache der Berufsunfähigkeit ist regelmäßig gleichgültig. Jedoch gelten folgende Ausnahmen:
  - a) Ist die Berufsunfähigkeit vorsätzlich herbeigeführt, so entsteht kein Entschädigungsanspruch, § 24.
  - b) Ist die Berufsunfähigkeit Folge eines nach der Reichsversicherungsordnung zu entschädigenden Unfalls, so treten mit Rücksicht auf die Unfallrente Beschränkungen ein, die in der Unfallversicherung zur Darstellung kommen. Vgl. S. 376, 377.
  - c) Ist die Berufsunfähigkeit bei Begehung einer Handlung zugezogen, die nach strafgerichtlichem Urteil ein Verbrechen oder vorsätzliches Vergehen ist, so entsteht zwar ein Entschädigungsanspruch,

die Entschädigung kann aber ganz oder teilweise versagt oder den im Inland wohnenden Angehörigen zugewiesen werden, wenn der Versicherte diese bisher ganz oder überwiegend aus seinem Arbeitsverdienst unterhalten hat. Wegen der Einzelheiten vgl. § 24 Abs. II, III.

§ 2.

**Alter.**

Den entschädigungspflichtigen Tatbestand des Alters bildet nicht wie in der Arbeiterversicherung ein Lebensalter von 70, sondern bereits ein solches von mehr als 65 Jahren, § 25. Im übrigen gilt für diesen Tatbestand durchaus das gleiche wie in der Arbeiterversicherung; vgl. S. 193.

§ 3.

**Tod des Ernährers.**

Der Tod des Ernährers ist der entschädigungspflichtige Tatbestand für die Ansprüche auf Hinterbliebenenentschädigung. Auch hier gelten die gleichen Grundsätze wie in der Arbeiterversicherung; vgl. S. 193, 194, §§ 32 bis 35, 72.

**Zweiter Abschnitt.**

**Gegenstand des Entschädigungs-  
anspruchs.**

Kraft des Entschädigungsanspruchs kann der Entschädigungsberechtigte Ersatz des Schadens verlangen, der ihm durch Berufsunfähigkeit, Alter und Tod des Ernährers entsteht. Die Entschädigung erfolgt durch Geldrenten<sup>1)</sup>, die in monatlichen Teilbeträgen im voraus ausbezahlt werden, § 59.

Die Höhe der Entschädigungsleistungen hängt lediglich von der Zahl und Gehaltsklasse der geleisteten Beiträge ab. Ein Reichszuschuß wie in der Arbeiterversicherung wird nicht gewährt.

In der folgenden Darstellung werden zunächst die Entschädigungsleistungen im Falle der Berufsunfähigkeit und des Alters (Kapitel I) sowie des Todes des Ernährers (Kapitel II) dargestellt und dann die Gründe behandelt, aus denen die entstandenen Entschädigungsansprüche wegfallen können (Kapitel III).

---

<sup>1)</sup> Ausnahmsweise kann die Entschädigung in Sachleistungen bestehen; vgl. S. 291.



## Kapitel I.

# Leistungen im Falle der Berufsunfähigkeit und des Alters.

Die entschädigungspflichtigen Tatbestände der Berufsunfähigkeit und des Alters stehen zwar insofern selbständig nebeneinander, als jeder von ihnen für sich allein genügt, um Entschädigungsansprüche zu erzeugen. Diese Ansprüche sind aber in beiden Fällen die gleichen und können nicht zweimal entstehen. Der Versicherte erhält also, auch wenn er 65 Jahre alt und berufsunfähig ist, die Entschädigung nur einmal.

Das Gesetz schreibt vor, welche Leistungen regelmäßig gewährt werden müssen (§ 1). An Stelle dieser Regelleistungen können aber ausnahmsweise bestimmte Ersatzleistungen treten, die das Gesetz ausdrücklich als gleichwertig zuläßt (§ 2).

### § 1.

#### Regelleistungen.

Die Leistung, welche der Entschädigungsberechtigte im Fall der Berufsunfähigkeit oder des Alters regelmäßig verlangen kann, ist das Ruhegeld, § 25.

A. Der Beginn des Ruhegelds hängt von der Art des entschädigungspflichtigen Tatbestandes ab.

1. Im Fall des Alters beginnt das Ruhegeld mit dem ersten Tag des 66. Lebensjahres. Ist aber in diesem Zeitpunkt die Wartezeit noch nicht erfüllt, so beginnt es mit ihrer Erfüllung, § 26.
2. Im Fall der Berufsunfähigkeit kommt es darauf an, ob diese eine dauernde oder eine nicht dauernde (eine vorübergehende) ist.
  - a) Dauernd ist die Berufsunfähigkeit, wenn nach menschlichem Ermessen eine Wiederherstellung der Berufsfähigkeit in absehbarer Zeit ausgeschlossen erscheint<sup>1)</sup>. Die dauernde Berufsunfähigkeit begründet sofort den Anspruch auf Ruhegeld und zwar auf das sogen. Dauer-Ruhegeld<sup>2)</sup>. Sind im Augenblick ihres Eintritts die Voraussetzungen für die Entstehung eines Entschädigungsanspruchs nicht erfüllt, so kann ein solcher überhaupt nicht entstehen<sup>3)</sup>.
  - b) Ist die Berufsunfähigkeit keine dauernde, so entsteht mit ihrem Eintritt zunächst kein Anspruch auf Ruhegeld. Erst wenn die Berufsunfähigkeit ununterbrochen 26 Wochen ge-

<sup>1)</sup> Wegen des Begriffs im einzelnen vgl. oben S. 195.

<sup>2)</sup> Läßt sich der Beginn der Berufsunfähigkeit nicht feststellen, so entscheidet der Tag, an dem der Antrag beim Rentenausschuß eingegangen ist, § 26.

<sup>3)</sup> Über die nachträgliche Entrichtung von rückständigen Pflichtbeiträgen vgl. S. 276, 277.

dauert hat<sup>1)</sup>, entsteht der Anspruch auf das sogen. Kranken-Ruhegeld. Entschädigungspflichtiger Tatbestand ist hier also der Beginn der 27. Woche der Berufsunfähigkeit. In diesem Augenblick müssen die gesetzlichen Erfordernisse erfüllt sein. Eine Anrechnung von Krankheitswochen wie in der Arbeiterversicherung findet nicht statt, § 25 Abs. II.

- B. Die Berechnung der Höhe des Ruhegelds ist im Fall des Alters und der dauernden oder vorübergehenden Berufsunfähigkeit dieselbe. Das Ruhegeld ist eine Jahresrente und beträgt  $\frac{1}{4}$  der in den ersten 120 Beitragsmonaten entrichteten und  $\frac{1}{8}$  der übrigen Beiträge. Tritt bei weiblichen Versicherten der entschädigungspflichtige Tatbestand vor Ablauf von 120 Beitragsmonaten ein, so beträgt das Ruhegeld nur  $\frac{1}{4}$  der in den ersten 60 Beitragsmonaten (also während der Wartezeit) entrichteten Beiträge, während die übrigen unberücksichtigt bleiben, §§ 55, 56.

Beispiel: Sind für einen Angestellten 200 Beiträge zu je 20 M. (Gehaltsklasse H) entrichtet, so kommen für die ersten 120 Beitragsmonate  $\frac{120 \cdot 20}{4} = 600$  M. und für die übrigen 80 Beitragsmonate  $\frac{80 \cdot 20}{8} = 200$  M. in Ansatz, so daß das Ruhegeld  $600 + 200 = 800$  M. beträgt.

Sind für eine Angestellte 70 Beiträge zu je 9,60 M. (Gehaltsklasse E) und dann 40 Beiträge zu 13,20 M. (Gehaltsklasse F) geleistet, so kommen nur die ersten 60 Beitragsmonate mit  $\frac{60 \cdot 9,60}{4}$  in Ansatz, so daß das Ruhegeld 144 M. beträgt.

- C. Der Anspruch auf Ruhegeld ist zeitlich unbeschränkt. Er erlischt nur mit dem Tode und, soweit er auf Berufsunfähigkeit beruht, mit dem Wiedereintritt der Berufsfähigkeit. Im letzteren Falle ist eine förmliche Entziehung des Ruhegeldes erforderlich. Wegen der Einzelheiten vgl. S. 265.

## § 2.

### Ersatzleistungen.

An Stelle des regelmäßig zu gewährenden Ruhegelds können bestimmte, im Gesetz ausdrücklich zugelassene Ersatzleistungen treten, nämlich Anstaltspflege und Abfindung durch einmalige Kapitalzahlung.

- a) Die Anstaltspflege ist nur im beiderseitigen Einverständnis des Ruhegeldempfängers und der Reichsversicherungsanstalt zulässig. Sie besteht darin, daß der Berechtigte unter völligem oder teilweisem Wegfall des Ruhegeldes vollen Unterhalt in einem Invalidenhaus oder einer ähnlichen Anstalt erhält. Derartige Anstalten kann die Reichsversicherungsanstalt selbst errichten; sie kann aber auch fremde benutzen.

<sup>1)</sup> Also für die gegen Krankheit versicherten Angestellten im unmittelbaren Anschluß an die regelmäßige Unterstützungsdauer der Krankenkasse.

Hat sich der Ruhegeldempfänger mit der Anstaltspflege einverstanden erklärt, so muß er sich diese Ersatzleistung mindestens auf  $\frac{1}{4}$  Jahr und, wenn er nicht einen Monat vor Ablauf dieser Zeit widerspricht, jedesmal auf ein weiteres Vierteljahr gefallen lassen. Verläßt er die Anstalt gegen den Willen der Reichsversicherungsanstalt, so erhält er bis zum Ablauf der Frist sein Ruhegeld nur insoweit, als er es auch neben der Anstaltspflege erhalten hätte, § 44.

- b) Eine Kapitalabfindung an Stelle des laufenden Ruhegelds ist nach freiem Ermessen der Reichsversicherungsanstalt zulässig, wenn Berechtigte ihren inländischen Wohnsitz aufgeben. Als Abfindung wird die Hälfte des Kapitalwertes<sup>1)</sup> gewährt. Damit ist der Versicherungsfall endgültig erledigt, auch wenn der Abgefundene wieder nach Deutschland zurückkehrt. Der Bundesrat kann diese Vorschrift für Grenzgebiete außer Kraft setzen, § 47.

## Kapitel II.

### Leistungen im Fall des Todes des Ernährers.

#### § 1.

#### Regelleistungen.

Die Angestelltenversicherung gewährt wie die Arbeiterversicherung den Hinterbliebenen regelmäßig Witwen-, Witwer- und Waisenerrente. Dagegen unterscheidet sie sich von der Arbeiterversicherung dadurch, daß sie Witwengeld und Waisenaussteuer nicht kennt, daß die Waisen bis zum 18. Lebensjahr entschädigungsberechtigt sind und daß Enkel niemals eine Waisenerrente erhalten.

Die Höhe der Hinterbliebenenansprüche hängt von der Beitragsleistung des verstorbenen Ernährers ab. Sie berechnet sich nach Bruchteilen des Ruhegelds, das dieser zur Zeit seines Todes bezogen hat oder bei Berufsunfähigkeit bezogen hätte. In der Übergangszeit, in der die Wartezeit für Hinterbliebenenrente schon mit 60 Beitragsmonaten erfüllt ist, kommt als Ruhegeld  $\frac{1}{4}$  des Wertes der in den ersten 60 Beitragsmonaten entrichteten Beiträge in Ansatz, § 396 Abs. II.

- a) Witwenrente erhält die Witwe eines versicherten Angestellten vom Todestag ihres Mannes ab. Irgend eine Beschränkung der Erwerbsfähigkeit der Witwe ist im Gegensatz zur Arbeiterversicherung nicht erforderlich, §§ 28, 32.

Die Witwenrente beträgt  $\frac{2}{5}$  des Ruhegeldes des verstorbenen Ernährers, § 57.

Der Anspruch erlischt mit dem Tode und der Wiederverheiratung. Im Falle der Wiederverheiratung erhält die Witwe als Abfindung den dreifachen Betrag ihrer Jahresrente. Dieser Anspruch muß aber

<sup>1)</sup> Die Tarife zur Berechnung der Abfindung setzt die Reichsversicherungsanstalt mit Genehmigung des Bundesrats fest.

binnen einer Ausschußfrist von einem Jahre nach der Wiederverheiratung geltend gemacht werden, § 64.

- b) Der Witwer erwirbt beim Tode seiner versicherten Ehefrau regelmäßig keinen Anspruch auf Entschädigung. Nur ausnahmsweise erhält er eine Witwenrente,
- a) wenn die Verstorbene den Lebensunterhalt ihrer Familie ganz oder überwiegend aus ihrem Arbeitsverdienste bestritten hat,
  - b) wenn der Witwer zur Zeit des Todes seiner Ehefrau bedürftig und
  - c) wenn er erwerbsunfähig ist, § 30.

Die Witwenrente beträgt wie die Witwenrente  $\frac{2}{5}$  des Ruhegelds der Verstorbenen, § 57. Der Anspruch erlischt mit dem Tod, der Wiederverheiratung und dem Wegfall der Bedürftigkeit. Im letzteren Falle ist eine förmliche Entziehung der Rente erforderlich, §§ 64, 69. Auf eine Abfindung bei Wiederverheiratung hat der Witwer keinen Anspruch.

- c) Waisenrente erhalten die noch nicht 18 Jahre alten Kinder versicherter Angestellter. Die Enkel sind niemals entschädigungsrechtlich berechtigt. Im übrigen entspricht die Regelung derjenigen in der Arbeiterversicherung; vgl. S. 204<sup>1)</sup>, §§ 29, 30, 31.

Die Waisenrente beträgt für jede Waise  $\frac{1}{5}$ , für jede Doppelwaise  $\frac{1}{3}$  des Betrags der Witwenrente, § 57<sup>2)</sup>.

Der Anspruch auf Waisenrente endet mit der Vollendung des 18. Lebensjahres oder der vorherigen Verheiratung der Waisen, § 64 Abs. II.

## § 2.

### Ersatzleistungen.

Auch entschädigungsberechtigten Hinterbliebenen kann die Reichsversicherungsanstalt statt ihrer Renten Aufnahme in ein Invaliden- oder Waisenhaus oder eine ähnliche Anstalt gewähren und kann sie, wenn sie ihren inländischen Wohnsitz aufgeben, mit der Hälfte des Kapitalwertes ihrer Renten abfinden. Für diese Ersatzleistungen gilt das gleiche wie im Fall der Berufsunfähigkeit; vgl. S. 262, 263; §§ 44, 47.

## Kapitel III.

### Wegfall der Leistungen.

Die den Entschädigungsberechtigten zu gewährenden Leistungen fallen fort, einmal wenn der Entschädigungsanspruch im ganzen oder die Ansprüche auf Gewährung der einzelnen Entschädigungsleistungen erlöschen (§ 1) oder aber, wenn jene Ansprüche zwar fortbestehen, ihre Befriedigung aber aus bestimmten Gründen verweigert werden kann (§ 2).

<sup>1)</sup> Nur darin besteht ein Unterschied, daß beim Tod einer Versicherten, deren Ehemann sich der häuslichen Gemeinschaft ferngehalten und seiner väterlichen Unterhaltspflicht entzogen hat, die Kinder ohne Rücksicht auf Bedürftigkeit Waisenrente erhalten, § 31.

<sup>2)</sup> Über das Zusammentreffen mehrerer Renten vgl. S. 292.

## § 1.

**Erlöschen der Entschädigungsansprüche.**

Hinsichtlich des Erlöschens der Entschädigungsansprüche ist zu unterscheiden, ob es sich um den Anspruch als solchen oder um die Ansprüche auf einzelne Entschädigungsleistungen handelt.

1. Die Entschädigungsansprüche als solche erlöschen mit dem Tode des Entschädigungsberechtigten. Von diesem Zeitpunkt ab können also keine Ansprüche auf Einzelleistungen mehr entstehen. Wegen der bereits entstandenen vgl. unter Ziff. 2 c.

Außer dem Tod kommen als Erlöschungsgründe in Frage bei Ruhegeld der Wiedereintritt der Berufsfähigkeit<sup>1)</sup>, bei Witwen- und Witwerrenten die Wiederverheiratung, bei Witwerrenten außerdem der Wegfall der Bedürftigkeit und bei Waisenrenten die Vollendung des 18. Lebensjahres oder die vorherige Eheschließung. Im Falle des Todes, der Wiederverheiratung, der Vollendung des 18. Lebensjahres und der Eheschließung, also in den klar zutage liegenden Fällen, endet mit dem Entschädigungsanspruch ohne weiteres auch der Bezug der Rente. In den übrigen Fällen ist jedoch eine förmliche Entziehung des Ruhegelds oder der Rente erforderlich, und der Bezug selbst endet erst mit dem Ablauf des Monats, in dem der Entziehungsbescheid zugestellt worden ist, §§ 64, 68, 69, 70.

2. Die Ansprüche auf bestimmte Einzelleistungen (Rentenraten, Abfindung) erlöschen durch Erfüllung, durch Unterlassung der Antragstellung und durch Tod des Entschädigungsberechtigten vor der Antragstellung.

- a) Für die Erfüllung und die ihr gleichstehenden Rechtsakte der Hinterlegung und Aufrechnung gilt das gleiche wie in der Arbeiterversicherung. Insbesondere ist auch die Übertragung der Entschädigungsansprüche und die Aufrechnung ihnen gegenüber ebenso beschränkt wie dort; vgl. S. 208; §§ 93, 94.
- b) Durch Unterlassung der Antragstellung erlöschen die Ansprüche auf einzelne Entschädigungsleistungen mit Ablauf eines Jahres. Der Berechtigte erhält also bei verspäteter Stellung des Entschädigungsantrags die bereits fälligen Beträge vom Eingang des Antrags an längstens auf ein Jahr zurück, § 23.
- c) Durch den Tod des Entschädigungsberechtigten erlöschen bereits entstandene Ansprüche auf bestimmte einzelne Entschädigungsleistungen nur dann, wenn der Berechtigte zur Zeit seines Todes seinen Entschädigungsanspruch noch nicht beim Rentenausschuß angemeldet hatte. In diesem Fall findet also eine Vererbung nicht statt<sup>2)</sup>.

<sup>1)</sup> Wird das Ruhegeld später wieder bewilligt, so zählt auch die frühere Beitragsleistung wieder mit, § 71.

<sup>2)</sup> Eine Ausnahme gilt für die Ersatzansprüche an Gemeinden und Armenverbände, § 86. Vgl. S. 293.

Hatte aber der Entschädigungsberechtigte vor seinem Tode seinen Anspruch erhoben, so sind die bis zum Tode entstandenen Einzelsprüche vererblich. Die Erbfolge weicht aber von der des bürgerlichen Rechts ab. Es sind nacheinander berechtigt der Ehegatte, die Kinder, der Vater, die Mutter und die Geschwister, alle aber nur, wenn sie mit dem Berechtigten zur Zeit seines Todes in häuslicher Gemeinschaft gelebt haben oder von ihm wesentlich aus seinem Arbeitsverdienst unterhalten worden sind.

Ist die Entschädigung zur Zeit des Todes noch nicht festgestellt, so sind die Erben zur Fortsetzung des Feststellungsverfahrens, andernfalls zum Bezug der noch nicht abgehobenen bis zum Tode fälligen Leistungen berechtigt. Für den Sterbemonat werden das Ruhegeld und die Renten vollgezahlt. Kommen aber für einen Monatsteil zu dem Ruhegeld des Versicherten noch die Renten der Hinterbliebenen, so haben diese nur das Ruhegeld zu beanspruchen, §§ 65—67.

## § 2.

### Verweigerung der Leistung.

In bestimmten Fällen können, auch ohne daß der Entschädigungsanspruch erloschen ist, die Entschädigungsleistungen dem Berechtigten versagt werden, nämlich bei Verweigerung des Heilverfahrens, bei Ruhen der Leistungen und bei Verjährung.

1. Die Reichsversicherungsanstalt kann ebenso wie die Versicherungsanstalten ein Heilverfahren eintreten lassen, sowohl um die infolge einer Erkrankung drohende Berufsunfähigkeit eines Angestellten abzuwenden, als auch um die bereits eingetretene wieder zu beseitigen. Entzieht sich ein Erkrankter grundlos einem solchen Heilverfahren, so kann ihm das Ruhegeld unter den gleichen Voraussetzungen, wie in der Arbeiterversicherung auf Zeit ganz oder teilweise versagt werden; vgl. S. 210; §§ 36, 39.
2. Das Ruhegeld und die Hinterbliebenenrente ruhen,
  - a) solange der Berechtigte eine Freiheitsstrafe von mehr als einen Monat verbüßt oder in einem Arbeitshause oder einer Besserungsanstalt untergebracht ist. Hat er im Inland Angehörige, die er bisher ganz oder überwiegend aus seinem Arbeitsverdienste unterhalten hat, so haben diese Anspruch auf das Ruhegeld, nicht aber auf Hinterbliebenenrente, § 75;
  - b) solange sich der Berechtigte ohne Zustimmung des Rentenausschusses gewöhnlich im Ausland aufhält. Wird die Zustimmung erteilt, so hat er auf Verlangen der Reichsversicherungsanstalt durch ärztliche Bescheinigungen<sup>1)</sup> seine Berufsunfähigkeit nachzuweisen. Für ausländische Grenzgebiete oder für Staaten, deren Gesetzgebung Deutschen und ihren Hinterbliebenen eine entsprechende Entschädigung gewährleistet, kann der Bundesrat

<sup>1)</sup> Art und Form dieser Bescheinigungen bestimmt der Reichskanzler.

das Ruhen ausschließen. Deutsche Schutzgebiete gelten hier als Inland, §§ 76—78.

- c) solange und soweit der Berechtigte Renten der reichsgesetzlichen Arbeiterversicherung bezieht. In diesem Falle ruhen aber das Ruhegeld und die Hinterbliebenenrenten nicht ganz, sondern nur insoweit, als sie zusammen mit den Renten der Arbeiterversicherung einen bestimmten Höchstbetrag übersteigen würden. Dieser Höchstbetrag ist beim Ruhegeld der Jahresarbeitsverdienst des Angestellten, der dem Durchschnitt der 60 höchsten Monatsbeiträge entspricht<sup>1)</sup>, bei Hinterbliebenenrenten  $\frac{6}{10}$  dieses Betrags, §§ 73, 74.

Bei Ruhegeld (nicht aber bei Hinterbliebenenrenten) tritt das Ruhen außerdem auch dann ein, wenn der Berechtigte Gehalt, Lohn oder sonstiges Einkommen aus gewinnbringender Beschäftigung bezieht und diese Bezüge mit dem Ruhegeld oder mit dem Ruhegeld und Renten der Arbeiterversicherung zusammen die bezeichnete Höchstgrenze überschreiten, § 73.

3. Die Ansprüche auf einzelne Entschädigungsleistungen verjähren in 4 Jahren. Die Frist beginnt mit der Fälligkeit jeder einzelnen Entschädigungsrate, § 228 Abs. III. Hinsichtlich der Hemmung und Unterbrechung der Verjährung sind die Vorschriften des bürgerlichen Rechts (§§ 202, 203, 205 ff. BGB.) entsprechend anzuwenden. Der Ablauf der Verjährung berechtigt die Reichsversicherungsanstalt, die einzelne verjährte Leistung zu verweigern; der Entschädigungsanspruch als solcher wird durch sie aber nicht berührt.

Die Verjährung kommt nur insoweit in Frage, als der Entschädigungsantrag gestellt ist. Vor seiner Stellung läuft die unter Ziff. 1 behandelte Ausschlussfrist.

### Dritter Abschnitt.

## Schuldner des Entschädigungsanspruchs.

Schuldner des Entschädigungsanspruchs auf dem Gebiet der Angestelltenversicherung oder, wie das Gesetz ihn nennt, Träger der Versicherung ist die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte in Berlin, § 96.

In der folgenden Darstellung wird zunächst die äußere Organisation, die Verfassung der Reichsversicherungsanstalt (Kapitel I) und hierauf ihre innere Ausgestaltung und Tätigkeit, ihre Verwaltung (Kapitel II) behandelt. Schließlich folgen die sonstigen Versicherungs-

<sup>1)</sup> Bei der Berechnung dieses Durchschnitts ist für jeden monatlichen Beitrag das Mittel aus dem höchsten und niedrigsten Jahresarbeitsverdienst der Gehaltsklasse anzurechnen, für welche der Beitrag entrichtet ist. Für die Gehaltsklasse A gilt als Mittel der Betrag von 450 M., § 73.

einrichtungen, die ausnahmsweise ganz oder teilweise an die Stelle der Reichsversicherungsanstalt treten können (Kapitel III).

## Kapitel I.

### Verfassung der Reichsversicherungsanstalt.

- A. Die Reichsversicherungsanstalt ist eine juristische Person des öffentlichen Rechts zur Durchführung der Angestelltenversicherung, § 97.
1. Die Reichsversicherungsanstalt ist eine juristische Person. Sie handelt selbständig durch eigene Organe (vgl. unter C). Sie hat eigenes Vermögen und eigene Schulden.
  2. Die Reichsversicherungsanstalt ist eine juristische Person des öffentlichen Rechts. Ihr Bestand und ihre Ausgestaltung ist durch das öffentliche Recht zwingend geregelt. Sie hat die Eigenschaft einer öffentlichen Behörde, § 97.
  3. Die Reichsversicherungsanstalt ist zur Durchführung der Angestelltenversicherung bestimmt. Sie erledigt diese Aufgaben als eigene ohne unmittelbare Einwirkung des Staats, darf sich aber keine anderen ihren Zwecken widersprechenden Aufgaben setzen, § 219 Abs. III.
- B. Die Reichsversicherungsanstalt umfaßt das gesamte Reichsgebiet und alle Versicherten, soweit nicht ausnahmsweise eine Ersatzkasse zuständig ist; vgl. S. 282 ff.
- C. Die Organe der Reichsversicherungsanstalt sind das Direktorium, der Verwaltungsrat, die Rentenausschüsse und die Vertrauensmänner, § 98.
1. Das Direktorium.
    - a) Das Direktorium besteht aus einem Präsidenten und der erforderlichen Anzahl beamteter Mitglieder sowie aus nicht beamteten Mitgliedern, § 100.

Der Präsident und die beamteten Mitglieder werden nach Anhörung des Verwaltungsrats auf Vorschlag des Bundesrats durch den Kaiser auf Lebenszeit ernannt und haben die Rechte und Pflichten der Reichsbeamten. Ihre Besoldungen, Pensionen und sonstigen Dienstbezüge, sowie die Pensionen und Unterstützungen für ihre Hinterbliebenen trägt die Reichsversicherungsanstalt. Der Besoldungs- und Pensionsetat wird jährlich durch den Reichshaushalt festgesetzt, §§ 101, 102<sup>1)</sup>.

Die nichtbeamteten Mitglieder sind je 2 Vertreter der versicherten Angestellten und ihrer Arbeitgeber. Sie werden

---

<sup>1)</sup> Die übrigen Beamten werden vom Direktorium ernannt. Ihre Bezüge trägt gleichfalls die Reichsversicherungsanstalt. Soweit geeignete Bewerber vorhanden sind, muß mindestens ein Drittel der Stellen mit Militärärzten besetzt werden. Das Direktorium erläßt mit Zustimmung des Verwaltungsrats eine Dienstordnung für diese Beamten, § 104.



getrennt von den Arbeitgebervertretern und Angestelltenvertretern im Verwaltungsrat (vgl. Ziffer 2) auf 6 Jahre gewählt und sind ehrenamtlich tätig<sup>1)</sup>. Für jedes Mitglied werden mindestens 2 Ersatzmänner gewählt, die es bei Verhinderung vertreten und bei Ausscheiden für den Rest der Wahlzeit nach der Reihenfolge ihrer Wahl eintreten. Wählbar sind volljährige Deutsche (auch Frauen), und zwar als Vertreter der Arbeitgeber, wenn sie regelmäßig wenigstens einen Angestellten beschäftigen, als Vertreter der Versicherten, wenn sie nicht als Arbeitgeber wählbar sind. Wird ein Mitglied des Verwaltungsrats in das Direktorium gewählt, so scheidet es aus dem Verwaltungsrat aus, § 103<sup>2)</sup>.

- b) Das Direktorium führt die laufende Verwaltung. Es vertritt die Reichsversicherungsanstalt gerichtlich und außergerichtlich und hat die Stellung eines gesetzlichen Vertreters, § 99.

Das Direktorium faßt seine Beschlüsse nach Stimmenmehrheit. Bei der Beschlußfassung scheiden stets soviel nicht-beamtete Mitglieder aus, daß die beamteten Mitglieder in der Mehrzahl sind. Im übrigen wird die Geschäftsführung durch eine Geschäftsordnung geregelt, die der Reichskanzler nach Anhören des Verwaltungsrats erläßt.

Die Aufsicht über das Direktorium übt der Reichskanzler aus, § 100.

## 2. Der Verwaltungsrat.

- a) Der Verwaltungsrat besteht aus dem Präsidenten des Direktoriums oder seinem Stellvertreter als Vorsitzenden und mindestens je 12 Vertretern der Versicherten und ihrer Arbeitgeber. Der Reichskanzler kann die Zahl der Mitglieder nach Bedarf erhöhen, § 109.

Die Vertreter der Arbeitgeber und Angestellten werden getrennt von den Arbeitgeber- und Angestelltenvertretern unter den Vertrauensmännern (vgl. Ziffer 4) nach den Grundsätzen der Verhältniswahl auf je 6 Jahre gewählt und verwalten ihr Amt unentgeltlich als Ehrenamt<sup>1)</sup>. Die Wahlordnung erläßt der Reichskanzler. Er leitet auch die Wahl durch seine Beauftragten und entscheidet bei Streit über die Wahl. Hinsichtlich der Wählbarkeit und der Wahl von Ersatzmännern gilt das gleiche wie bei den nicht-beamteten Mitgliedern des Direktoriums, §§ 109, 111, 112—115, 118<sup>3)</sup>.

<sup>1)</sup> Für die Teilnahme an Sitzungen erhalten sie Tagegelder und Reisekosten nach festen vom Reichskanzler bestimmten Sätzen, § 118.

<sup>2)</sup> Im übrigen vgl. § 119 (Benachrichtigung des Arbeitgebers von der Einberufung zu Sitzungen), § 120 (Amtsenthebung) und oben S. 51ff.

<sup>3)</sup> Im übrigen vgl. § 115 (Zulässigkeit der Wiederwahl), §§ 116, 117 (Ablehnung der Wahl), § 119 (Benachrichtigung des Arbeitgebers von der Einberufung zu Sitzungen), § 120 (Amtsenthebung) und oben S. 51ff.

- b) Der Verwaltungsrat hat das Direktorium bei Vorbereitung wichtiger Beschlüsse gutachtlich zu beraten. Außerdem hat er den Voranschlag aufzustellen und den Rechnungsabschluß und die jährlich aufzustellende Bilanz abzunehmen, § 108.

Der Verwaltungsrat wird vom Präsidenten einberufen. Auf Verlangen der Mehrheit des Verwaltungsrats muß dies geschehen. Die Beschlußfassung erfolgt nach Stimmenmehrheit. Im übrigen wird die Geschäftsordnung vom Reichskanzler nach Anhören des Verwaltungsrats erlassen, § 110.

### 3. Die Rentenausschüsse.

- a) Die Rentenausschüsse werden nach Bedarf von der Reichsversicherungsanstalt mit Genehmigung des Bundesrats errichtet. Sie bestehen aus besoldeten Beamten und mindestens 20 ehrenamtlich tätigen Vertretern der Arbeitgeber und versicherten Angestellten. Letztere werden von den Vertrauensmännern (vgl. Ziffer 4) nach den Grundsätzen der Verhältnismäßigkeit auf 6 Jahre gewählt. Wegen der Einzelheiten vgl. unten S. 418, 419.
- b) Die Rentenausschüsse haben die Eigenschaft einer öffentlichen Behörde. Sie sind hauptsächlich dazu berufen, die Entschädigungen festzustellen, anzuweisen, zu entziehen und einzustellen und sind in dieser rechtsprechenden Tätigkeit an die Weisungen der Reichsversicherungsanstalt nicht gebunden; vgl. darüber S. 419, 420. Außerdem haben sie Anträge auf Einleitung eines Heilverfahrens<sup>1)</sup> entgegenzunehmen und vorzubereiten und in Angelegenheiten der Angestelltenversicherung Auskunft zu erteilen, §§ 122, 123. Schließlich können den Rentenausschüssen mit Zustimmung des Verwaltungsrats die Überwachung der Ruhegeldempfänger und mit Genehmigung des Bundesrats noch weitere Aufgaben, mit Ausnahme der Überwachung der Beitragsleistung, übertragen werden, § 124.

Der Geschäftsgang und das Verfahren vor dem Rentenausschuß wird nach Anhörung der Reichsversicherungsanstalt durch den Reichskanzler geregelt, § 123.

### 4. Die Vertrauensmänner.

- a) Die Vertrauensmänner werden je zur Hälfte aus den versicherten, die nicht Arbeitgeber sind, und aus ihren Arbeitgebern auf 6 Jahre gewählt. Ihre Zahl beträgt für den Bezirk jeder unteren Verwaltungsbehörde regelmäßig 6<sup>2)</sup>. Wählbar sind nur volljährige Deutsche, die im Bezirk der unteren Verwaltungsbehörde wohnen oder beschäftigt werden oder ihren

<sup>1)</sup> Vgl. S. 281.

<sup>2)</sup> Für Bezirke mit mehr als 10 000 Einwohnern kann die oberste Verwaltungsbehörde die Zahl der Vertrauensmänner erhöhen, für kleinere Bezirke bis auf 2 herabsetzen, § 145.

Betriebssitz haben. Für jeden Vertrauensmann werden zwei Ersatzmänner gewählt, die ihn bei Verhinderung vertreten und bei Ausscheiden für den Rest der Wahlzeit nach der Reihenfolge ihrer Wahl eintreten, §§ 145, 146, 150—152.

Wahlberechtigt sind volljährige Deutsche, die zu den versicherten Angestellten oder deren Arbeitgebern gehören und im Bezirk der unteren Verwaltungsbehörde wohnen. Für die Wahlen der Arbeitgeber kann der Reichskanzler das Stimmrecht nach der Zahl der von ihnen beschäftigten Versicherten abstimmen. Die Wahl findet nach den Grundsätzen der Verhältniswahl statt. Für die Angestellten dient die Versicherungskarte, für die Arbeitgeber eine von der Gemeindebehörde ausgestellte Bescheinigung als Ausweis. Die Wahlordnung erläßt der Reichskanzler. Er bestellt auch den Leiter der Wahl. Bei Streit über die Wahl entscheidet die untere Verwaltungsbehörde, §§ 147—149<sup>1)</sup>.

- b) Die Vertrauensmänner verwalten ihr Amt unentgeltlich als Ehrenamt<sup>2)</sup>. Zu ihren Aufgaben gehört hauptsächlich die Wahl der Beisitzer für den Verwaltungsrat, die Rentenausschüsse, das Schiedsgericht und das Oberschiedsgericht. Außerdem sollen die Vertrauensmänner alle ihnen bekannt gewordenen Tatsachen mitteilen, die nach ihrer Ansicht für den Rentenausschuß oder die Reichsversicherungsanstalt wichtig sind. Schließlich kann der Rentenausschuß den Vertrauensmännern bestimmte Obliegenheiten übertragen, §§ 143, 144, 155.

## Kapitel II.

### Verwaltung der Reichsversicherungsanstalt.

#### § 1.

##### Aufbringung der Mittel.

Die Reichsversicherungsanstalt bedarf zur Erfüllung ihrer Aufgaben erheblicher Mittel. Diese Mittel werden, soweit nicht die sonstigen Einnahmen (Zinsen des Vermögens, Strafgeder, Ersatzforderungen gegen andere Verpflichtete, Zuwendungen usw.) ausreichen, lediglich durch Beiträge der Arbeitgeber und versicherten Angestellten aufgebracht. Das Reich leistet im Gegensatz zu der Arbeiterversicherung keinerlei Zuschüsse.

A. Die Verteilung der Beitragslast entspricht der Arbeiterversicherung. Die Beiträge werden also von den Versicherungs-

<sup>1)</sup> Im übrigen vgl. die §§ 152, 153 (Zulässigkeit der Wiederwahl; Ablehnung der Wahl; Pflicht, dem Arbeitgeber die Einberufung zu Sitzungen mitzuteilen), § 154 (Amtsenthebung).

<sup>2)</sup> Die Reichsversicherungsanstalt erstattet ihnen ihre baren Auslagen und kann ihnen in besonderen Fällen Entschädigung für Zeitverlust oder für entgangenen Arbeitsverdienst gewähren; vgl. § 155 Abs. II.

pflichtigen und ihren Arbeitgebern je zur Hälfte getragen, § 170. Versichert sich aber ein Versicherungspflichtiger in einer höheren Gehaltsklasse, als seinem Jahresarbeitsverdienst entspricht, so ist der Arbeitgeber zu dem höheren Beitrag nur dann verpflichtet, wenn dies vereinbart worden ist, § 19. Freiwillig Versicherte haben ihre Beiträge in der Regel allein zu tragen. Nur soweit sich Versicherungsfreie während einer entgeltlichen, aber nicht bar bezahlten Beschäftigung oder während einer vorübergehenden Dienstleistung freiwillig versichern, hat der Arbeitgeber wie bei Versicherungspflichtigen die Hälfte des Beitrags zu zahlen, § 204. Diese gesetzliche Verteilung der Beitragslast kann durch vertragliche Abmachungen zwar zugunsten, nicht aber zuungunsten der Angestellten geändert werden, §§ 345, 346.

Die Beitragspflicht besteht auch in Krankheitszeiten, wenn das Gehalt fortbezogen wird. Dagegen sind Ruhegeldempfänger beitragsfrei, § 170.

**B** Die Bemessung der Beiträge erfolgt verschieden, je nachdem der Versicherte den ganzen Monat hindurch von einem Arbeitgeber beschäftigt worden ist oder nicht:

1. Ist der Angestellte den ganzen Beitragsmonat hindurch nur von einem einzigen Arbeitgeber beschäftigt worden, so ist ein Monatsbeitrag zu entrichten. Die Monatsbeiträge werden wie in der Arbeiterversicherung nach dem Prämien-durchschnittsverfahren, also unabhängig vom jeweiligen Bedarf, so hoch bemessen, daß sie mit den sonstigen Einnahmen die Lasten der Reichsversicherungsanstalt dauernd decken. Die Beiträge werden nach den Gehaltsklassen abgestuft, aber innerhalb derselben Klasse für alle Versicherten gleich bemessen. Bis auf weiteres betragen sie in den Gehaltsklassen A—I: 1,60; 3,20; 4,80; 6,80; 9,60; 13,20; 16,60; 20,00 und 26,60 M., § 172.

Alle fünf Jahre, erstmalig am 31. Dezember 1919, wird die Zulänglichkeit der Beiträge nachgeprüft. Zu diesem Zwecke stellt die Reichsversicherungsanstalt eine versicherungstechnische Bilanz auf<sup>1)</sup>. Ergibt diese einen Fehlbetrag, so sind durch Gesetz die Beiträge zu erhöhen. Ergibt sie einen Überschuß, so können in gleicher Weise die künftigen Leistungen erhöht werden, §§ 173, 175.

2. Beschäftigen mehrere Arbeitgeber den Versicherten während eines Monats oder findet die Beschäftigung nicht den ganzen Monat hindurch statt, so ist nicht der regelmäßige Monatsbeitrag zu entrichten. Vielmehr hat jeder Arbeitgeber 8 Hundertstel des für die Beschäftigung gezahlten Entgelts als Beitrag zu zahlen. Der für den Monat sich ergebende Beitrag ist auf 10 Pfennig aufzurunden. Übersteigen die hiernach für einen Monat eingezahlten Beiträge den Beitrag der höchsten Gehalts-

<sup>1)</sup> Den Zinsfuß für die Berechnung bestimmt der Bundesrat. Die §§ 40 und 261 des Handelsgesetzbuchs finden Anwendung, § 174.

klasse, so wird der überschießende Betrag dem Versicherten für spätere Beitragsmonate gutgeschrieben, § 177.

C. Die Entrichtung der Beiträge weicht von der in der Arbeiterversicherung vorgesehenen erheblich ab. Sie erfolgt nicht nach dem Markensystem, sondern durch bare Einzahlung der Beiträge, §§ 176—204; Bekanntmachung, betreffend die Beitragsentrichtung für die Angestelltenversicherung vom 24. Mai 1912.

1. Bei freiwilliger Weiterversicherung <sup>1)</sup> hat der Versicherte die Beiträge selbst zu entrichten, indem er sie spätestens vor Ablauf des Kalenderjahres, für das sie gelten sollen, durch die Post portofrei der Reichsversicherungsanstalt einsendet <sup>2)</sup>. Soweit der Arbeitgeber den halben Beitrag zu tragen hat (vgl. unter A) muß er ihm dem Versicherten erstatten, §§ 201, 204.
2. Bei versicherungspflichtiger Beschäftigung zahlt der Arbeitgeber <sup>3)</sup> den ganzen Beitrag an die Reichsversicherungsanstalt ein und zieht den Beitragsteil, der den Angestellten trifft, bei der Gehaltszahlung vom Gehalt ab.
  - a) Die Beiträge sind auf das Konto der Reichsversicherungsanstalt bei dem Postscheckamt Berlin einzuzahlen. Für die Einzahlung müssen sich die Arbeitgeber der für den Verkehr mit der Reichsversicherungsanstalt bestimmten Vordrucke bedienen, die nach den Bestimmungen über den Postscheckverkehr zu beziehen sind.
  - b) Die Beiträge für ganze Monate (vgl. B. Ziffer 1) sind jeweils spätestens bis zum 15. des nächsten Monats für die Reichsversicherungsanstalt einzuzahlen. Die Beiträge für Monatsanteile (vgl. B. Ziffer 2) sind bei der Zahlung des Entgelts, spätestens aber am Schlusse des Beitragsmonats zu entrichten. Unterläßt der Arbeitgeber die rechtzeitige Zahlung, so kann ihn die Reichsversicherungsanstalt mit Geldstrafe bis zu 300 M. belegen <sup>4)</sup>. Die Rückstände werden nach vorheriger Mahnung wie Gemeindeabgaben beigetrieben und haben das Vorzugsrecht des § 61 Nr. 1 der Konkursordnung. Unabhängig von der Strafe und der Nachholung der Rückstände kann die Reichsversicherungsanstalt dem Bestraften das Ein- bis Zweifache

<sup>1)</sup> In besonderen Fällen kann die Reichsversicherungsanstalt auch anderen Versicherten Zahlung der Beiträge durch die Post gestatten.

<sup>2)</sup> Bis zum Eingang der Empfangsbestätigung gilt der Postschein als Quittung. Mit Genehmigung des Bundesrats kann die Reichsversicherungsanstalt die Entrichtung der Beiträge auch anders regeln, §§ 201, 202.

<sup>3)</sup> Der Arbeitgeber darf seine Pflichten auf Betriebsleiter, Aufsichtspersonen oder andere Angestellte seines Betriebs übertragen, die dann an seiner Stelle verantwortlich sind. Vgl. darüber § 344. Über die verantwortliche Person bei juristischen Personen, Gesellschaften, Geschäftsunfähigen usw. vgl. § 343.

<sup>4)</sup> Auf Beschwerde gegen die Strafverfügung entscheidet das Schiedsgericht endgültig, § 358. Der Strafbetrag wird wie Gemeindeabgaben beigetrieben und fließt in die Kasse der Reichsversicherungsanstalt, § 359.

der Rückstände auferlegen und wie Gemeindeabgaben betreiben, §§ 181, 227, 340.

Bei der ersten Beitragsleistung hat der Arbeitgeber der Reichsversicherungsanstalt Übersichten über die für seine Angestellten zu zahlenden Beiträge einzureichen<sup>1)</sup>. Tritt später eine Änderung ein, so hat er diese spätestens mit der nächsten Beitragsleistung anzuzeigen. Auf Grund dieser Nachweise stellt die Reichsversicherungsanstalt Versicherungskonten für die Berechnung der Ansprüche der versicherten Angestellten und ihrer Angehörigen auf, §§ 181, 182.

- c) Als Quittung über die eingezahlten Beiträge dient dem Arbeitgeber der ihm verbleibende Abschnitt der Zahlkarte oder die ihm erteilte Nachricht über die Belastung seines Kontos.

Dem Angestellten dient als Quittung über die Zahlung seines Beitragsanteils an den Arbeitgeber eine Bescheinigung des Arbeitgebers in der Versicherungskarte (vgl. unter d). Diese Bescheinigung hat handschriftlich oder durch Stempel den jeweiligen Beitragsmonat, den fälligen Beitrag und bei jedem Beitrag den Namen des Arbeitgebers zu enthalten; sie ist von dem Arbeitgeber sofort nach der Einzahlung des Beitrags auszustellen.

Bei den Monatsbeiträgen (nicht aber bei den Beiträgen für Monatsteile) ist der Arbeitgeber auch berechtigt, zur Quittungsleistung besondere Quittungsmarken<sup>2)</sup> zu verwenden, die ihm auf sein Verlangen nach Eingang der Beiträge von der Reichsversicherungsanstalt übersandt werden. Die Quittungsmarken bezeichnen die Gehaltsklasse und den Geldwert des Beitrags, § 183. Sie sind sofort nach Empfang in die Versicherungskarte des Angestellten einzukleben und nach näherer Bestimmung einer noch zu erlassenden Verordnung des Bundesrats zu entwerten, § 185<sup>3)</sup>. Sobald dies ordnungsgemäß geschehen ist, gilt die Marke als Quittung für die Entrichtung des Beitrags und zwar sowohl für den Arbeitgeber als für den Angestellten. Eine weitere Bedeutung hat die Quittungsmarke aber nicht. Insbesondere ist sie niemals Zahlungsmittel, wie die Versicherungsmarken in der Arbeiterversicherung. Die Beitragsentrichtung erfolgt stets durch die bare Einzahlung.

<sup>1)</sup> Die Einrichtung der Übersichten bestimmt der Bundesrat, § 191. Bewußt unrichtige oder unvollständige Ausfüllung ist strafbar; vgl. die §§ 339, 358, 359.

<sup>2)</sup> Die Echtheit der Marken ist durch Strafvorschriften geschützt, die ihre Fälschung und Verfälschung und damit zusammenhängende Tatbestände mit Gefängnis, Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte, Geldstrafe und Einziehung bedrohen, §§ 354—357.

<sup>3)</sup> Zuwiderhandlungen gegen die Entwertungsbestimmungen kann der Bundesrat mit Geldstrafe bis zu 30 M bedrohen, § 185 Abs. II.

d) Die Versicherungskarte entspricht der Quittungskarte in der Arbeiterversicherung. Sie enthält Jahr und Tag ihrer Ausstellung und bietet mindestens Raum für 48 Marken. Ihre weitere Einrichtung bestimmt der Bundesrat nach Anhören der Reichsversicherungsanstalt, §§ 191—193. Die Karte darf nur die gesetzlich vorgeschriebenen Angaben enthalten und keine besonderen Merkmale tragen; vor allem darf aus ihr nichts über Führung und Leistungen des Inhabers zu entnehmen sein, § 198. Wer Versicherungskarten mit unzulässigen Eintragungen oder besonderen Merkmalen versieht, oder wer den Vordruck in Versicherungskarten fälschlich ausfüllt oder die Eintragungen verfälscht, kann vom Rentenausschuß mit Geldstrafe bis zu 20 M. bestraft werden, § 347<sup>1)</sup>. Erfolgte die Kennzeichnung oder Fälschung in der Absicht, den Angestellten Arbeitgebern gegenüber kenntlich zu machen, so tritt Geldstrafe bis zu 2000 M. oder Gefängnis bis zu 6 Monaten, bei mildernden Umständen auch Haft ein. Eine Verfolgung wegen Urkundenfälschung findet nur statt, wenn die Fälschung in der Absicht begangen ist, sich oder einem andern einen Vermögensvorteil zu verschaffen oder einen anderen zu schädigen, § 348 Abs. II.

Der Angestellte muß sich die Versicherungskarte bei der von der obersten Verwaltungsbehörde bestimmten Ausgabestelle<sup>2)</sup> ausstellen lassen. Die Ausstellung ist von dem Angestellten mittels Aufnahmekarte, die über Alter, Familienverhältnisse und Gehaltsbezüge Aufklärung geben muß, bei der Ausgabestelle zu beantragen<sup>3)</sup>. Die Ausgabestelle kann ihn dazu durch Geldstrafe bis zu 10 M. anhalten. Hat er keine Versicherungskarte oder verweigert er ihre Vorlage, so kann sie der Arbeitgeber beschaffen, § 188.

Die Versicherungskarte ist höchstpersönliches Eigentum des Versicherten. Von den zuständigen Stellen abgesehen, darf niemand eine Versicherungskarte wider den Willen des Angestellten zurückbehalten. Zuwiderhandlung macht für allen Schaden verantwortlich und kann mit Geldstrafe bis zu 300 M. oder Haft bestraft werden. Außerdem zieht die Ortspolizeibehörde die Karte zwangsweise ein und händigt sie dem Berechtigten aus, §§ 199, 341 Nr. 2.

Die Versicherungskarte soll binnen fünf Jahren nach dem Tage der Ausstellung durch eine neue ersetzt werden. Die Ortspolizeibehörde kann den Versicherten hierzu durch Geldstrafen

<sup>1)</sup> Gegen die Entscheidung des Rentenausschusses findet Beschwerde an die Reichsversicherungsanstalt statt. Diese entscheidet endgültig, § 347 Abs. III.

<sup>2)</sup> In den Schutzgebieten bestimmt der Reichskanzler die Ausgabestellen, § 194 Abs. II.

<sup>3)</sup> Die Ausgabestelle sendet die Aufnahmekarten am Schlusse jeden Monats an die Reichsversicherungsanstalt, § 189.

bis zu 10 M. anhalten. Gegen eine neue Aufnahmekarte kann der Versicherte stets eine neue Versicherungskarte verlangen. Verlorene, unbrauchbar gewordene oder zerstörte Karten werden durch neue ersetzt. Nachweisbar entrichtete Beiträge werden in die neue Karte beglaubigt übertragen. Die Reichsversicherungsanstalt wird, wenn nicht die unbrauchbar gewordene Karte vorgelegt wird, zuvor gehört und jedenfalls nachher durch eine neue Aufnahmekarte von der Übertragung unterrichtet, §§ 190, 195, 197.

- e) Die Versicherungspflichtigen müssen sich bei der Gehaltszahlung die Hälfte der Beiträge und, soweit sie über die gesetzliche Lohnklasse hinaus versichert sind, ohne dies mit dem Arbeitgeber vereinbart zu haben, auch den Mehrbetrag vom Gehalt abziehen lassen. Die Arbeitgeber dürfen nur auf diesem Wege den Beitragsteil der Versicherten wieder einziehen<sup>1)</sup>. Die Abzüge sind auf die Gehaltszeiten gleichmäßig zu verteilen und die Teilbeträge auf volle 10 Pfennig aufzurunden. Sind die Abzüge bei einer Gehaltszahlung unterblieben, so dürfen sie nur noch bei der nächsten Gehaltszahlung nachgeholt werden, es sei denn, daß die nachträgliche Entrichtung der Beiträge vom Arbeitgeber nicht verschuldet ist, §§ 178, 179. Machen Arbeitgeber oder ihre Vertreter vorsätzlich unzulässige Abzüge, so werden sie, sofern nicht ein strengeres Strafgesetz verletzt ist, mit Geldstrafe bis zu 300 M. oder Haft bestraft, § 341 Nr. 1. Verwenden Arbeitgeber die abgezogenen Beitragsteile vorsätzlich nicht für die Versicherung, so werden sie mit Gefängnis, Geldstrafe und Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte bestraft, § 342.

D. Die einmal entstandene Verpflichtung oder Berechtigung zur Beitragsleistung dauert nicht unbegrenzt fort. Sie ist vielmehr an bestimmte zeitliche Schranken gebunden, über die hinaus weder eine zwangsweise Beitreibung, noch eine freiwillige Entrichtung zulässig ist.

1. Die einem Arbeitgeber obliegende Pflicht zur Beitragsleistung erlischt mit dem Ablauf von zwei Jahren. Die Frist beginnt mit dem Ende des Kalenderjahres, in dem der Beitrag fällig geworden ist. Die Frist wird unterbrochen, wenn die zuständige Stelle den Arbeitgeber mahnt oder wenn der Arbeitgeber oder Versicherte sich dieser Stelle gegenüber zur Nachentrichtung bereit erklären oder wenn ein Beitragsstreit oder ein Streitverfahren anhängig wird. Nach der Beendigung der Unterbrechung beginnt eine neue Frist, §§ 228, 207.

---

<sup>1)</sup> Die oberste Verwaltungsbehörde kann bestimmen, wie der Beitragsteil zu erstatten ist, wenn der Entgelt nur in Sachbezügen besteht oder von Dritten gewährt wird (wie z. B. bei Kellnern), § 180.



2. Die Berechtigung zur Nachentrichtung von Beiträgen ist verschieden, je nachdem es sich um Pflichtbeiträge oder um freiwillige Beiträge handelt.

- a) Pflichtbeiträge werden zurückgewiesen, wenn sie nach Ablauf von zwei Jahren, falls aber die Beitragsleistung ohne Verschulden der Beteiligten unterblieben ist, nach Ablauf von vier Jahren seit der Fälligkeit entrichtet werden, § 205.
- b) Freiwillige Beiträge dürfen nur bis zum Ablauf des Kalenderjahres, für das sie gelten sollen, entrichtet werden. Nach Eintritt der dauernden oder vorübergehenden Berufsunfähigkeit ist ihre Entrichtung überhaupt nicht mehr zulässig. Diese Tatbestände schließen also nicht nur die fernere Beitragsleistung, sondern auch die Nachentrichtung freiwilliger Beiträge für die Zeit vor ihrem Eintritt aus, §§ 201, 206.

Beiträge, die unter Verletzung dieser Fristen beigebracht werden, sind unwirksam und begründen keine Ansprüche. Die Entrichtung gilt jedoch als rechtzeitig, wenn der Arbeitgeber noch innerhalb der Frist von der zuständigen Stelle gemahnt worden ist, oder wenn der Arbeitgeber oder Versicherte sich der zuständigen Stelle gegenüber zur Nachentrichtung bereit erklärt haben und die Beiträge in angemessener Frist tatsächlich entrichtet worden sind. Zeiten, in denen ein Streitverfahren über Beiträge oder Entschädigung anhängig war, werden in die Frist nicht eingerechnet, § 207.

- E. Die Beitragsentrichtung schafft nur dann anrechnungsfähige Beitragsmonate, wenn tatsächlich Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung besteht. Im Entschädigungsverfahren muß daher nicht nur geprüft werden, ob die erforderliche Anzahl von Beiträgen geleistet ist, sondern auch, ob sie nach den gesetzlichen Vorschriften geleistet werden durften. Diese Prüfung ist jedoch zugunsten der Versicherten eingeschränkt. Hat nämlich die Reichsversicherungsanstalt nicht innerhalb eines Jahres nach der Einzahlung der Beiträge die Versicherungspflicht oder das Recht zur freiwilligen Versicherung beanstandet, so steht die rechtsgültige Verwendung der Beiträge fest, und der Rentenanspruch kann nicht mit der Begründung abgelehnt werden, daß die Beiträge zu Unrecht entrichtet seien. Die Frage, ob Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung bestanden hat, bleibt aber offen, § 208.
- F. Der Anspruch auf Rückerstattung zu Unrecht entrichteter Beiträge erlischt regelmäßig in 6 Monaten nach Ablauf des Kalenderjahrs, in dem sie entrichtet worden sind, § 228 Abs. II. Ausnahmsweise gilt diese Frist nicht:
  1. wenn die Beiträge in der irrtümlichen Annahme der Versicherungspflicht entrichtet worden sind. Solche Beiträge kann der Versicherte binnen 10 Jahren nach ihrer Entrichtung zurückfordern, es sei denn, daß ihm bereits eine Entschädigung rechtskräftig bewilligt ist oder daß die Beiträge in betrügerischer

Absicht geleistet sind. Der Arbeitgeber kann die Beiträge nicht mehr zurückfordern, wenn seit der Entrichtung zwei Jahre verflossen sind oder wenn der Versicherte ihm den Wert seines Anteils erstattet hat. Werden die Beiträge nicht zurückgefordert, so gelten sie ohne weiteres als für die freiwillige Weiterversicherung entrichtet, wenn das Recht dazu in der Zeit der Entrichtung bestanden hat, § 209.

2. wenn in einem Beitragsstreitverfahren (vgl. unter H) endgültig entschieden ist, daß die Beiträge zuviel erhoben sind oder wenn die Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung außerhalb eines Beitragsstreites endgültig verneint sind. In diesen Fällen zieht der Rentenausschuß die zuviel erhobenen Beiträge auf Antrag von der Reichsversicherungsanstalt wieder ein und zahlt sie den Beteiligten zurück, §§ 212, 213.
- G. Beiträge, die zu Recht entrichtet sind, können regelmäßig nicht mehr zurückgefordert werden. Für männliche Versicherte gilt dies unbeschränkt, für weibliche Versicherte sind aber zwei Ausnahmen vorgesehen:
1. Scheidet eine Versicherte nach Ablauf der Wartezeit für das Ruhegeld (vgl. S. 256) infolge Verheiratung aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung aus, so steht ihr ein Anspruch auf Erstattung der Hälfte der für sie geleisteten Beiträge zu. Weibliche Versicherte haben also in diesem Falle die Wahl, ob sie ihre Versicherung freiwillig fortsetzen oder lediglich ihre erworbene Anwartschaft aufrecht erhalten oder eine Leibrente oder schließlich Beitragsersatzung beanspruchen wollen. Wählen sie die Beitragsersatzung, so sind damit alle weiteren Ansprüche an die Reichsversicherungsanstalt ausgeschlossen, § 62.
  2. Stirbt eine weibliche Versicherte nach Ablauf der Wartezeit von 60 Beitragsmonaten vor Gewährung eines Ruhegelds oder einer Leibrente, so erhalten nacheinander der Ehegatte, die Kinder, der Vater, die Mutter und schließlich die Geschwister die Hälfte der bis zum Tode entrichteten Beiträge zurück. Der Anspruch setzt voraus, daß diese Personen mit der Versicherten zur Zeit ihres Todes in häuslicher Gemeinschaft gelebt haben oder von ihr wesentlich aus ihrem Arbeitsverdienst unterhalten worden sind und ferner, daß infolge des Todes keine Ansprüche auf Hinterbliebenenrente entstehen. Der Anspruch erlischt, wenn er nicht innerhalb eines Jahres nach dem Tode der Versicherten geltend gemacht wird, § 60.
- Statt der Rückerstattung kann die Reichsversicherungsanstalt mit Zustimmung des Berechtigten diesem eine lebenslängliche Rente gewähren. Den Tarif für die Berechnung dieser Rente setzt die Reichsversicherungsanstalt mit Genehmigung des Bundesrats fest, § 61.
- H. Streitigkeiten, die zwischen den bei der Beitragsentrichtung Beteiligten über die Beitragsleistung entstehen, werden regelmäßig

von dem für den Beschäftigungsort zuständigen Rentenausschuß und auf Beschwerde endgültig vom Schiedsgericht entschieden, § 210<sup>1)</sup>. Nur in drei Fällen greift eine abweichende Regelung Platz:

1. Streit zwischen Arbeitgebern und Angestellten über Berechnung und Anrechnung, Erstattung und Ersatz von Beiträgen entscheidet der Rentenausschuß endgültig, § 211.
2. Streit über die Wirksamkeit entrichteter Beiträge, der im Streitverfahren hervortritt, wird in diesem Verfahren mitentschieden, § 210.
3. Ansprüche auf Rückerstattung der für weibliche Versicherte entrichteten Beiträge (vgl. unter G) werden wie die Entschädigungsleistungen im Streitverfahren festgestellt; vgl. S. 395 ff.

Ist der Streit endgültig erledigt, so sorgt der Rentenausschuß dafür, daß zu wenig erhobene Beiträge nachgeleistet werden. Zuviel erhobene Beiträge zieht er auf Antrag von der Reichsversicherungsanstalt wieder ein und zahlt sie den Beteiligten unter Vernichtung der Marken zurück, § 212.

- J. Die Reichsversicherungsanstalt überwacht die rechtzeitige und vollständige Entrichtung der Beiträge. Sie kann die Überwachung auch dem Rentenausschuß übertragen, § 214.

Arbeitgeber und Versicherte müssen dem für den Beschäftigungsort zuständigen Rentenausschuß, der Reichsversicherungsanstalt selbst und den Beauftragten beider die erforderlichen Auskünfte erteilen und auf Verlangen die Versicherungskarten gegen Empfangsbescheinigung zur Prüfung und Berichtigung vorlegen. Der Rentenausschuß kann die Erfüllung dieser Pflichten durch Geldstrafen bis zu je 150 M. erzwingen<sup>2)</sup>. Überwachungskosten, die durch Pflichtversäumnis eines Arbeitgebers entstanden sind, können diesem auferlegt und wie Gemeindeabgaben beigetrieben werden, §§ 215, 217<sup>2)</sup>.

Die Reichsversicherungsanstalt kann mit Genehmigung und muß auf Anordnung des Reichskanzlers Überwachungsvorschriften erlassen. Der Rentenausschuß kann Arbeitgeber und Versicherte zur Befolgung solcher Vorschriften durch Geldstrafen bis zu je 150 M. anhalten, § 216<sup>3)</sup>.

Ergibt die Überwachung Unrichtigkeiten der Versicherungskarten, so werden diese nach Einwilligung der Beteiligten oder nach Schluß des Streitverfahrens von den überwachenden Behörden oder Beauftragten berichtet, § 218.

<sup>1)</sup> Handelt es sich um eine noch nicht feststehende Auslegung gesetzlicher Vorschriften von grundsätzlicher Bedeutung, so gibt das Schiedsgericht die Sache auf Antrag an das Oberschiedsgericht ab, das dann an Stelle des Schiedsgerichts entscheidet; vgl. S. 423; vgl. auch § 210 Abs. III. (Mitentscheidung über die Versicherungspflicht nach der Arbeiterversicherung).

<sup>2)</sup> Auf Beschwerde entscheidet das Schiedsgericht endgültig.

<sup>3)</sup> Freiwillig Versicherte können von der Ortpolizeibehörde durch Geldstrafen bis zu 10 M. dazu angehalten werden, der Reichsversicherungsanstalt über ihre Familienverhältnisse Auskunft zu geben, § 203.

## § 2.

**Verwaltung der Mittel.**

1. Die Verwaltung der Mittel erfolgt durch das Direktorium. Jedoch hat der Verwaltungsrat den Voranschlag festzusetzen und den Rechnungsabschluß und die Bilanz abzunehmen, § 108. Die Rechnungen der Reichsversicherungsanstalt über ihre persönlichen und sachlichen Verwaltungskosten werden durch den Rechnungshof des Deutschen Reichs geprüft, § 107.

Die Einnahmen und Ausgaben der Reichsversicherungsanstalt sind gesondert zu verrechnen, § 219. Jedes Jahr sind die Bücher abzuschließen und eine übersichtliche Bilanz aufzustellen<sup>1)</sup>. Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr. Der Rechnungsabschluß und ein Geschäftsbericht sind dem Reichskanzler und dem Reichstage vorzulegen. In Zeitabschnitten von je fünf Jahren ist die ordentliche versicherungstechnische Bilanz beizufügen, §§ 105, 106.

2. Die Mittel der Reichsversicherungsanstalt dürfen nur zu den gesetzlich zugelassenen Zwecken verwendet werden. Zulässig sind nur Aufwendungen
  - a) für die gesetzlich vorgeschriebenen Leistungen,
  - b) für die gesetzlich ausdrücklich zugelassenen Leistungen (z. B. Anstaltspflege, Heilverfahren),
  - c) für die Verwaltungskosten, wozu auch die Gehälter der Angestellten gehören, § 219.
3. Die Bemessung der Beiträge nach dem Prämiendurchschnittsverfahren führt zur Ansammlung eines großen Vermögens. Für die Anlegung dieses Vermögens gelten folgende Vorschriften:
  - a) Mindestens ein Viertel des Vermögens muß in Anleihen des Reichs oder der Bundesstaaten angelegt werden, § 226.
  - b) Mindestens drei Viertel des Vermögens müssen wie Mündelgeld (§§ 1807, 1808 BGB.) verzinslich angelegt werden. Außerdem dürfen sie in Wertpapieren, die landesgesetzlich zur Anlegung von Mündelgeld zugelassen sind, sowie in solchen auf den Inhaber lautenden Pfandbriefen deutscher Hypotheken - Aktienbanken angelegt werden, welche die Reichsbank in Klasse I beleiht, § 220<sup>2)</sup>. Der Reichskanzler kann schließlich auch sonstige kündbare oder einer regelmäßigen Tilgung unterliegende Darlehen an Gemeinden, Gemeindeverbände, Schul- oder Kirchengemeinden genehmigen und die Anlage in einzelnen Gattungen zinstragender Papiere auf einen bestimmten Betrag beschränken. Er kann auch widerprüflich gestatten, daß zeitweilig verfügbare Bestände anders angelegt werden, § 224.
  - c) Ein Viertel des Vermögens kann mit Zustimmung des Reichskanzlers in anderer Weise angelegt werden. Eine solche Anlage

<sup>1)</sup> Der Bundesrat erläßt nähere Vorschriften hierüber.

<sup>2)</sup> Nähere Bestimmungen über die Zulässigkeit dieser Anlagen enthalten die §§ 221—223.

darf regelmäßig nur in Wertpapieren erfolgen. In anderer Weise ist sie nur für Verwaltungszwecke, zur Vermeidung von Vermögensverlusten oder für Unternehmungen zulässig, die ausschließlich oder überwiegend den Versicherten zugute kommen (z. B. Darlehen zur Errichtung von Heilstätten), § 225.

### § 3.

#### Heilverfahren.

Die Reichsversicherungsanstalt kann Heilverfahren einleiten, um bei bestimmten einzelnen Versicherten die Berufsunfähigkeit zu verhüten oder zu beseitigen. Dagegen ist die Verwendung von Mitteln zu allgemeinen gesundheitlichen Maßnahmen, wie sie in der Arbeiterversicherung vorgesehen ist, nicht gestattet.

Das Heilverfahren ist entweder ein vorbeugendes oder ein wiederherstellendes. Das vorbeugende Heilverfahren ist zulässig, um die infolge einer Erkrankung drohende Berufsunfähigkeit eines Versicherten<sup>1)</sup> abzuwenden. Das wiederherstellende Heilverfahren setzt voraus, daß dadurch ein Ruhegeldempfänger voraussichtlich wieder berufsfähig wird, § 36.

Zur Entgegennahme von Anträgen auf Einleitung eines Heilverfahrens ist der Rentenausschuß berufen. Er hat den Sachverhalt klarzustellen und auch selbständig der Reichsversicherungsanstalt Fälle mitzuteilen, in denen ein Heilverfahren angezeigt erscheint, § 122 Nr. 3.

Die Einleitung eines Heilverfahrens liegt im freien Ermessen der Reichsversicherungsanstalt. Der Erkrankte hat niemals Anspruch auf ein Heilverfahren. Wohl aber ist er verpflichtet, sich dem Heilverfahren zu unterziehen. Nur wenn er verheiratet ist und mit seiner Familie zusammenlebt, wenn er einen eigenen Haushalt hat oder wenn er Mitglied des Haushaltes seiner Familie ist, so bedarf die Unterbringung in ein Krankenhaus oder in ein Genesungsheim seiner Zustimmung<sup>2)</sup>. Entzieht sich ein Erkrankter ohne gesetzlichen oder sonst triftigen Grund<sup>3)</sup> einem Heilverfahren, das die Berufsunfähigkeit voraussichtlich verhütet oder beseitigt hätte, so kann das Ruhegeld auf Zeit ganz oder teilweise versagt werden, nachdem er auf diese Folge hingewiesen worden ist; vgl. S. 266; §§ 37, 39.

Während des Heilverfahrens hat der Erkrankte Anspruch auf Hausgeld, wenn er bisher Angehörige ganz oder überwiegend aus seinem Arbeitsverdienst unterhalten hat. Das Hausgeld soll den entgehenden Gehalt ersetzen. Es fällt deshalb weg, solange und soweit Lohn und Gehalt auf Grund eines gesetzlichen oder vertraglichen Anspruchs fortgezahlt wird. Das Hausgeld beträgt täglich mindestens drei Zwanzigstel des zuletzt gezahlten Monatsbeitrags, § 38.

<sup>1)</sup> Auch vor der Erfüllung der Wartezeit; nicht aber nach dem Erlöschen der Anwartschaft.

<sup>2)</sup> Bei einem Minderjährigen genügt seine Zustimmung.

<sup>3)</sup> Ein triftiger Grund ist auch die Gefährlichkeit einer Operation.

Ein Anspruch auf Ruhegeld besteht während des Heilverfahrens zunächst weiter. Die Reichsversicherungsanstalt ist aber berechtigt, während der Dauer einer Anstaltbehandlung das Ruhegeld ganz oder teilweise zu versagen, § 38 Abs. III.

Streitigkeiten, die anlässlich des Heilverfahrens zwischen der Reichsversicherungsanstalt und dem Versicherten entstehen, entscheidet das Schiedsgericht endgültig, § 41.

Versicherten Angestellten, die zugleich auch der Arbeiterversicherung<sup>1)</sup> unterliegen, kann sowohl von der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte als von der Versicherungsanstalt der Arbeiterversicherung ein Heilverfahren zugewendet werden. Beide Versicherungsträger können sich auch dahin einigen, daß einer von ihnen die Durchführung des Heilverfahrens gegen Erstattung eines Teils der Kosten durch den andern übernimmt. Ohne solche Einigung stehen ihnen gegenseitige Ersatzansprüche nicht zu, § 43. Hat eine Versicherungsanstalt selbständig ein Heilverfahren eingeleitet, so wird dadurch ein solches der Reichsversicherungsanstalt ausgeschlossen. Läßt die Reichsversicherungsanstalt ein Heilverfahren eintreten, so kann sie während der Dauer von Barbezügen aus der Arbeiterversicherung die Zahlung des Hausgelds oder des Ruhegelds bis zur Höhe dieser Barbezüge versagen. Der Versicherte erhält dann also aus der Arbeiterversicherung seine ganze Entschädigung ungekürzt, sein Ruhegeld oder Hausgeld aber nur insoweit, als es die Leistungen der Arbeiterversicherung übersteigt, §§ 36, 40, 43.

### Kapitel III.

## Sonstige Versicherungseinrichtungen.

### § 1.

#### Ersatzkassen.

Die Ersatzkassen sind zugelassene Versicherungseinrichtungen, die ausnahmsweise an die Stelle der Reichsversicherungsanstalt treten. Die Versicherung bei einer Ersatzkasse befreit also von der Zugehörigkeit zur Reichsversicherung. Es handelt sich dabei teils um privatrechtliche, teils um öffentlichrechtliche Einrichtungen.

A. Als privatrechtliche Ersatzkassen können Fabrik-, Betriebs-, Haus-, Seemanns- und ähnliche Kassen für eine oder mehrere Unternehmungen zugelassen werden, außerdem Wohlfahrtseinrichtungen und solche Versicherungseinrichtungen, welche auf versicherungspflichtige Angestellte beschränkt sind<sup>2)</sup>, §§ 372, 365, 370.

1. Um als Ersatzkasse zugelassen zu werden, muß eine Versicherungseinrichtung folgende Voraussetzungen erfüllen:

<sup>1)</sup> Die Versicherung bei knappschaftlichen Krankenkassen und Ersatzkassen steht gleich, § 42.

<sup>2)</sup> Einrichtungen, die von Gemeindeverbänden verwaltet werden, können sich auch auf andere Personen erstrecken, §§ 372, 370 Abs. II.

- a) Sie muß schon vor dem 5. Dezember 1911 (Tag der Annahme des Gesetzes im Reichstag) bestanden haben, § 372.
- b) Sie muß bei Stellung des Zulassungsantrags rechtsfähig sein, § 372.
- c) Sie muß sämtliche Versicherungspflichtigen umfassen, die bei den Unternehmungen beschäftigt sind, für die sie errichtet ist<sup>1)</sup>. Dieser Voraussetzung wird aber auch dann genügt, wenn in einem Betrieb mehrere Kassen vorhanden sind und jeder versicherungspflichtige Angestellte des Betriebs mindestens einer dieser Kassen angehört. Bei Kassen, die für mehrere Unternehmungen errichtet sind, befreit der Beitritt einer neuen Unternehmung die Angestellten dieser Unternehmung nur dann von der reichsgesetzlichen Versicherung, wenn die beigetretene Unternehmung der Kasse gegenüber bereits am 5. Dezember 1911 zur Versicherung der Mehrheit oder einer bestimmten Gruppe ihrer Angestellten verpflichtet war, § 374.
- d) Die Kassenleistungen müssen den Leistungen der Reichsversicherungsanstalt mindestens gleichwertig<sup>2)</sup> und in dieser Höhe gewährleistet<sup>3)</sup> sein. Die Übertragung, Verpfändung, Pfändung und Aufrechnung der Ansprüche ist in der gleichen Weise beschränkt, wie bei den gesetzlichen Entschädigungsansprüchen. Dagegen unterliegen etwaige höhere Leistungen der Ersatzkassen diesen Beschränkungen nicht, §§ 375, 379, 371.
- e) Den Versicherten muß bei der Verwaltung der Kasse und bei der Feststellung der Kassenleistungen die gleiche Mitwirkung eingeräumt sein, wie in der Angestelltenversicherung. Die Wahl der Versicherungsvertreter muß geheim sein, § 378 Abs. I.
- f) Die Beiträge der Arbeitgeber zu den Kassen müssen mindestens den reichsgesetzlichen Arbeitgeberbeiträgen und, soweit die Beiträge der Versicherten höher sind, diesen gleichkommen. Hat der Arbeitgeber der Kasse freiwillig besondere Zuwendungen gemacht, so werden diese auf die Beiträge der Arbeitgeber und Versicherten gleichmäßig angerechnet. Die Anerkennungsgebühr zur Erhaltung der Anwartschaft<sup>4)</sup> darf nicht mehr als 3 M. betragen, §§ 377, 373 Abs. II, 172 Abs. II.

---

<sup>1)</sup> Soweit sie nicht wegen Abschlusses eines Lebensversicherungsvertrags von der Beitragsleistung befreit sind; vgl. S. 288 ff.

<sup>2)</sup> Über die Gleichwertigkeit der Leistungen hinsichtlich des Heilverfahrens gibt das Gesetz besondere Vorschriften; vgl. § 375 Abs. I Satz 2.

<sup>3)</sup> Die Gewährleistung kann auch durch Sicherstellung bei einem vom Reichskanzler als leistungsfähig anerkannten Rückversicherungsverband erfolgen; vgl. darüber § 375 Abs. II.

<sup>4)</sup> Vgl. S. 257.

- g) Mindestens ein Viertel des für die Angestelltenversicherung bestimmten Kassenvermögens muß in Anleihen des Reichs oder eines Bundesstaats angelegt sein. Bis zur Erreichung dieses Bestands ist mindestens ein Drittel des jährlichen Vermögenszuwachses entsprechend anzulegen, § 381.
2. Der Zulassungsantrag ist von dem Vorstand der Versicherungseinrichtung oder von der Mehrheit der bei ihr versicherten Angestellten vor dem 1. Januar 1913 bei dem Bundesrat zu stellen. Während des Zulassungsverfahrens sind die Kassenmitglieder bereits von der reichsgesetzlichen Beitragsleistung befreit. Um nun die Nachentrichtung der Beiträge für den Fall der Nichtzulassung sicher zu stellen, müssen die Versicherungseinrichtungen eine von dem Bundesrat zu bestimmende Sicherheit bei der Reichsversicherungsanstalt hinterlegen. Wird dann der Antrag abgelehnt, so werden aus dieser Sicherheit die rückständigen Beiträge samt Zins und Zinseszins nachgezahlt. Streit über die Höhe der Nachzahlung entscheidet das Oberschiedsgericht, §§ 372, 373.
3. Durch die Zulassung werden die Kasseneinrichtungen zu Ersatzkassen und die Beteiligung bei ihnen steht der Versicherung bei der Reichsversicherungsanstalt gleich. Damit die Angestellten beim Übergang von einer Ersatzkasse zu einer andern oder zu der Reichsversicherungsanstalt keinen Schaden erleiden, werden ihnen bei der Berechnung der Wartezeit für das Ruhesgeld und die Hinterbliebenenrenten die seit dem Inkrafttreten des Gesetzes bei der Reichsversicherungsanstalt und bei einer Ersatzkasse zurückgelegten Zeiten in gleicher Weise angerechnet.

Jede Ersatzkasse hat bei Austritt eines Kassenmitglieds innerhalb eines Monats der Reichsversicherungsanstalt eine Bescheinigung<sup>1)</sup> zu übersenden, die über die Dauer der Mitgliedschaft und die Gehaltsklassen Auskunft gibt, denen das Mitglied bei der Reichsversicherungsanstalt angehört hätte. Eine gleiche Bescheinigung erhält die Reichsversicherungsanstalt, wenn ein Ersatzkassenmitglied stirbt oder berufsunfähig wird. Auf diese Weise kann die bei Ersatzkassen zurückgelegte Wartezeit bei der Festsetzung der Entschädigung stets berücksichtigt werden. Wird die Bescheinigung nicht rechtzeitig übersandt, so kann die Reichsversicherungsanstalt Geldstrafen bis zu 20 M. verhängen<sup>2)</sup>, die wie Gemeindeabgaben begetrieben werden, §§ 373, 380, 383, 386.

Hinsichtlich der Feststellung der Entschädigungsleistungen ist zu unterscheiden:

- a) Hat der Versicherte immer nur derselben Ersatzkasse angehört, so scheidet die Reichsversicherungsanstalt völlig

<sup>1)</sup> Form und Inhalt dieser Bescheinigung bestimmt der Bundesrat, § 385.

<sup>2)</sup> Auf Beschwerde entscheidet der Reichskanzler endgültig, § 386 Abs II.



aus und die Feststellung der Kassenleistungen erfolgt nicht durch den Rentenausschuß. Dagegen ist das Rechtsmittelverfahren ebenso geregelt wie in der Angestelltenversicherung. Es findet also zunächst Berufung an das Schiedsgericht und in den gesetzlich vorgesehenen Fällen Revision an das Oberschiedsgericht statt. Zu den Kosten dieser Behörden müssen die Ersatzkassen einen vom Bundesrat zu bestimmenden Pauschbetrag leisten, § 378 Abs. II, III.

- b) War der Versicherte aber nach dem Inkrafttreten des Gesetzes bei mehreren Ersatzkassen oder bei der Reichsversicherungsanstalt und bei Ersatzkassen versichert, so ist den Entschädigungsberechtigten gegenüber nur die Reichsversicherungsanstalt zur Entschädigung verpflichtet. Die Leistungen werden dann unter Zuziehung der beteiligten Ersatzkassen durch den zuständigen Rentenausschuß festgesetzt<sup>1)</sup> und zur Zahlung angewiesen. Soweit die festgesetzten Leistungen auf die Beitragsleistung bei Ersatzkassen entfallen, haben diese Kassen der Reichsversicherungsanstalt das entsprechende Deckungskapital<sup>2)</sup> zu überweisen<sup>3)</sup>. Streit über die Höhe des Deckungskapitals entscheidet das Oberschiedsgericht, §§ 382 Abs. I, 384.

Soweit die Reichsversicherungsanstalt Leistungen gewährt, werden also die Ersatzkassen von ihrer Verpflichtung den Berechtigten gegenüber frei. Nur soweit die Leistungen der Ersatzkasse die reichsgesetzlichen Entschädigungsleistungen übersteigen, haben die Ersatzkassen diesen Überschuß selbständig zu gewähren, § 382 Abs. II.

4. Wird eine Ersatzkasse aufgelöst oder ihre Zulassung als Ersatzkasse zurückgezogen, so geht die Verpflichtung zur Befriedigung der Entschädigungsansprüche auf die Reichsversicherungsanstalt über. Diese erhält aus dem Vermögen der Kasse die den Verpflichtungen entsprechende Prämienreserve überwiesen. Bei Streit entscheidet das Oberschiedsgericht, § 376.
- B. Öffentlichrechtliche Pensionseinrichtungen und solche zur Invaliden-, Alters- und Hinterbliebenenfürsorge bestimmte Kassen, für welche nach Ortsstatut eine Beitragspflicht besteht, können unter den gleichen Voraussetzungen und mit den gleichen Folgen wie privatrechtliche Versicherungseinrichtungen als Ersatzkassen zugelassen werden. Nur insofern besteht ein Unterschied, als gegen die Festsetzung von Kassenleistungen nicht die Rechtsmittel bei den Behörden der Angestelltenversicherung zulässig sind,

<sup>1)</sup> Gegen die Festsetzung können auch die Ersatzkassen Rechtsmittel einlegen.

<sup>2)</sup> Die Grundsätze für die Berechnung des Deckungskapitals bestimmt der Bundesrat, § 385.

<sup>3)</sup> Nötigenfalls wird dieses wie Gemeindeabgaben beigetrieben, § 384 Abs. III.

sondern das in den maßgebenden öffentlichrechtlichen Normen vorgesehene Verfahren Platz greift, § 389.

Eine besondere Regelung ist für Knappschaftsvereine<sup>1)</sup> oder Vereinigungen an solchen vorgesehen. Sie werden auf ihren Antrag vom Bundesrat als Ersatzkassen zugelassen, wenn sie hinsichtlich der Leistungen, der Beiträge und der Vermögensanlage den für privatrechtliche Ersatzkassen aufgestellten Bedingungen entsprechen. Auf Antrag der Mehrheit der bei dem Knappschaftsverein versicherten Angestellten kann der Bundesrat nach Anhörung des Vorstands die Zulassung aussprechen. Die Rechtswirkungen der Zulassung sind auch hier die gleichen wie bei privatrechtlichen Ersatzkassen (vgl. oben A Ziff. 3), § 388.

## § 2.

### Zuschußkassen.

Die Zuschußkassen treten nicht wie die Ersatzkassen an die Stelle der Reichsversicherungsanstalt, sondern ergänzend neben sie. Auch sie sind teils privatrechtliche, teils öffentlichrechtliche Einrichtungen.

1. Privatrechtliche Zuschußkassen. Werden die in § 1 behandelten Versicherungseinrichtungen nicht als Ersatzkassen zugelassen, so stehen ihre Invaliden-, Alters- und Hinterbliebenenunterstützungen selbständig neben den Leistungen der Angestelltenversicherung. Um nun doppelte Leistungen und eine Überlastung der Versicherten durch die Beiträge zu verhüten, sieht das Gesetz eine Art Rückversicherung der Zuschußkassen bei der Reichsversicherungsanstalt vor. Sie erfolgt in der Weise, daß die Zuschußkasse an Stelle des Versicherten die Beiträge an die Reichsversicherungsanstalt entrichtet<sup>2)</sup> und dafür die von der Reichsversicherungsanstalt zu gewährende Entschädigung auf ihre satzungsgemäßen Leistungen anrechnet. Der Entschädigungsberechtigte zahlt also lediglich die Beiträge an die Zuschußkasse und erhält die reichsgesetzliche Entschädigung in ihrer vollen Höhe, die Kassenleistung aber nur insoweit, als sie die reichsgesetzliche Entschädigung übersteigt, §§ 365, 370.

Diese Regelung setzt voraus, daß die Zuschußkasse nur für versicherte Angestellte errichtet ist oder daß ein Vermögensteil für die Angestelltenversicherung ausgeschieden und besonders verwaltet wird, außerdem, daß die Arbeitgeber Zuschüsse zu der Kasse zahlen, die mindestens der Hälfte der gesetzlichen Beiträge gleichkommen. Die Regelung erfolgt durch Änderung der bestehenden Kassensatzung; die Änderung bedarf der Genehmigung der zuständigen Aufsichtsbehörde. Diese Behörde kann die Änderung auch

<sup>1)</sup> Über Knappschaftsvereine vgl. oben S. 148, 149.

<sup>2)</sup> Über diese Beitragsleistung kann der Bundesrat nähere Bestimmungen treffen, § 368 Abs. I.

selbst vornehmen, wenn die Kasse den Antrag der beteiligten Arbeitgeber oder der Mitgliedermehrheit ablehnt, §§ 365, 369 Abs. I<sup>1)</sup>).

Die Leistungen der Zuschußkassen werden in ihrer vollen satzungsgemäßen Höhe in dem Streitverfahren der Angestelltenversicherung, also von dem Rentenausschuß festgestellt<sup>2)</sup>. Die Auszahlung der Leistungen ist jedoch verschieden geregelt, je nachdem eine oder mehrere Zuschußkassen beteiligt sind.

- a) Ist nur eine Zuschußkasse beteiligt, so überweist die Reichsversicherungsanstalt ihre Entschädigung nicht dem Entschädigungsberechtigten selbst, sondern der Zuschußkasse und diese zahlt dem Entschädigungsberechtigten die reichsgesetzliche Entschädigung zusammen mit dem von ihr zu tragenden Zuschuß. Auf Antrag zahlt die Reichsversicherungsanstalt ihre Entschädigung aber auch durch die Post unmittelbar an den Berechtigten. Beitragerstattungen und Leibrenten gewährt sie stets unmittelbar, § 365 Abs. I.
- b) Kommen mehrere Zuschußkassen in Frage, die für den Berechtigten Beiträge zur Reichsversicherungsanstalt entrichtet haben, so teilt die Reichsversicherungsanstalt jeder einzelnen Kasse den für sie in Anrechnung kommenden, auf die entrichteten Beiträge entfallenden Betrag ihrer Entschädigung mit. Der Gesamtbetrag der reichsgesetzlichen Leistungen wird in diesem Falle dem Berechtigten auf Anweisung der Reichsversicherungsanstalt durch die Post gezahlt; die Zuschußkassen zahlen nur den sie treffenden Überschuß, § 365 Abs. II.

Tritt innerhalb der ersten 10 Jahre nach dem Inkrafttreten des Gesetzes ein entschädigungspflichtiger Tatbestand ein, und ist die Zuschußkasse leistungspflichtig, die Reichsversicherungsanstalt aber wegen Nichterfüllung der Wartezeit nicht, so leistet die Reichsversicherungsanstalt zur Bestreitung der Kassenleistungen einen einmaligen Zuschuß<sup>3)</sup> in Höhe der entrichteten Nettobeiträge einschließlich Zins und Zinseszins. Streit über diesen Zuschuß entscheidet das Oberschiedsgericht, § 366.

Muß sich eine Zuschußkasse aus irgend einem Grunde auflösen, so ist sie berechtigt, die satzungsgemäßen Leistungen, welche sie vor dem Inkrafttreten des Gesetzes bewilligt hat, gegen Einzahlung

---

<sup>1)</sup> Für Kassen, deren Geschäftsbetrieb über das Gebiet eines Bundesstaats hinausreicht, ist das Aufsichtsamt für Privatversicherung zuständig (Reichsgesetz über die privaten Versicherungsunternehmungen vom 12. Mai 1901, RG. Bl. 1901 S. 139). Das Verfahren vor diesem regelt der Bundesrat, § 369 Abs. II.

<sup>2)</sup> Soweit die Ansprüche die reichsgesetzlichen Entschädigungsansprüche nicht übersteigen, unterliegen sie hinsichtlich der Übertragung, Verpfändung, Pfändung und Aufrechnung den gleichen Beschränkungen wie jene, § 371.

<sup>3)</sup> Die Grundsätze für die Berechnung dieses Betrags bestimmt der Bundesrat, § 368.

des Deckungskapitals<sup>1)</sup> auf die Reichsversicherungsanstalt zu übertragen. Sie kann auch die Wartezeit ihrer Mitglieder für die reichsgesetzlichen Leistungen durch Einzahlung der entsprechenden Prämienreserve an die Reichsversicherungsanstalt abkürzen oder auf diese die gesamten Anwartschaften übertragen. Für die Feststellung der übertragenen Leistungen gelten dann die Vorschriften der Angestelltenversicherung, § 367.

2. die Vorschriften über private Zuschußkassen gelten entsprechend für öffentlich rechtliche Pensionseinrichtungen und solche zur Invaliden-, Alters- und Hinterbliebenenfürsorge bestimmte Kassen, für welche nach Ortsstatut Beitragspflicht besteht, § 389<sup>2)</sup>.

Auch Knappschaftsvereine sind berechtigt, die reichsgesetzlichen Beiträge ihrer Mitglieder aus Vereinsmitteln zu entrichten und dafür ihre Invaliden-, Alters- und Hinterbliebenenunterstützungen um den Betrag der reichsgesetzlichen Entschädigung zu ermäßigen. Sie müssen dann über ihr Vermögen, soweit es für die versicherten Angestellten bestimmt ist, getrennt Rechnung führen, besonders die Beiträge getrennt festsetzen, und der Arbeitgeberbeitrag darf nicht weniger als der halbe gesetzliche Beitrag betragen. Die erforderlichen Anordnungen sind durch Änderung der bestehenden Vereinssatzung herbeizuführen. Kommt eine solche nicht zustande, so kann auf Antrag die oberste Verwaltungsbehörde über die Ermäßigung Bestimmung treffen. Im übrigen gelten auch für Knappschaftsvereine die Vorschriften über Zuschußkassen entsprechend, § 387<sup>3)</sup>.

### § 3.

#### Lebensversicherungsunternehmen.

Die Lebensversicherungsunternehmen treten nicht wie die Ersatz- und Zuschußkassen als solche in Beziehungen zu der Angestelltenversicherung. Wohl aber können einzelne versicherte Angestellte, die mit öffentlichen oder privaten Lebensversicherungsunternehmen Versicherungsverträge geschlossen haben, auf Antrag von ihrer Beitragspflicht zur Reichsversicherungsanstalt befreit werden.

<sup>1)</sup> Die Grundsätze für die Berechnung dieses Betrags bestimmt der Bundesrat, § 368.

<sup>2)</sup> Im übrigen sind Gemeinden, Gemeindeverbände und sonstige öffentlich rechtliche Körperschaften berechtigt, auf die von ihnen gewährten Ruhegeld- oder Hinterbliebenenbezüge die gesetzlichen Entschädigungsansprüche entsprechend der Dauer und Höhe ihrer Beitragsleistung anzurechnen, § 389 Abs. II.

<sup>3)</sup> Es ist auch zulässig, die Unterstützungen nur zu einem Teil der reichsgesetzlichen Leistungen zu ermäßigen und dann nur einen entsprechenden Teil der reichsgesetzlichen Beiträge aus Vereinsmitteln zu bezahlen; vgl. darüber § 387 Abs. II. Die Unterstützungen müssen mindestens im gleichen Verhältnis ermäßigt werden, wie die Unterstützungen der nur nach der Reichsversicherungsordnung versicherten Mitglieder (vgl. S. 237, 238). Satzungsgemäße Leistungen, die vor der Entschließung der zuständigen Stellen oder vor dem Inkrafttreten des Gesetzes bereits bewilligt sind, dürfen nicht gekürzt werden, § 387 Abs. III, IV.

1. Zur Stellung eines Befreiungsantrags ist berechtigt:
  - a) Wer beim Eintreten in die versicherungspflichtige Beschäftigung bereits das 30. Lebensjahr überschritten und seit mindestens drei Jahren einen Lebensversicherungsvertrag geschlossen hat. Voraussetzung ist, daß der Jahresbetrag der Prämien für diese Versicherung den gesetzlichen Beiträgen gleichkommt, welche der Angestellte nach seinen Gehaltsverhältnissen zur Zeit der Antragstellung zu zahlen hätte, § 390 Abs. II.
  - b) Wer vor dem 5. Dezember 1911 bereits einen Versicherungsvertrag geschlossen hatte und beim Inkrafttreten des Gesetzes mindestens soviel an Prämien bezahlt, als er nach seinen Gehaltsverhältnissen zur Zeit der Antragstellung an die Reichsversicherungsanstalt an Beiträgen zu zahlen hätte<sup>1)</sup>.
2. Der Antrag auf Befreiung von der Beitragsleistung ist in der ersten Aufnahmekarte (vgl. S. 275) zu stellen. Zugleich ist ein Nachweis über die abgeschlossene Lebensversicherung (Aufnahmeschein oder dgl.) vorzulegen. Streit über die Befreiung wird wie Streit über die Beitragsleistung vom Rentenausschuß und auf Beschwerde endgültig vom Schiedsgericht entschieden. Erfolgt die Befreiung, so wird sie in der Aufnahme- und Versicherungskarte bescheinigt, §§ 391, 210.
3. Die Befreiung bezieht sich lediglich auf die Beitragsleistung des Versicherten. Die Versicherungspflicht als solche wird nicht berührt. Der Arbeitgeber ist deshalb auch verpflichtet, den auf ihn entfallenden Beitragsteil an die Versicherungsanstalt zu zahlen, § 392 Abs. I.

Hat der Arbeitgeber zu den Lebensversicherungsbeiträgen seiner Angestellten bisher vertraglich zugesagte Zuschüsse geleistet, so braucht er nicht zu den Beiträgen an die Reichsversicherungsanstalt auch noch diese Zuschüsse fortzuentrichten; er kann vielmehr die Zuschüsse um die an die Reichsversicherungsanstalt zu entrichtenden Beiträge kürzen. Auf Antrag des Versicherten zahlt dann die Reichsversicherungsanstalt den bisher vom Arbeitgeber geleisteten Zuschuß an das Lebensversicherungsunternehmen weiter. Sie tut dies aber nur,

- a) wenn die Prämien noch den gesetzlichen Beiträgen gleichkommen,
- b) wenn der Versicherungsschein hinterlegt wird und
- c) wenn der Versicherte zur Sicherung seiner Anwartschaft auf Entschädigung die Forderung aus der Lebensversicherung zu demjenigen Teil, welcher dem von der Reichsversicherungsanstalt fortzuzahlenden Arbeitgeberzuschuß entspricht, rechtsverbindlich der Reichsversicherungsanstalt abtritt.

<sup>1)</sup> Angestellte, die vor dem 5. Dezember 1911 einen Lebensversicherungsvertrag mit geringerer Beitragsleistung geschlossen haben, sind also berechtigt, ihre Versicherung bis zu dem Inkrafttreten des Gesetzes (auch durch neue Versicherung bei einer anderen Unternehmung) entsprechend zu erhöhen und so die Voraussetzungen für die Befreiung zu erfüllen, § 390 Abs. I.

Die näheren Bestimmungen zur Ausführung dieser Vorschrift erläßt der Bundesrat, § 392.

4. Der befreite Angestellte geht seiner Ansprüche an die Reichsversicherungsanstalt nicht verlustig. Er erhält aber entsprechend der halben Beitragsleistung nur die Hälfte der gewöhnlichen Entschädigung, § 392 Abs. I. Außerdem erhält er die aus dem Versicherungsvertrag erwachsenden Leistungen.
5. Wird die Lebensversicherung vor Eintritt des Todes des Angestellten durch Ablauf, Verfall oder aus anderen Gründen aufgehoben, so fällt die Befreiung von der Beitragsleistung weg. Die Lebensversicherungsunternehmen haben die Aufhebung von Versicherungsverträgen der Reichsversicherungsanstalt mitzuteilen, wenn ihnen die Befreiung des Angestellten von der Beitragsleistung angezeigt worden ist. Unterlassung dieser Anzeige wird von der Aufsichtsbehörde mit Geldstrafe bis zu 100 M. bestraft, § 393.

#### Vierter Abschnitt.

### Verwirklichung des Entschädigungsanspruchs.

Die Verwirklichung des Entschädigungsanspruchs besteht darin, daß dem Entschädigungsberechtigten (erster Abschnitt) die geschuldeten Leistungen (zweiter Abschnitt) von dem zur Leistung verpflichteten Schuldner (dritter Abschnitt) tatsächlich gewährt werden. Hierzu müssen die in jedem einzelnen Fall geschuldeten Leistungen festgestellt und die festgestellten Leistungen an den Berechtigten abgeführt werden.

Die Feststellung der Leistungen erfolgt in der Angestelltenversicherung nicht wie in der Arbeiterversicherung durch den Versicherungsträger, also die Reichsversicherungsanstalt selbst, sondern durch den Rentenausschuß, der in dieser Beziehung eine selbständige rechtsprechende Tätigkeit ausübt. Die Reichsversicherungsanstalt ist an diesem Streitverfahren ebenso wie der Versicherte nur als Partei beteiligt. Das Feststellungsverfahren gelangt daher erst im Versicherungsprozeß zur Darstellung. (Vgl. S. 395 ff. <sup>1)</sup>).

Sind die Leistungen festgestellt, so werden sie dem Entschädigungsberechtigten regelmäßig in Geld ausbezahlt und zwar Ruhegeld und Renten monatlich im voraus, wobei Teilbeträge auf volle 5 Pfennig aufgerundet werden, § 59.

<sup>1)</sup> Ist ein Ruhegeldanspruch im Streitverfahren endgültig abgelehnt worden, weil Berufsunfähigkeit nicht nachweisbar war, so kann er wie in der Arbeiterversicherung erst ein Jahr nach der Zustellung des Bescheids wiederholt werden. Vorherige Wiederholung ist nur dann zulässig, wenn glaubhaft bescheinigt wird, daß inzwischen Umstände eingetreten sind, die den Nachweis der Berufsunfähigkeit liefern. Vorzeitig wiederholte Anträge weist der Rentenausschuß durch unannehmlichen Bescheid zurück, § 266.

Die Zahlungen erfolgen wie in der Arbeiterversicherung durch die Post. Der Rentenausschuß weist die Post zur Zahlung an und teilt dem Entschädigungsberechtigten die Zahlstelle mit. Zahlstelle ist regelmäßig die Postanstalt, in deren Bezirk der Entschädigungsberechtigte zur Zeit der Antragstellung wohnte. Verzieht er, so kann er bei dem Rentenausschuß oder bei der Postanstalt des alten Wohnorts beantragen, die Zahlung an die Postanstalt des neuen Wohnorts zu überweisen. Die Auszahlung erfolgt gegen Quittung; die erforderlichen Bescheinigungen kann jede Person, die ein öffentliches Siegel führen darf, erteilen und beglaubigen. Über die Zahlung an Berechtigte, die sich gewöhnlich im Ausland aufhalten, kann der Reichskanzler Bestimmungen erlassen, §§ 313, 314, 317.

Die Post erhält für die Auszahlung der Leistungen im Gegensatz zur Arbeiterversicherung eine Vergütung, deren Höhe der Bundesrat festsetzt. Die zu zahlenden Leistungen legt die Post zunächst aus. Sie kann aber von der Reichsversicherungsanstalt einen Vorschuß einziehen, den diese nach ihrer Wahl vierteljährlich oder monatlich an die von der Post bezeichneten Kassen abführt. Der Postvorschuß darf den Betrag nicht übersteigen, den die Reichsversicherungsanstalt im laufenden Geschäftsjahr voraussichtlich zu zahlen hat. Nach Ablauf jeden Jahres teilen die obersten Postbehörden der Reichsversicherungsanstalt mit, was die Post auf Anweisung der Rentenausschüsse gezahlt hat. Binnen zwei Wochen nach dem Empfang dieser Mitteilung muß die Reichsversicherungsanstalt den geschuldeten Betrag aus den bereiten Mitteln zahlen, §§ 315, 316, 318, 319.

Statt der Geldleistungen können nicht entmündigten Trunksüchtigen ganz oder teilweise Sachleistungen gewährt werden. Die Regelung entspricht derjenigen in der Krankenversicherung. Vgl. S. 156. Nur insofern besteht ein Unterschied, als an Stelle der Behörden der Arbeiterversicherung der Rentenausschuß und das Schiedsgericht treten, §§ 45, 46.

### Fünfter Abschnitt.

## Verhältnis des Entschädigungsanspruchs zu anderen Ansprüchen.

Mit dem Anspruch auf Ruhegeld und Hinterbliebenenrenten können andere Ansprüche zusammentreffen, die auf Gewährung einer Entschädigung wegen der gleichen oder einer gleichartigen Beeinträchtigung für den gleichen Zeitraum gerichtet sind. Hauptsächlich können Berufsunfähigkeit, Alter und Tod des Ernährers außer auf dem Gebiet der Angestelltenversicherung auch noch auf anderen Rechtsgebieten Ansprüche zur Entstehung bringen.

Diese anderen Ansprüche können ihre Grundlage im sozialen Versicherungsrecht selbst haben (Kapitel I). Es können aber auch Leistungen

der öffentlichen Armenunterstützung (Kapitel II) und privatrechtliche Ansprüche (Kapitel III) mit den Ansprüchen der Angestelltenversicherung zusammentreffen.

## Kapitel I.

### Verhältnis zu sozialrechtlichen Ansprüchen.

1. Auf dem Gebiet der Angestelltenversicherung ergibt sich ein Zusammentreffen mehrerer Ansprüche, wenn ein einzelner Berechtigter die Voraussetzungen mehrerer Ansprüche erfüllt oder wenn aus einem einzelnen entschädigungspflichtigen Tatbestand mehrere Berechtigte Ansprüche erwerben.
  - a) Erfüllt ein Entschädigungsberechtigter die Voraussetzungen für mehrere Ansprüche, z. B. für Ruhegeld und Hinterbliebenenrente, so stehen diese Ansprüche selbständig nebeneinander und der Berechtigte erhält beide in voller Höhe ausbezahlt.
  - b) Erwerben beim Tode eines Versicherten mehrere Hinterbliebene Entschädigungsansprüche, so stehen diese Ansprüche zwar selbständig nebeneinander, sie dürfen aber zusammen den Betrag des Ruhegelds nicht übersteigen, das der verstorbene Ernährer zur Zeit seines Todes bezog oder bei Berufsunfähigkeit bezogen hätte. Ergeben die Renten einen höheren Betrag, so werden sie im Verhältnis ihrer Höhe gekürzt, aber bei Ausscheiden eines Hinterbliebenen, z. B. durch Tod wieder bis zum zulässigen Höchstbetrag erhöht, § 58.
2. Treffen Ruhegeld oder Hinterbliebenenrenten mit Renten der Arbeiterversicherung (Invaliden-, Alters-, Hinterbliebenen-, Unfallrenten) zusammen, so erhält der Entschädigungsberechtigte nicht beide Entschädigungen nebeneinander in voller Höhe. Er erhält zwar die Renten der Arbeiterversicherung stets ungeschmälert, das Ruhegeld und die Hinterbliebenenrenten der Angestelltenversicherung werden aber nur insoweit bezahlt, als sie nicht mit den Renten der Arbeiterversicherung zusammen einen bestimmten Höchstbetrag übersteigen. Dieser Höchstbetrag ist beim Ruhegeld der Jahresarbeitsverdienst des Angestellten, der dem Durchschnitt der 60 höchsten monatlichen Beiträge entspricht<sup>1)</sup>, bei den Hinterbliebenenrenten  $\frac{6}{10}$  dieses Betrags. Soweit dieser Höchstbetrag überschritten wird, ruhen die Ansprüche aus der Angestelltenversicherung (Einrede des überschrittenen Gesamthöchstbetrags), §§ 73, 74. Über das Zusammentreffen mit Unfallentschädigungsansprüchen vgl. auch S. 376, 377.

---

<sup>1)</sup> Über die Berechnung vgl. S. 267 Anm. 1.



## Kapitel II.

### Verhältnis zur Armenunterstützung.

Das Zusammentreffen von Entschädigungsansprüchen aus der Angestelltenversicherung mit Leistungen der öffentlichen Armenunterstützung ist im wesentlichen ebenso geregelt wie in der Krankenversicherung; vgl. S. 159 ff. Der Armenverband<sup>1)</sup> kann also für seine Unterstützungen Ersatz aus den Leistungen der Angestelltenversicherung verlangen und zwar sogar dann, wenn der Entschädigungsberechtigte vor Stellung des Entschädigungsantrags verstorben ist. Der Armenverband darf aber zu seiner Befriedigung nur das Ruhegeld und die Renten, nicht auch einmalige Leistungen<sup>2)</sup> in Anspruch nehmen. Er darf auf rückständige Beträge bis zu ihrer vollen, auf andere Beträge nur bis zu ihrer halben Höhe zugreifen, so daß also stets die Hälfte der laufenden Entschädigung dem Berechtigten freibleibt. Soweit der Armenverband zur Befriedigung seiner Ersatzforderung auf Entschädigungsleistungen zugreift, kann die Reichsversicherungsanstalt sie dem Berechtigten verweigern (Einrede des Ersatzanspruchs), §§ 81—84, 86.

Der Anspruch auf Ersatz von Unterstützungen ist bei dem für den Wohnsitz des Entschädigungsberechtigten zuständigen Rentenausschuß anzumelden. Er erlischt, wenn er nicht spätestens 6 Monate nach Ablauf der Unterstützung geltend gemacht wird. Streit über Ersatzansprüche wird im Verwaltungsstreitverfahren und, wo ein solches nicht besteht, durch die Aufsichtsbehörde des Armenverbands entschieden. Die Entscheidung der letzteren kann binnen einem Monat im Wege des Rekurses nach den §§ 20, 21 der Gewerbeordnung angefochten werden, §§ 85, 88, 89.

Der Armenverband ist schließlich auch wie in der Arbeiterversicherung berechtigt, die Feststellung der Entschädigung selbständig zu betreiben und Rechtsmittel einzulegen, § 87.

## Kapitel III.

### Verhältnis zu privatrechtlichen Ansprüchen.

Die mit den Entschädigungsansprüchen zusammentreffenden privatrechtlichen Ansprüche beruhen entweder unmittelbar auf dem Gesetz oder auf rechtsgeschäftlicher Grundlage.

- a) Für gesetzliche Ansprüche gilt das gleiche wie in der Krankenversicherung. Kann also ein Entschädigungsberechtigter von einem Dritten Ersatz des ihm durch Berufsunfähigkeit oder Tod des Ernährers erwachsenen Schadens beanspruchen, so geht dieser An-

<sup>1)</sup> Das gleiche gilt für Gemeinden sowie Betriebsunternehmer und Kassen, die nach gesetzlicher Pflicht Hilfsbedürftige unterstützen, § 90.

<sup>2)</sup> Ausnahmsweise kann der Ersatz von Begräbniskosten, soweit nicht ein Träger der Unfall- oder Krankenversicherung ersatzpflichtig ist, aus den beim Tode weiblicher Versicherter zurückzuerstattenden Beiträgen (§ 60) verlangt werden, § 83.

spruch auf die Reichsversicherungsanstalt bis zum Betrag derjenigen Leistungen über, welche sie infolge des Schadens zu tragen hat (cessio legis). Macht die Reichsversicherungsanstalt solche auf sie übergegangene Ansprüche im Klageweg geltend, so ist das ordentliche Gericht an die Entscheidung der Versicherungsbehörden darüber gebunden, ob und in welchem Umfang die Reichsversicherungsanstalt zur Entschädigung verpflichtet ist, § 91. Wegen der Einzelheiten vgl. S. 161 ff.

- b) Rechtsgeschäftliche Ansprüche bei Eintritt eines Versicherungsfalles können aus Verträgen oder einseitigen Rechtsgeschäften, z. B. letztwilligen Verfügungen erwachsen. Soweit solche Ansprüche auf der Zugehörigkeit zu Zuschußkassen oder auf dem Abschluß von Lebensversicherungsverträgen beruhen, ist ihr Verhältnis zu den sozialrechtlichen Entschädigungsansprüchen bereits behandelt; vgl. S. 286ff. Im übrigen stehen rechtsgeschäftliche Ansprüche selbständig neben den Ansprüchen aus der Angestelltenversicherung, so daß der Entschädigungsberechtigte beide Ansprüche nebeneinander in voller Höhe geltend machen kann.
- c) Durch Ansprüche auf Lohn oder Gehalt wird nur das Ruhegeld insofern berührt, als es ruht, soweit es mit solchen Bezügen oder soweit es mit solchen Bezügen und Renten der Arbeiterversicherung zusammen einen bestimmten Höchstbetrag übersteigen würde, vgl. darüber S. 267. Der Anspruch auf Hausgeld fällt überhaupt fort, soweit Gehalt oder Lohn auf Grund eines Rechtsanspruchs entrichtet werden, § 38 Abs. II.

Umgekehrt werden Gehalt- und Lohnforderungen durch die Leistungen der Angestelltenversicherung nicht beeinflußt, soweit dies nicht in zulässiger Weise besonders vereinbart ist.

**Vierter Teil.**

**Der Entschädigungsanspruch bei Unfällen.**

**(Das Recht der Unfallversicherung.)**

Das Recht der Unfallversicherung ist im Gesetz getrennt nach den Zweigen der gewerblichen Unfallversicherung §§ 537—914, der landwirtschaftlichen Unfallversicherung §§ 915—1045 und der Seeunfallversicherung §§ 1046—1225<sup>1)</sup>. In der folgenden Darstellung soll es dagegen einheitlich behandelt werden. Doch werden die Vorschriften der Reichsgesetze vom 18. Juni 1901 und 30. Juni 1900 über die Unfallfürsorge für Beamte und Personen des Soldatenstandes sowie für Gefangene wegen ihrer teilweise abweichenden rechtlichen Grundlagen in einem besonderen Anhang dargestellt.

## Erster Abschnitt.

# Voraussetzungen des Entschädigungsanspruchs.

Die Entstehung eines Entschädigungsanspruchs auf dem Gebiet der Unfallversicherung ist an vier Voraussetzungen geknüpft:

- a) Die erste Voraussetzung bildet die Zugehörigkeit zu einem bestimmten Personenkreis. Nicht jedermann ist fähig, einen Entschädigungsanspruch zu erlangen, also versicherungsfähig, sondern nur, wer bestimmten sozialen Klassen angehört (Arbeiter, Betriebsbeamte usw.).
- b) Diese Personen sind nicht unter allen Umständen versicherungsfähig, sondern nur dann, wenn sie in bestimmten Betrieben oder Tätigkeiten beschäftigt sind. Nicht jeder, der zur Klasse der Arbeiter, Betriebsbeamten oder sonstigen der Versicherung unterstehenden Personenklassen gehört, kann einen Entschädigungsanspruch erlangen, sondern nur derjenige unter ihnen, dem eine bestimmte Art der Beschäftigung obliegt (Arbeiter in bestimmten Betrieben usw.).
- c) Die dritte Voraussetzung eines Entschädigungsanspruchs bildet ein Tatbestand, an welchen die Entstehung eines Entschädigungsanspruchs als Folge gesetzlich geknüpft ist (entschädigungspflichtiger Tatbestand). Diesen Tatbestand bildet der sogenannte Unfall oder was ihm rechtlich gleichsteht.

---

<sup>1)</sup> Bisher war auch die Unfallversicherung der Bautätigkeit in einem besonderen Gesetz geregelt. In der R.V.O. ist sie mit der gewerblichen Unfallversicherung verschmolzen.

- d) Die letzte Voraussetzung für die Entstehung eines Entschädigungsanspruchs endlich besteht darin, daß der entschädigungspflichtige Tatbestand (vgl. c) mit der versicherten Beschäftigung (vgl. b) in einem gewissen Zusammenhang steht: Eine der Unfallversicherung unterstehende Person, die in einem versicherten Betriebe beschäftigt ist, erlangt einen Entschädigungsanspruch nicht schon dann, wenn sie überhaupt einen Unfall erleidet, sondern nur, wenn dieser Unfall mit der versicherten Tätigkeit in Beziehung steht, wenn z. B. der Unfall sich „beim Betriebe“ ereignet hat.

Hiernach gliedert sich die Darstellung der Voraussetzungen des Entschädigungsanspruchs auf dem Gebiet der Unfallversicherung in Zugehörigkeit zu einem bestimmten Personenkreis (Kapitel I), versicherte Beschäftigung (Kapitel II), entschädigungspflichtige Tatbestände (Kapitel III) und Zusammenhang dieser Tatbestände mit der versicherten Beschäftigung (Kapitel IV).

## Kapitel I.

### Personenkreis.

Der Kreis der Personen, die einen Entschädigungsanspruch auf dem Gebiet der Unfallversicherung erlangen können, zerfällt in die Versicherungspflichtigen und die Versicherungsberechtigten. Die Versicherungspflichtigen unterstehen der Versicherung zwangsweise ohne Rücksicht auf ihren Willen und ohne ihr Zutun, lediglich auf Grund des Gesetzes. Die Versicherungsberechtigten unterstehen der Versicherung freiwillig auf Grund einer Willens- (Beitritts-) Erklärung, deren Abgabe ihrem <sup>1)</sup> Ermessen überlassen ist <sup>2)</sup>.

Für beide Gruppen, die Versicherungspflichtigen wie die Versicherungsberechtigten, ist der Kreis der in Betracht kommenden Personen zwar im Gesetz umgrenzt; für beide Fälle hat indessen das Gesetz die Möglichkeit geschaffen, ihn durch die Satzung zu erweitern:

Die Satzung kann einmal bestimmen, daß außer den gesetzlich Versicherungspflichtigen auch noch weitere Personenklassen der Versicherungspflicht unterstehen sollen. Die Satzung kann andererseits bestimmen, daß außer den gesetzlich Versicherungsberechtigten auch noch weitere Personenklassen das Recht haben sollen, der Versicherung beizutreten.

Mit anderen Worten: Die im Gesetz vorgesehene Zahl der Versicherungspflichtigen wie der Versicherungsberechtigten ist nur eine Mindestzahl. Der Satzung ist es überlassen, diese Personenzahl, sowohl was die Versicherungspflicht, wie was die Versicherungsberechtigung angeht, über diese gesetzliche Mindestzahl hinaus zu erweitern.

<sup>1)</sup> Oder auch dem Ermessen dritter Personen vgl. unten S. 301.

<sup>2)</sup> Über den tieferen Unterschied zwischen Versicherungspflicht und Versicherungsberechtigung vgl. oben S. 39/40.

Hiernach sind vier Gruppen versicherungsfähiger Personen zu unterscheiden <sup>1)</sup>:

- a) die auf Grund des Gesetzes versicherungspflichtigen Personen (§ 1);
- b) die auf Grund der Satzung versicherungspflichtigen Personen (§ 2);
- c) die auf Grund des Gesetzes versicherungsberechtigten Personen (§ 3);
- d) die auf Grund der Satzung versicherungsberechtigten Personen (§ 4).

Von diesen vier Gruppen, welche den Kreis der versicherungsfähigen Personen bilden, sind aber insofern Ausnahmen geschaffen, als gewisse Personenklassen, obwohl sie alle Eigenschaften besitzen, die nach Gesetz oder Satzung erforderlich oder genügend sind, um ihre Versicherungspflicht oder ihre Versicherungsberechtigung zu begründen, trotzdem aus besonderen Gründen aus diesem Kreise ausgeschieden und von der Versicherung befreit sind. Diese „versicherungsfreien Personen“, die also eine Ausnahme und Einschränkung der zu a bis d genannten Gruppen bilden, sind an fünfter Stelle zu behandeln (§ 5).

## § 1.

### Die auf Grund des Gesetzes versicherungspflichtigen Personen.

Auf Grund des Gesetzes (§§ 544, 545, 923, 1046, 1049, 1058) sind versicherungspflichtig:

1. Arbeiter;

2. Betriebsbeamte;

3. Seeleute.

1. Arbeiter im Sinne dieser Vorschrift ist, wer seine körperliche Arbeitskraft berufsmäßig anderen für gewerbliche oder landwirtschaftliche Arbeiten zur Verfügung stellt.

Zu den Arbeitern gehören auch Gehilfen, Gesellen und Lehrlinge §§ 544, 923 <sup>2)</sup>.

Arbeiter sind versicherungspflichtig ohne Unterschied, ob und wieviel Entgelt sie erhalten <sup>3)</sup>.

---

<sup>1)</sup> Hierbei ist indessen zu beachten (vgl. oben), daß diese Personen nur dann versicherungsfähig sind, wenn sie der in Kapitel II behandelten Art der Beschäftigung obliegen.

<sup>2)</sup> Näheres über den Begriff des Arbeiters und seine Unterscheidung von anderen sozialen Klassen, insbesondere von den Unternehmern und Hausgewerbetreibenden vgl. oben S. 42 ff.; näheres über Gehilfen, Gesellen und Lehrlinge oben S. 67/68.

<sup>3)</sup> Hierin unterscheidet sich der gegen Unfall versicherte Arbeiter nicht nur von den Arbeitern in den anderen Zweigen der Versicherung, sondern auch von dem gegen Unfall versicherten Betriebsbeamten.

Ohne Bedeutung für den Begriff des Arbeiters sind Alter, Geschlecht, körperliche und geistige Rüstigkeit, Staatsangehörigkeit, verwandtschaftliche Beziehungen zum Unternehmer. Jedoch gilt ein Ehegatte wegen der sittlichen Auffassung der Ehe als ungeteilter Lebensgemeinschaft mit voller Gleichberechtigung beider Teile niemals als Arbeiter des anderen, § 159. Wohl dagegen können Eltern und Kinder sich gegenseitig als Unternehmer und Arbeiter gegenüberstellen.

Als Arbeiter gelten aber nur freie Arbeiter, für Gefangene, Beamte, Soldaten als Arbeiter gelten daher besondere Vorschriften; darüber vgl. unten S. 387 ff.

2. Betriebsbeamte sind Personen, die im Gegensatz zu den Arbeitern an der Leitung des Betriebes beteiligt sind. Bei ihrer Tätigkeit überwiegt die Beaufsichtigung und Anweisung über die Leistung körperlicher Arbeit.

Als Betriebsbeamte gelten auch Werkmeister<sup>1)</sup> und Techniker, § 545.

Für die Betriebsbeamten gelten die gleichen Grundsätze wie für die Arbeiter; jedoch sind sie nur versicherungspflichtig, wenn ihr Jahresarbeitsverdienst nicht 5000 Mark (bisher 3000 Mark) übersteigt<sup>2)</sup>.

3. Seeleute sind die Mitglieder der Besatzung von See- und Fischereifahrzeugen mit Einschluß der kleinen Unternehmer und ihrer im Betriebe tätigen Ehegatten §§ 1046 Nr. 1, 1049, 1058, 1062, sowie die zwar nicht zur Besatzung gehörigen, jedoch im Inland auf deutschen Seefahrzeugen oder in Hilfsbetrieben der Seeschifffahrt beschäftigten Personen, § 1046 Nr. 2 und 3.

Auch für die Seeleute gelten die gleichen Vorschriften wie für die Arbeiter (vgl. S. 299 Anm. 3), insbesondere sind sie versicherungspflichtig, ohne Unterschied, ob<sup>3)</sup> und wieviel<sup>4)</sup> Entgelt sie erhalten.

## § 2.

### Die auf Grund der Satzung versicherungspflichtigen Personen.

Der Kreis der zwangsweise versicherten Personen kann durch die Satzung einer Berufsgenossenschaft<sup>5)</sup> erweitert werden. Solcher Erstreckung der Versicherungspflicht durch die Satzung sind indessen zwei Grenzen gesetzt:

1. einmal ist eine solche Erstreckung nur auf solche Gewerbszweige möglich, welche gerade diejenige Berufsgenossenschaft umfaßt, deren Satzung die Erstreckung der Versicherung bestimmt: die Schmiede-Berufsgenossenschaft kann durch ihre Satzung nur den

---

Eine besondere Stellung unter den landwirtschaftlichen Arbeitern nehmen die sog. Facharbeiter ein, d. h. solche Arbeiter, die besonderer fachlicher Fertigkeiten bedürfen (Förster, Gärtner, Müller, Ziegler, Stellmacher, Schmiede, Maurer, Zimmerer, Brenner, Heizer, solche Gesellen und Gehilfen, die eine fachmäßige Lehr- und Ausbildungszeit durchgemacht haben, u. a.) § 923 Abs. III.

<sup>1)</sup> Näheres über den Begriff des Werkmeisters vgl. oben S. 68.

<sup>2)</sup> Über Erstreckung der Versicherungspflicht durch die Satzung auf Betriebsbeamte mit höherem Einkommen vgl. den folgenden Paragraphen.

<sup>3)</sup> Mit Ausnahme des Schiffers (d. h. des Schiffsführers), der nur versicherungspflichtig ist, wenn er gegen Entgelt beschäftigt ist.

<sup>4)</sup> Doch ist die Versicherung auf einen Jahresarbeitsverdienst von 5000 M. (früher 3000 M.) beschränkt. Soweit er diesen Betrag übersteigt, wird er für die Versicherung nicht berücksichtigt (vgl. unten S. 354). Die Satzung kann die Versicherung darüber hinaus erstrecken.

<sup>5)</sup> Wie später zu zeigen (S. 336 ff.), sind die Unternehmer versicherter Betriebe nach ihrer Zugehörigkeit zu den einzelnen Gewerbszweigen zu Zwangs-genossenschaften, den sog. Berufsgenossenschaften, organisiert, welche ihr Innenleben selbständig durch eine Satzung regeln.

Kreis der nach dem Gesetz versicherten Schmiede, nicht den der nach dem Gesetz versicherten Müller erweitern. Dies könnte vielmehr nur die Müllerei-Berufsgenossenschaft durch Erstreckung der Versicherungspflicht in ihrer eigenen Satzung.

2. Aber auch innerhalb der ihr angehörenden Gewerbszweige kann die Satzung einer Berufsgenossenschaft die Versicherungspflicht nicht beliebig erweitern, sondern nur soweit das Gesetz eine Erweiterung zuläßt.

Hiernach kann die Satzung die Versicherung erstrecken, §§ 548, 925, 1059:

- a) auf kleine Unternehmer <sup>1)</sup> und ihre im Betriebe tätigen Ehegatten;
- b) auf alle Hausgewerbetreibenden <sup>2)</sup> und ihre im Betriebe tätigen Ehegatten;
- c) auf Betriebsbeamte, deren Jahresarbeitsverdienst 5000 M. übersteigt (vgl. auch §§ 896, 1033).

### § 3.

#### Die auf Grund des Gesetzes versicherungsberechtigten Personen.

Bei der Versicherung der Versicherungsberechtigten, die (vgl. oben S. 298) der Versicherung nicht zwangsweise lediglich auf Grund des Gesetzes, sondern freiwillig auf Grund einer Willens- (Beitritts-) Erklärung unterstehen, sind zwei Fälle voneinander zu unterscheiden:

- a) Die Versicherungsberechtigten können befugt sein, mit ihrer eigenen Person in die Versicherung einzutreten, sich selbst der Versicherung zu unterstellen. Dann spricht man von „Selbstversicherung“.
- b) Es kann aber auch die Unterstellung der Versicherungsberechtigten unter die Versicherung nicht ihr eigenes Recht sein, sondern das Recht eines Dritten, dem die Berechtigung verliehen ist, nicht sich selbst, wohl aber andere (versicherungsberechtigte) Personen durch seine Willenserklärung der Versicherung zu unterstellen. Dann spricht man von einer „Versicherung anderer Personen“.

Eine Versicherungsberechtigung auf Grund des Gesetzes gibt es nur für den Fall der Selbstversicherung. Sie steht den kleinen gewerblichen oder landwirtschaftlichen Unternehmern, allen seemännischen Unternehmern, sowie selbständigen Binnen- und Seelotsen nebst ihren im Betriebe tätigen Ehegatten zu, §§ 550 Abs. I, 927 Abs. I, 1061. Sie ist bezüglich der Unternehmer nur dann von Bedeutung, wenn diese nicht schon durch Bestimmung der Satzung zwangsweise versichert sind (vgl. § 2).

---

<sup>1)</sup> Das sind solche Unternehmer, deren Jahresarbeitsverdienst nicht 3000 M. übersteigt, oder solche Unternehmer oder zur Besatzung gehörige Reeder, die regelmäßig keine oder höchstens zwei Versicherungspflichtige gegen Entgelt beschäftigen.

<sup>2)</sup> Über den Begriff der Hausgewerbetreibenden siehe oben S. 43.



## § 4.

**Die auf Grund der Satzung versicherungsberechtigten Personen.**

Eine Ausdehnung der Versicherungsberechtigung durch die Satzung kann sowohl für die Selbstversicherung wie für die Versicherung anderer Personen erfolgen:

- a) Die Satzung kann die Berechtigung zur Selbstversicherung auch auf größere Unternehmer und ihre Ehegatten erstrecken, §§ 550 Abs. II, 927 Abs. II.
- b) Die Satzung kann den Betriebsunternehmern bzw. dem Vorstand der Berufsgenossenschaft das Recht verleihen, auch andere Personen, bei denen eine Beziehung zum Betriebe besteht <sup>1)</sup>, der Versicherung zu unterstellen, §§ 552, 929, 1064.

## § 5.

**Die versicherungsfreien Personen.**

Aus dem Kreise derjenigen Personen, bei denen die Voraussetzungen vorliegen, unter denen man nach den §§ 1—4 der Versicherung untersteht, sind einige Gruppen ausgeschieden, die trotz dieser Eigenschaften nicht versicherungsfähig sind.

Solche Ausnahmen sind geschaffen sowohl für die nach Gesetz oder Satzung Versicherungspflichtigen, wie für die Versicherungsberechtigten:

- a) Von der gesetzlichen Versicherungspflicht sind befreit Beamte, Offiziere und Personen des Soldatenstandes, bei denen durch Pension oder in anderer Weise eine Fürsorge getroffen ist, §§ 554, 929, 1064. Diese Personen sollen durch die Befreiung von der Versicherung nicht schlechter gestellt werden, als die Versicherungsfähigen, sondern es wird vorausgesetzt, daß ihnen eine der reichsgesetzlichen Unfallversicherung mindestens gleichwertige <sup>2)</sup> Fürsorge auf anderem Wege zuteil wird.
- b) Von der satzungsmäßigen Versicherungspflicht können durch den Vorstand einer gewerblichen Berufsgenossenschaft solche Betriebsunternehmer befreit werden, die keiner besonderen Unfallgefahr ausgesetzt sind, § 549.
- c) Bei den Versicherungsberechtigten, deren Versicherung außer Kraft getreten ist, weil die Beiträge trotz Mahnung nicht gezahlt wurden, kann nach Bestimmung der Satzung eine Neu anmeldung solange unwirksam bleiben, bis der rückständige Betrag gezahlt ist, §§ 553, 929, 1064. Für diesen Zeitraum wird dann also ihre Versicherungsberechtigung aufgehoben.

<sup>1)</sup> Nämlich:

- a) die im Betriebe beschäftigt sind, aber an sich nicht zum Kreise der der Versicherung unterstehenden Personen gehören;
- b) die die Betriebsstätte besuchen oder auf ihr verkehren;
- c) die Mitglieder der Organe und Beamten der Genossenschaft.

<sup>2)</sup> Gleichwertig ist die Fürsorge nur dann, wenn jene Personen auch hinsichtlich der Aufbringung der Mittel nicht wesentlich schlechter gestellt sind, als die der Versicherung unterstehenden Personen.

## Kapitel II.

### Versicherte Beschäftigung.

Die zweite Voraussetzung für die Entstehung eines Entschädigungsanspruchs besteht darin, daß die in Kapitel I behandelten Personenklassen in einer bestimmten Weise beschäftigt werden. Diese Beschäftigung muß nämlich, um die Voraussetzung eines Entschädigungsanspruchs zu bilden, entweder in bestimmten Betrieben oder in bestimmten Tätigkeiten erfolgen. Die Lehre von der versicherten Beschäftigung gliedert sich demnach in die Lehre von den versicherten Betrieben (§ 1) und in die Lehre von den versicherten Tätigkeiten (§ 2). Hieran schließt sich die Darstellung darüber, was unter „Beschäftigung“ im Sinne des Gesetzes zu verstehen ist (§ 3).

#### § 1.

### Versicherte Betriebe.

#### I. Begriff und Einteilung der Betriebe.

##### A. Begriff des Betriebs.

Betrieb ist ein Inbegriff fortdauernder wirtschaftlicher Vorrichtungen; er umfaßt im Gegensatz zum käufmännischen Teil den technischen Teil eines Unternehmens, die Arbeiten im Betriebe stehen im Gegensatz zu den Arbeiten im Bureau. Zum Betriebe gehören alle Verrichtungen, die dem technischen Teil eines Unternehmens entweder entspringen oder mittelbar oder unmittelbar zu dienen bestimmt sind, mit Einschluß der Arbeiten für Vorbereitung und Abschluß.

##### B. Einteilung der Betriebe.

Jeder Betrieb geht von einem Unternehmer aus. Der Unternehmer kann die Gesamtheit seiner Unternehmungen auf einheitliche Verrichtungen innerhalb eines bestimmten einzelnen wirtschaftlichen Gebietes beschränken. Ein und dieselbe Person kann aber auch mehrere Verrichtungen betreiben, die ihrem Gegenstande nach verschiedenen wirtschaftlichen Gebieten angehören, z. B. kann der Inhaber einer Brauerei gleichzeitig eine Mühle haben.

1. Solche verschiedenartigen Verrichtungen des gleichen Unternehmers können entweder als mehrfache Unternehmungen in voller wirtschaftlicher Unabhängigkeit eine jede als selbständiger Betrieb neben der anderen stehen. Dann spricht man von mehreren Hauptbetrieben des gleichen Unternehmers <sup>1)</sup>.

Beispiel: Der Besitzer eines rheinischen Hüttenwerkes ist gleichzeitig Großgrundbesitzer in Ostpreußen.

<sup>1)</sup> Als ein einziger Betrieb gelten mehrere landwirtschaftliche Grundstücke desselben Unternehmers, wenn zu ihrem Betriebe gemeinsame Wirtschaftsgebäude dienen § 963. mehrere forstwirtschaftliche Grundstücke, wenn sie derselben unmittelbaren Betriebsleitung (Revierverwaltung) unterstehen, § 964.

2. Oder aber solche mehrfachen Verrichtungen ein und desselben Inhabers können zwar jede für sich einen Betrieb im obigen Sinne bilden, jedoch wechselseitig in wirtschaftlicher Abhängigkeit voneinander stehen, sei es, daß für beide Arten von Verrichtungen die gleichen Arbeitskräfte verwendet werden, sei es, daß die Erzeugnisse oder Abfälle des einen Betriebes in dem anderen Verwendung finden, sei es, daß eine einheitliche Verwaltung und Leitung beider Betriebe stattfindet. Dann spricht man von einem **Gesamtbetriebe**.

Beispiel: Ein Landwirt benutzt seine in der Landwirtschaft beschäftigten Angestellten und Pferde gleichzeitig zum Betriebe eines Lohnfuhrwerks.

Sind mehrere Betriebe des gleichen Unternehmers nach ihrer wirtschaftlichen Abhängigkeit voneinander nicht als zwei Hauptbetriebe, sondern als ein Gesamtbetrieb anzusehen, so wird regelmäßig der wirtschaftliche Schwerpunkt des Gesamtunternehmens nicht unter die verschiedenen den Gesamtbetrieb bildenden Einzelbetriebe gleichmäßig verteilt sein. Vielmehr wird regelmäßig einer dieser mehreren Betriebe über die anderen überwiegen und den wirtschaftlichen Schwerpunkt des Gesamtunternehmens bilden <sup>1)</sup>. Derjenige Betrieb, welcher den wirtschaftlichen Schwerpunkt eines Gesamtbetriebes bildet, heißt der **Hauptbetrieb**, die anderen Betriebe heißen **Nebenbetriebe**.

3. Endlich ist es möglich, daß die einzelnen bei einem Unternehmen erforderlichen Verrichtungen zwar, jede für sich genommen, verschiedenen wirtschaftlichen Gebieten angehören, daß das Unternehmen als Ganzes sich aber nur durch eine Vereinigung derartiger wirtschaftlich verschiedener Verrichtungen verwirklichen läßt.

Beispiel: In einem Hotelbetrieb bestehen eine Küche, ein Fahrstuhl, ein Hotelomnibus usw.

Derartige Verrichtungen bilden jede für sich keinen selbstständigen Betrieb in obigem Sinne, vielmehr besteht nur ein einheitlicher Hotelbetrieb, der sich aus allen diesen Einzelverrichtungen zusammensetzt. In solchem Falle liegt daher kein Gesamtbetrieb vor, der aus Haupt- und Nebenbetrieben besteht, vielmehr ein zusammengesetzter Betrieb aus verschiedenen Bestandteilen oder Betriebsteilen.

Je nachdem ein derartiger Bestandteil zum Betriebe in einem solchen Verhältnis steht, daß einer ohne den anderen in der bisherigen Weise wirtschaftlich nicht bestehen kann, spricht man von wesentlichen und unwesentlichen Bestandteilen.

## II. Die Versicherungspflicht der Betriebe.

Für die Frage, welche Betriebe versichert sind, d. h. solche Betriebe, in denen die darin beschäftigten Personen der Unfallversicherung unter-

<sup>1)</sup> Von Bedeutung hierbei sind das Maß der Arbeitsleistung, die Höhe des Einkommens, des Anlagekapitals usw.

stehen, ist entscheidend einmal das wirtschaftliche Gebiet, dem der betreffende Betrieb angehört, andererseits die Art des Betriebes (Hauptbetrieb, Nebenbetrieb, Betriebsteil), in welcher die Beschäftigung stattfindet.

A. Hinsichtlich der Auswahl derjenigen wirtschaftlichen Gebiete, deren Betriebe versicherungspflichtig sind, ist das entscheidende Merkmal die Gefährlichkeit. Alle diejenigen Betriebe sind versicherungspflichtig, deren Zugehörigkeit zu einem bestimmten wirtschaftlichen Gebiet für die in ihnen beschäftigten Personen gefahrbringend erscheint.

Das Gesetz hat es indessen nicht der Rechtslehre und Rechtsprechung überlassen, nach diesem Merkmal in jedem einzelnen Falle selbständig zu entscheiden, welche Betriebe als gefährliche anzusehen sind, sondern das Gesetz hat von sich aus diese Betriebe einzeln aufgezählt.

Als gefährlich und darum versicherungspflichtig bezeichnet das Gesetz drei Gruppen von Betrieben:

1. bestimmte gewerbliche Betriebe;
2. alle landwirtschaftlichen Betriebe;
3. den Seeverkehrsbetrieb.

Die Zugehörigkeit zu der einen oder anderen dieser Gruppen von Betrieben ist von erheblicher Bedeutung, da auf Grund dieser Unterscheidung die Unfallentschädigungsansprüche teilweise verschiedenartig gestaltet sind.

Zu 1. Die gewerblichen Betriebe, die der Unfallversicherung unterstehen, sind im Gesetz in §§ 537, 538 in langer Reihe einzeln aufgezählt <sup>1)</sup>. Sie zerfallen in zwei Gruppen:

- 1) Nach § 537 unterliegen folgende Betriebe der Versicherung:
  1. Bergwerke, Salinen, Aufbereitungsanstalten, Steinbrüche, Gräbereien (Gruben);
  2. Fabriken, Werften, Hüttenwerke, Apotheken, gewerbliche Brauereien und Gerbereibetriebe;
  3. Bauhöfe, Gewerbebetriebe, in denen Bau-, Dekorateur-, Steinhauer-, Schlosser-, Schmiede- oder Brunnenarbeiten ausgeführt werden und Steinerkleinerungsbetriebe;
  4. das Schornsteinfeger-, das Fensterputzer-, das Fleischgewerbe und der Betrieb von Badeanstalten;
  5. der gesamte Betrieb der Eisenbahnen und der Post- und Telegraphenverwaltungen sowie die Betriebe der Marine- und Heeresverwaltungen;
  6. der Binnenschiffahrts-, der Flößerei-, Prahm- und Fährbetrieb, das Schiffziehen (Treidleie), die Binnenfischerei, Fischzucht, Teichwirtschaft und Eisgewinnung, wenn sie gewerbsmäßig betrieben oder vom Reiche, einem Bundesstaat, einer Gemeinde, einem Gemeindeverband oder einer anderen öffentlichen Körperschaft verwaltet werden, der Baggereibetrieb;
  7. der Fuhrwerksbetrieb, Speditionsbetrieb, Fahrbetrieb, der Reittier- und Stallhaltungsbetrieb, wenn sie gewerbsmäßig betrieben werden;
  8. der Speicher-, Lagerei- und Kellereibetrieb, wenn sie gewerbsmäßig betrieben werden;
  9. der Gewerbebetrieb der Güterpacker, Güterlader, Schaffer, Bracker, Wäger, Messer, Schauer, Stauer;

- a) Betriebe ohne Rücksicht auf ihre Art und ihren Umfang, wenn sie bestimmte gewerbliche Verrichtungen zum Gegenstande haben, nämlich insbesondere:
- α) Gewinnung und Verarbeitung bestimmter anorganischer und organischer Naturschätze;
  - β) Errichtung, Ausstattung und Erhaltung von Bauwerken;
  - γ) Lagerung, Behandlung, Verladung und Beförderung von Gütern und Beförderung von Personen;
  - δ) Post-, Telegraph-, Heer- und Marineverwaltung;
- b) Betriebe, die fabrikmäßig<sup>1)</sup> betrieben werden, ohne Rücksicht auf ihren Gegenstand.

Zu 2.: Unter Landwirtschaft ist zu verstehen die Bodenbewirtschaftung jeder Art mit Einschluß der Gärtnerei, Park- und Gartenpflege<sup>2)</sup> sowie die Haltung von Nutzvieh, sofern sie entweder im Zusammenhang mit der Bodenbewirtschaftung oder in

- 
- 10. Betriebe zur Beförderung von Personen oder Gütern und Holzfällungsbetriebe, wenn sie mit einem kaufmännischen Unternehmen verbunden sind, das über den Umfang des Kleinbetriebes hinausgeht;
  - 11. unter der gleichen Voraussetzung (Nr. 10) Betriebe zur Behandlung und Handhabung der Ware.

Hiervon sind durch die RVO. neu hinzugekommen:

Die Apotheken, Gerbereien, die Binnenfischerei, Fischzucht, Teichwirtschaft und Eisgewinnung, die Ausdehnung der Tiefbauarbeiten auf den gesamten Umfang des Betriebes, das Dekorateurgewerbe, der Betrieb der Badeanstalten, der gewerbliche Fahrbetrieb, Reittier- und Stallhaltungsbetrieb.

Weiter sind die Lagerungsarbeiten in § 1 Nr. 7 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes ersetzt und erweitert durch die Betriebe zur Behandlung und Handhabung der Ware, und das Erfordernis der Verbindung mit einem Handelsgewerbe, das in das Handelsregister eingetragen ist, daselbst ist ersetzt durch die Verbindung mit einem kaufmännischen Unternehmen, das über den Umfang des Kleinbetriebs hinausgeht. Über letztere Unterscheidung hat das Reichsversicherungsamt Bestimmungen zu treffen. Vergl. darüber die Bekanntmachung vom 15. Januar 1912, A. N. 1912, S. 504.

<sup>1)</sup> Für den Begriff der Fabrik und ihre Abgrenzung vom Handwerk kann eine allgemeine Definition nicht gegeben werden. Entscheidend ist der Sprachgebrauch und eine Anzahl sachlicher Merkmale, wie Größe der Räumlichkeiten und Umfang und Wert der Erzeugnisse, Verwendung von Maschinen, Erzeugung für den Einzelverkauf oder Massenabsatz, Art der ausgeführten Arbeiten, Art der Tätigkeit des Betriebsunternehmers u. a.

Drei Voraussetzungen hat indessen das Gesetz selbst in § 538 aufgestellt, bei deren Vorliegen der Betrieb stets als Fabrik zu gelten hat:

Als Fabriken gelten stets Betriebe, die

- 1. gewerbsmäßig Gegenstände bearbeiten oder verarbeiten und hierzu mindestens 10 Arbeiter regelmäßig beschäftigen;
- 2. gewerbsmäßig Sprengstoffe oder explodierende Gegenstände erzeugen oder verarbeiten oder elektrische Kraft erzeugen oder weitergeben;
- 3. nicht bloß vorübergehend Dampfkessel oder von elementarer oder tierischer Kraft bewegte Triebwerke verwenden.

Endlich ist dem Reichsversicherungsamt die Befugnis übertragen, mit allgemein gültiger Rechtswirkung Bestimmungen darüber zu treffen, welche Betriebe im Sinne dieser Vorschrift den Fabriken gleichzustellen sind.

<sup>2)</sup> Kleine Haus- und Ziergärten, die nicht regelmäßig und in erheblichem Umfang mit besonderen Arbeitskräften bewirtschaftet werden, und deren Erzeug-

größeren Umfang betrieben wird. Zur Landwirtschaft gehört auch die gesamte Forstwirtschaft, §§ 915/17, 161.

Zu 3.: Der Seeverkehr umfaßt einmal die Verrichtungen auf deutschen Seefahrzeugen <sup>3)</sup>, und zwar die Verrichtungen der Schiffsbesatzung ohne Rücksicht darauf, wo sie stattfinden, die Verrichtungen sonstiger Personen dagegen nur in inländischen Häfen, Kanälen oder Flüssen. Der Seeverkehr umfaßt ferner außerhalb deutscher Seefahrzeuge die Verrichtungen von Personen in inländischen Hilfsbetrieben der Seeschifffahrt <sup>4)</sup>. Der Seeverkehr umfaßt endlich die Verrichtungen der Besatzung von Fahrzeugen der See- und Küsten-Fischerei, §§ 1046, 1049.

B. Hinsichtlich der Art des Betriebes (Hauptbetrieb, Nebenbetrieb, Betriebsteil), in welcher die Beschäftigung stattfindet, ist zu unterscheiden:

1. Sind die mehreren Betriebe desselben Unternehmers jeder für sich als Hauptbetrieb anzusehen, dann sind die darin beschäftigten der Unfallversicherung unterstehenden Personen (Kapitel I) insoweit gegen Unfall versichert, als gerade derjenige Hauptbetrieb, in welchem sie beschäftigt sind, für sich allein nach dem obigen als gewerblicher, landwirtschaftlicher oder Seeverkehr-Betrieb versicherungspflichtig ist. Die Versicherungspflicht eines der mehreren Hauptbetriebe ist dagegen auf die Versicherungspflicht eines anderen an sich nicht versicherungspflichtigen Hauptbetriebes desselben Unternehmers ohne Einfluß.
2. Bilden die mehreren Betriebe einen Gesamtbetrieb, so ist zu unterscheiden:
  - a) Beide Betriebe, Haupt- und Nebenbetrieb, sind ihrer eigenen Beschaffenheit nach versicherungspflichtig, dann sind die in beiden Betrieben beschäftigten Personen gegen Unfall versichert.

Beispiel: Ein Fuhrwerks- und Stallhaltungsbetrieb umfaßt als Nebenbetrieb einen Schmiedebetrieb, in dem die Pferde beschlagen und die Eisenteile der Wagen zugerichtet werden. Beide Betriebe sind ihrer Art nach versicherungspflichtig. Die in beiden Betrieben beschäftigten Personen sind versichert.

- b) Der Hauptbetrieb ist nach dem Gesetz versicherungspflichtig, der Nebenbetrieb als solcher nicht. Dann erstreckt sich die Versicherung des versicherungspflichtigen Hauptbetriebes auf

---

nisse hauptsächlich dem eigenen Haushalt dienen, gelten nicht, der Friedhofsbetrieb gilt nur dann als landwirtschaftlicher Betrieb, wenn er nicht der gewerblichen Unfallversicherung unterliegt, § 917.

<sup>3)</sup> Das sind solche Fahrzeuge, die unter deutscher Flagge fahren und ausschließlich oder vorzugsweise zur Seefahrt (vgl. §§ 1047, 1048) benutzt werden, § 163.

<sup>4)</sup> Das sind schwimmende Docks und ähnliche Einrichtungen, Betriebe für den Lotsendienst, für Retten oder Bergen von Menschen oder Sachen bei Schiffbrüchen, für Bewachen, Beleuchten und Instandhalten von Gewässern, die dem Seeverkehr dienen, § 1046 Nr. 3.

den nicht versicherungspflichtigen Nebenbetrieb, die im Nebenbetriebe beschäftigten Personen sind versichert, § 539 <sup>1)</sup>).

Beispiel: Der Fuhrwerks- und Stallhaltungsbetrieb umfaßt als Nebenbetrieb auch noch eine kleine Sattlerei. Der Fuhrwerksbetrieb ist versicherungspflichtig, der Sattlereibetrieb, wenn er nicht fabrikmäßig erfolgt, als solcher dagegen nicht. Trotzdem sind auch die in der Sattlerei beschäftigten Personen versichert.

- c) Der Hauptbetrieb ist nach dem Gesetz nicht versicherungspflichtig, wohl aber der Nebenbetrieb; dann sind zwar nicht die im Hauptbetrieb, dagegen die im Nebenbetrieb beschäftigten Personen, soweit sie hier tätig sind, gegen Unfall versichert <sup>2)</sup>).

Beispiel: Eine nicht fabrikmäßig betriebene Sattlerei umfaßt als Nebenbetrieb eine kleine Gerberei; soweit Personen im Gerbereibetrieb beschäftigt sind, sind sie gegen Unfall versichert, ohne Rücksicht darauf, daß die in der Sattlerei beschäftigten Personen gegen Unfall nicht versichert sind.

3. Liegt ein zusammengesetzter Betrieb vor, so gilt für die Versicherung in den einzelnen Betriebsteilen das gleiche wie für die Versicherung in einem Nebenbetriebe.

### III. Versicherungsfreie Betriebe.

Betriebe ohne besondere Unfallgefahr können, obwohl die zu II A und B genannten Voraussetzungen vorliegen, durch Beschluß des Bundesrats für versicherungsfrei erklärt werden, § 543.

#### § 2.

#### Versicherte Tätigkeiten.

Unter „Tätigkeiten“ versteht das Gesetz einen Inbegriff fortlaufender Verrichtungen, die, im Gegensatz zum Betriebe, nicht in der Absicht einer fortgesetzten Gewinnerzielung, sondern für den eigenen Gebrauch betrieben werden.

Auch wenn ein Betrieb nicht vorliegt, genügt die Beschäftigung von Personen in bestimmten derartigen nicht gewerbsmäßigen „Tätigkeiten“, um ihnen, soweit sie zum Kreise der in Kapitel I behandelten Personen gehören, die Möglichkeit der Erlangung eines Unfallentschädigungsanspruchs zu eröffnen. Für die Auswahl derjenigen Tätigkeiten, denen das Gesetz die Eigenschaft der Versicherungspflicht beilegt, ist, ebenso wie bei den Betrieben, maßgebend das Merkmal der Gefährlichkeit. Für welche Tätigkeiten indessen dieses Merkmal zutrifft, hat wiederum das Gesetz, ebenso wie bei den Betrieben, durch einzelne Aufzählung der in Frage kommenden Tätigkeiten von sich aus entschieden.

<sup>1)</sup> Über die Ausnahmebestimmung des § 540 für landwirtschaftliche und Seeverkehr-Betriebe s. unten S. 339.

<sup>2)</sup> Ausnahmen in den Fällen des § 537 Nr. 3, wo es genügt, daß „in dem Gewerbebetriebe Bau-, Dekorateur-, Steinhauer-, Schlosser-, Schmiede- oder Brunnenarbeiten ausgeführt werden“, wenn auch nur im Nebenbetriebe, um den Gesamtbetrieb versicherungspflichtig zu machen.

Hiernach sind versicherungspflichtig folgende Tätigkeiten, § 537 Nr. 3, 6 und 7:

1. Nicht gewerbsmäßige Bauarbeiten (Regiebauarbeiten);
2. das nicht gewerbsmäßige Halten von Fahrzeugen auf Binnengewässern, von anderen Fahrzeugen, die durch elementare (Automobile, Luftschiffe) oder tierische Kraft bewegt werden, und von Reittieren<sup>1)</sup>.

Der Unterschied dieser „Tätigkeiten“ von einem auf dem entsprechenden Gebiet bestehenden Betriebe liegt in folgendem:

Der Baubetriebsunternehmer läßt gewerbsmäßig für andere bauen, um hieraus einen Unternehmergewinn zu erzielen, der Unternehmer einer Bautätigkeit dagegen nicht gewerbsmäßig, sondern für den eigenen Gebrauch<sup>2)</sup>, der Automobil- oder Pferdebesitzer, der Wagen und Pferde hält, um sie gegen Entgelt zu vermieten, unterhält einen gewerbsmäßigen Fuhrwerks- bzw. Reittierbetrieb; hält er dagegen Automobil oder Pferd lediglich für den eigenen Gebrauch, so liegt kein versicherter Betrieb, sondern eine versicherte Tätigkeit im Sinne des Gesetzes vor.

### § 3.

#### Beschäftigung.

Wer zum Kreise der in Kapitel I behandelten Personen gehört, kann einen Unfallentschädigungsanspruch nur erlangen, wenn er in einem versicherten Betrieb oder in einer versicherten Tätigkeit „beschäftigt“ ist.

Beschäftigt in Betrieben oder Tätigkeiten ist, wer Arbeiten verrichtet, die zum Betriebe oder zu jenen Tätigkeiten mittelbar oder unmittelbar gehören. Die „beschäftigte“ Person muß derartige Arbeiten tatsächlich ausführen, ob sie dem Unternehmer gegenüber hierzu vertragsmäßig oder in anderer Weise, z. B. als Hauskind kraft Gesetzes verpflichtet ist, oder ob sie die Arbeiten freiwillig verrichtet, ist unerheblich. Nur gegen den erkennbaren Willen des Unternehmers darf die Beschäftigung nicht erfolgen. Dagegen ist es ohne Bedeutung, ob die Art der Beschäftigung eine rechtlich erlaubte oder unerlaubte ist<sup>3)</sup>. Zur Beschäftigung bedarf es keiner dauernden Tätigkeit, vielmehr genügt selbst eine nur vorübergehende Hilfeleistung.

<sup>1)</sup> Die Tätigkeiten zu 2 sind erst durch die RVO. der Versicherung unterstellt worden.

<sup>2)</sup> Für die Frage, ob ein gewerbsmäßiges oder nicht gewerbsmäßiges Bauunternehmen vorliegt, ist nach der Rechtsprechung vor allem entscheidend, ob die Absicht und wirtschaftliche Aussicht besteht, eine Einnahme von einiger Dauer zu erzielen. Hat ein Unternehmer einen Bau zwar gegen Entgelt, aber nur gelegentlich übernommen, so liegt kein Baubetrieb, sondern nur eine Bautätigkeit vor.

Die Frage, ob ein Betrieb oder eine Tätigkeit vorliegt, ist wichtig dafür, wo das Unternehmen zu versichern ist, bei einer Berufsgenossenschaft oder Zweiganstalt (vgl. unten S. 341).

<sup>3)</sup> Vgl. aber § 557 und dazu unten S. 316.



## Kapitel III.

**Entschädigungspflichtige Tatbestände.**

Entschädigungspflichtige Tatbestände oder Versicherungsfälle sind solche Tatbestände, an welche nach ausdrücklicher gesetzlicher Vorschrift die Entstehung eines Entschädigungsanspruchs als Folge geknüpft ist. Die Unfallversicherung kannte nach bisherigem Recht nur einen einzigen derartigen Tatbestand, den Unfall (§ 1). Die Reichsversicherungsordnung hat noch einen zweiten Tatbestand hinzugefügt: Durch Beschluß des Bundesrats kann die Unfallversicherung auch auf bestimmte gewerbliche Berufskrankheiten erstreckt werden (§ 2).

## § 1.

**Unfall.**

Unfall im Sinne des Gesetzes ist der Eintritt einer Gesundheitsschädigung oder des Todes infolge eines plötzlichen Ereignisses.

Der Begriff umfaßt drei Merkmale:

1. Eine Schädigung der Person des Betroffenen;
2. ein plötzliches Ereignis;
3. einen ursächlichen Zusammenhang zwischen der Schädigung und dem Ereignis

Zu 1.: Die Schädigung muß die körperliche Person betreffen, eine Schädigung der wirtschaftlichen Existenz genügt nicht: Werden wegen eines Fabrikbrandes die Arbeiter entlassen, so erleiden sie keinen Unfall. Die Schädigung kann in einer Vernichtung (Tod) oder Beeinträchtigung der Person bestehen, wobei die Schädigung der geistigen Gesundheit der Schädigung der körperlichen Gesundheit gleichsteht.

Zu 2.: Das Ereignis muß ein plötzliches, d. h. auf einen verhältnismäßig kurzen Zeitraum zusammengedrücktes sein; hierin unterscheidet sich der Unfall von der Krankheit, insbesondere von der in § 2 zu besprechenden Gewerbekrankheit, bei welcher der Schaden durch eine länger dauernde Einwirkung allmählich entsteht. Wie lange Zeit die Einwirkung dauern darf, um dem Erfordernis der Plötzlichkeit noch zu genügen, kann nur nach Lage des einzelnen Falles entschieden werden, doch wird die Länge eines Arbeitstages niemals überschritten werden dürfen. Immer aber braucht nur das schädigende Ereignis selbst auf einen kurzen Zeitraum beschränkt zu sein, während seine schädlichen Folgeerscheinungen nicht sogleich hervortreten brauchen, sondern in langsamer Entwicklung entstehen können, wenn sie nur in ihrem Ursprung auf ein plötzliches Unfallereignis zurückzuführen sind.

Beispiel: Einige Zeit nach einer bei der Arbeit erlittenen Gehirnerschütterung entsteht als deren Folge in langsamer Entwicklung eine geistige Erkrankung.

Zu 3.: Der entstandene Schaden muß die Folge des Unfallereignisses sein, mit ihm in ursächlichem Zusammenhang stehen. Hierbei braucht zwar das Unfallereignis nicht die einzige Ursache des Schadens gewesen zu sein, sondern es genügt, wenn neben dem Unfall auch noch andere ursächliche Momente, insbesondere die spezielle Anlage des Betroffenen, mitgewirkt haben, falls nur das Unfallereignis bei dem Schaden in nennenswertem Grade als mitwirkende Ursache in Betracht kommt.

Beispiel: Ein herzkranker Arbeiter erleidet bei der Arbeit einen leichten Sturz. Durch diesen Sturz wird das Herzleiden derartig verschlimmert, daß der Arbeiter stirbt. Trotzdem der Tod bei einem gesunden Menschen durch einen derartigen Sturz nicht hervorgerufen werden würde, vielmehr die besondere krankhafte Anlage hauptsächlich den Tod bedingt hat, genügt der Sturz als mitwirkende Ursache des Todes zum Tatbestande des tödlichen Unfalles<sup>1)</sup>.

Aber das schädigende Ereignis muß auch wirklich eine Ursache, eine Bedingung des schädigenden Erfolges, nicht dagegen bloß die Gelegenheit sein, bei welcher der Schaden, dessen Ursache in anderen Momenten, besonders in der krankhaften Anlage, zu suchen ist, äußerlich in die Erscheinung tritt.

Beispiel: In dem früheren Beispiel ist das Herzleiden soweit vorgeschritten, daß ein Herzschlag und damit der Tod täglich zu erwarten ist. Während der Arbeit tritt dieser Tatbestand ein. Hier liegt ein Unfall nicht vor<sup>2)3)</sup>.

## § 2.

### Gewerbekrankheit.

Gewerbekrankheiten sind krankhafte Erscheinungen, die zwar infolge der versicherten Beschäftigung entstehen, nicht aber hervorgerufen werden durch ein einmaliges plötzliches Ereignis, sondern in allmählicher Entwicklung durch die Eigenart der bei bestimmten Gewerbetätigkeiten der Gesundheit nachteiligen Betriebsweise.

Beispiele sind insbesondere die bisweilen in Zündholzfabriken infolge dauernder Einatmung von Phosphordämpfen auftretende Phosphornekrose, die in Bleihütten die Arbeiter bedrohende Bleivergiftung u. a.

Die Gewerbekrankheiten sind Voraussetzung eines Unfallentschädigungsanspruchs nur, soweit durch Beschluß des Bundesrats die

<sup>1)</sup> Auch die bloße Verschlimmerung eines Leidens oder die Beschleunigung des Eintritts des Schadens infolge des Unfallereignisses genügt.

<sup>2)</sup> Das Hauptbeispiel derartiger Fälle ist der Austritt eines Leistenbruches bei der Arbeit: Bruchleiden beruhen erfahrungsgemäß auf krankhafter Anlage. Tritt bei Verrichtung einer Arbeit der Bruch aus, so ist die Arbeit regelmäßig nicht die Ursache, sondern lediglich die Gelegenheit, durch welche der körperliche Schaden nicht erst hervorgerufen wird, sondern bei der er nur äußerlich in die Erscheinung tritt. Hier liegt ein Unfall daher nicht vor.

<sup>3)</sup> Für die Feststellung des Sachverhalts im Falle eines Streitverfahrens bedarf es keines Beweises im Sinne des Zivil- oder Straf-Prozesses, vielmehr genügt die „überwiegende Wahrscheinlichkeit“. Näheres vgl. unten S. 436.

Unfallversicherung in bestimmten Fällen auf sie erstreckt ist, § 547. Zur Durchführung der Versicherung bei den Gewerbekrankheiten bedarf es in jedem einzelnen Falle besonderer Vorschriften, deren Erlaß dem Bundesrat übertragen ist.

#### K a p i t e l IV.

### Zusammenhang zwischen entschädigungspflichtigem Tatbestand und versicherter Beschäftigung.

Die der Unfallversicherung unterstehenden Personen, die in einem versicherten Betriebe oder in einer versicherten Tätigkeit beschäftigt sind, erlangen, wenn in ihrer Person ein Tatbestand eintritt, an welchen die Entstehung eines Entschädigungsanspruchs als Folge geknüpft ist, diesen Anspruch nicht unter allen Umständen, sondern nur unter der vierten und letzten Voraussetzung, daß jener Tatbestand mit ihrer allgemeinen Beschäftigung gerade in dem besonderen Fall in einem Zusammenhang steht.

Der Zusammenhang des Tatbestandes der Gewerbekrankheit mit der Beschäftigung ergibt sich, soweit allgemeine Grundsätze in Betracht kommen, aus dem über die Gewerbekrankheiten in Kapitel III § 2 Gesagten ohne weiteres. Soweit für die einzelnen Arten der vom Bundesrat unter die Versicherung zu unterstellenden Gewerbekrankheiten besondere Vorschriften nötig werden, sind diese ebenfalls durch den Bundesrat zu erlassen.

Die erforderliche Beziehung zwischen einem Unfälle und einer Beschäftigung in einem versicherten Betriebe oder in einer versicherten Tätigkeit liegt in zwei Fällen vor:

Wenn der Unfall erfolgt ist entweder bei dem versicherten Betriebe bzw. der versicherten Tätigkeit (§ 1), oder aber bei der Verrichtung gewisser häuslicher und anderer Dienste (§ 2) <sup>1)</sup>.

#### § 1.

#### Unfälle bei versicherten Betrieben oder Tätigkeiten.

Ein Unfall beim Betriebe <sup>2)</sup> liegt vor, wenn der Unfall der versicherten Person mit ihrer Beschäftigung in dem versicherten Betrieb in Zusammenhang steht. Ein Zusammenhang ist dann anzunehmen, wenn der Versicherte einer Gefahr erliegt, der er durch seine Betriebstätigkeit ausgesetzt war.

<sup>1)</sup> Der Fall des § 1057 Nr. 2 (Retten oder Bergen von Menschen oder Sachen) ist kein dritter Fall, sondern lediglich eine Erweiterung der Art der Betriebsarbeit, vgl. unten S. 314 Anm. 3.

<sup>2)</sup> Die Grundsätze über Unfälle bei dem Betriebe finden auf die Unfälle bei den versicherten Tätigkeiten in vollem Umfange Anwendung, so daß in der folgenden Darstellung der Übersichtlichkeit halber nur von Unfällen beim Betriebe gesprochen werden soll.

Ein solcher Zusammenhang zwischen dem Unfall und dem Betriebe muß hiernach bestehen:

- I. Hinsichtlich der Örtlichkeit, wo sich der Unfall ereignet (Betriebsstätte),
- II. hinsichtlich der Zeit, in der sich der Unfall ereignet (Betriebszeit),
- III. hinsichtlich der Art der Arbeit, bei der sich der Unfall ereignet (Betriebsarbeit),
- IV. hinsichtlich des Zwecks der Arbeit, bei der sich der Unfall ereignet (Betriebszweck),
- V. hinsichtlich der Gefahr, welcher der Unfall entspringt (Betriebsgefahr).

Nach diesen fünf Richtungen ist daher der Begriff des Betriebsunfalles zu untersuchen. Hierauf sind unter Nr. VI die Beziehungen zwischen einem etwaigen Verschulden und dem Unfall zu prüfen.

### Zu I. Örtlicher Zusammenhang.

- A. Ein örtlicher Zusammenhang zwischen dem Unfall und dem Betriebe besteht, wenn sich der Unfall ereignet hat auf der Betriebsstätte.

Unter Betriebsstätte ist die Gesamtheit der Räume zu verstehen, über die der Betriebsunternehmer zu Zwecken des Betriebes verfügt. Sie umfaßt nicht nur diejenige Stelle, an welcher der Arbeiter die ihm zugewiesene Arbeit zu verrichten hat, die Arbeitsstätte, sondern sie beginnt regelmäßig schon mit dem Eingangstor und erstreckt sich über alle gedeckten oder freien Räume, die dem Unternehmer zur Aufrechterhaltung des Betriebes dienen.

- B. Von dem Erfordernis des örtlichen Zusammenhangs bestehen zwei Ausnahmen:

1. Wenn der Unfall sich zwar außerhalb der eigentlichen Betriebsstätte, aber noch innerhalb ihres Gefahrenbereiches ereignet;

Beispiel: Bei einem Neubau beschäftigte Maurer werden, während sie außerhalb der eigentlichen Betriebsstätte auf der Straße stehen, von dem zusammenstürzenden Baugerüst getroffen.

2. wenn eine Tätigkeit für den Betrieb im ausdrücklichen oder stillschweigenden Einverständnis mit dem Unternehmer außerhalb der Betriebsstätte ausgeführt wird und bei dieser Tätigkeit ein Unfall sich ereignet. Dies gilt einmal für Tätigkeiten zu Hause oder an sonstigen Orten außerhalb der Betriebsstätte, andererseits für Wege und Reisen, auf denen eine Tätigkeit im Interesse des Betriebes stattfindet.

Anders dagegen, wenn ein Unfall sich auf einem Wege ereignet, der als solcher noch keine Tätigkeit im Interesse des Betriebes darstellt, sondern eine solche Tätigkeit erst vorbereiten soll <sup>1)</sup>, insbesondere auf dem Wege zwischen der

<sup>1)</sup> Eine Ausnahme hiervon gilt aber wiederum, wenn beim Vorhandensein mehrerer Betriebsstätten der Weg zur Vorbereitung einer Betriebstätigkeit führt von einer Arbeitsstätte zur andern, oder bei landwirtschaftlichen Arbeiten vom

Betriebsstätte und der außerhalb der Betriebsstätte gelegenen Wohnung, auf dem Hinweg zur Arbeit und dem Rückweg von der Arbeit. Ein Unfall auf einem solchen Wege ist kein Unfall beim Betrieb und begründet daher keinen Entschädigungsanspruch <sup>1)</sup>).

### Zu II. Zeitlicher Zusammenhang.

Ein zeitlicher Zusammenhang zwischen Unfall und Betrieb kommt in Betracht: für die Zeit während der Arbeit, vor Beginn und nach Schluß der Arbeit, und für die Pausen zwischen der Arbeit.

- A. Erreignet sich der Unfall während der im Interesse des Betriebs geleisteten Arbeit, so liegt ein zeitlicher Zusammenhang stets vor.
- B. Ereignet sich der Unfall vor Beginn oder nach Schluß der Arbeit, so liegt ein zeitlicher Zusammenhang nur dann vor, wenn derjenige Zeitraum, um welchen sich die Versicherten zu früh in den Bannkreis des Betriebs begeben, bzw. um welchen sie diesen Bannkreis zu spät verlassen haben, nach Lage des einzelnen Falles angemessen ist.
- C. Ereignet sich der Unfall in den Pausen zwischen der Arbeit, so bleibt der zeitliche Zusammenhang mit dem Betriebe gewahrt, so lange sich die Versicherten innerhalb des Gefahrenbereiches des Betriebes befinden <sup>2)</sup>).

### Zu III. Art der Arbeit.

Die Tätigkeit, bei welcher sich der Unfall ereignet, muß eine solche sein, daß sie ihrer Art nach dem Betriebe zuzurechnen ist. Durch eine Tätigkeit, welche ihrer Art nach weder mittelbar noch unmittelbar zum Betriebe gehört, löst der Versicherte den Zusammenhang mit dem Betriebe und setzt sich außerhalb desselben <sup>3)</sup>).

---

Hof zur Feldarbeit. Unfälle auf solchen Wegen sind entschädigungspflichtig, obwohl auf ihnen eine Betriebstätigkeit noch nicht stattfindet, sondern erst vorbereitet werden soll.

<sup>1)</sup> Eine Ausnahme hiervon gilt einmal, wenn der Unfall auf dem Wege gerade durch die Besonderheiten des betreffenden Betriebs, insbesondere durch ein im Interesse des Betriebs mitgeführtes Werkzeug hervorgerufen ist, andererseits allgemein für Seeleute hinsichtlich der Beförderung vom Lande zum Fahrzeug und umgekehrt, § 1053; vgl. hierzu auch die folgende Anmerkung.

<sup>2)</sup> Besonderheiten gelten für Seeleute: Die Versicherung umfaßt die Zeit von Anfang bis Ende des Dienstverhältnisses einschließlich Beförderung vom Lande zum Fahrzeug und umgekehrt. Bei Flaggenwechsel gilt hierbei das Dienstverhältnis in dem Zeitpunkt als beendet, in welchem der Versicherte seine Entlassung verlangen durfte. Die Versicherung erstreckt sich auch auf die Unfälle für die einem deutschen Seemann gewährte freie Zurückbeförderung oder Mitnahme auf einem deutschen Seefahrzeug. Sie umfaßt dagegen nicht Unfälle, während einer Zeit, in welcher der Versicherte sich pflichtwidrig von Bord entfernt hält oder in eigener Sache an Land beurlaubt ist, §§ 1053—56.

<sup>3)</sup> Eine Erweiterung des Begriffes der Betriebsarbeit besteht insofern für die Seeverversicherung, als auch das Retten oder Bergen von Menschen oder Sachen als Betriebsarbeit gilt, § 1057 Nr. 2.

Beispiel: Ein Anstreicher, der zu einem Kunden zum Anstreichen geschickt worden ist, verrichtet bei dieser Gelegenheit auf Bitten des Kunden eine Gartenarbeit und verunglückt hierbei.

Verbotwidriges Handeln dagegen schließt die Annahme eines Betriebsunfalles nicht aus, §§ 544 Abs. II, 923 Abs. IV, 1052 Abs. II.

#### Zu IV. Zweck der Arbeit.

Der Zweck der Tätigkeit, bei welcher sich der Unfall ereignet, muß mittelbar oder unmittelbar auf den Betrieb gerichtet sein. Dient die Tätigkeit anderen Zwecken, insbesondere der eigenen Wirtschaft des Versicherten oder der Wirtschaft eines Dritten, so wird auch hierdurch der Zusammenhang mit dem Betriebe gelöst<sup>1)</sup>. Jedoch braucht die Tätigkeit dem Betriebe nicht ausschließlich zu gelten, wenn sich unter den verschiedenen Zwecken, denen die Tätigkeit dienen soll, nur auch der Betriebszweck in nennenswertem Umfang befindet<sup>2)</sup>.

#### Zu V. Art der Gefahr.

Die Art der Gefahr, welcher der Versicherte bei dem Unfall erliegt, braucht zwar keine derartige zu sein, daß sie nur dem betreffenden Betriebe eigentümlich ist (z. B. Sturz vom Baugerüst), vielmehr genügt es, wenn der Betroffene auch nur einer Gefahr des täglichen Lebens erliegt (z. B. Blitzschlag, Sonnenstich). Immer aber ist es erforderlich, daß der vom Unfall Betroffene der Gefahr, welcher er erlegen ist, gerade durch seine Tätigkeit im Betriebe in erhöhtem Grade ausgesetzt war<sup>3)</sup>, mag diese Erhöhung der Gefahr durch Ort (ein Waldarbeiter wird vom Blitzschlag getroffen), Zeit (ein Feldarbeiter zur Mittagszeit erleidet einen Sonnenstich) oder Art der Betriebstätigkeit (ein Schlächtergeselle, der eine kleine Wunde an der Hand hat, infiziert sich beim Wurstmachen) bedingt sein<sup>4)</sup>. Solche Gefahren dagegen, welchen der Versicherte unabhängig von Ort, Zeit

<sup>1)</sup> Der eigenen Wirtschaft des Versicherten dient insbesondere alle Tätigkeit zur Befriedigung seiner körperlichen Bedürfnisse (Nahrung, Erholung, Ruhe, Verrichtung der Notdurft usw.) ferner das Vorbereiten und Zurechtmachen des Arbeitsgeräts; bei kleinbäuerlichen Betrieben gehen indessen Hauswirtschaft und Landwirtschaft soweit ineinander über, daß sich selten trennen läßt, welche Verrichtung der einen und welche Verrichtung der anderen Wirtschaft dient. Dem Betrieb dient stets die Zahlung des Lohns.

<sup>2)</sup> Das Wort „Tätigkeit“ ist hier wie zu III in weitestem Sinne zu fassen und bedeutet nicht etwa nur das in dem Augenblick des Unfalls vorgenommene körperliche Handeln, sondern das gesamte Verhalten, insbesondere auch das Verweilen auf der Betriebsstätte. Wer also auf der Betriebsstätte einen Unfall erleidet, während er nicht gerade tätig zugreift, sondern etwa müßig dasteht, ißt, seine Notdurft verrichtet, erleidet einen Betriebsunfall dann, wenn sein Verweilen auf der Betriebsstätte im Interesse des Betriebes erfolgt.

<sup>3)</sup> Dies wird freilich vielfach bestritten.

<sup>4)</sup> Für die Seeunfallversicherung wird in § 1052 ausdrücklich hervorgehoben, daß als Betriebsunfälle auch Unfälle gelten, die während des Betriebs durch Elementarereignisse eintreten.

und Art der Betriebstätigkeit, sei es nur bei Gelegenheit des Betriebes (Insektenstich), sei es in selbstgeschaffener, dem Betriebe fremder Weise erlegen ist (Schlägerei, Spielerei, Aufspringen auf einen fahrenden Straßenbahnwagen bei einem Betriebswege), stehen mit dem Betriebe nicht in Zusammenhang.

Dieser fünffache Zusammenhang nach Ort, Zeit, Art, Zweck und Gefahr muß also zwischen dem Unfall der versicherten Person und ihrer Beschäftigung in einem versicherten Betriebe vorliegen, um den Tatbestand eines Unfalles „beim“ Betriebe zu erfüllen. Ist dieser Tatbestand erfüllt, so ist ein Entschädigungsanspruch begründet.

### Zu VI. Verschulden.

Durch ein Verschulden wird die Entstehung des Entschädigungsanspruchs regelmäßig nicht ausgeschlossen, mag auch der Unfall durch Fahrlässigkeit gröbster Art, ja selbst durch verbotwidriges Handeln herbeigeführt sein, §§ 544, 923, 1052. Nur die vorsätzliche Herbeiführung des Unfalles schließt den Entschädigungsanspruch aus, §§ 556, 930, 1065<sup>1)</sup> und es kann ferner die Entschädigung ganz oder teilweise versagt oder statt dem Verletzten seinen im Inlande lebenden Angehörigen überwiesen werden, wenn sich der Verletzte den Unfall bei Begehung eines Verbrechens oder vorsätzlichen Vergehens<sup>2)</sup> zugezogen hat, §§ 557, 930, 1065.

#### § 2.

### Unfälle bei häuslichen und anderen Diensten.

Durch einen Unfall beim Betrieb entsteht ein Entschädigungsanspruch für alle Klassen der versicherten Personen. Dagegen steht ein Entschädigungsanspruch bei Unfällen, die sich bei häuslichen und anderen Diensten<sup>3)</sup> ereignen, regelmäßig nur Arbeitern, Betriebsbeamten und Seeleuten zu<sup>4)</sup>. Doch kann für Unternehmer und deren Ehegatten, die hauptsächlich in der Landwirtschaft beschäftigt sind, die Versicherung durch die Satzung auch auf die hauswirtschaftliche Tätigkeit erstreckt werden, die mit der Landwirtschaft zusammenhängt, § 926.

Die versicherten Arbeiter, Betriebsbeamten und Seeleute erlangen, wenn sie in versicherten Betrieben oder Tätigkeiten beschäftigt sind

<sup>1)</sup> Daher ist Selbstmord als solcher regelmäßig kein Betriebsunfall, doch kann der krankhafte psychische Zustand, in dem der Selbstmord verübt wird, die Folge eines Betriebsunfalles sein und der Selbstmord dann Entschädigungsansprüche erzeugen.

<sup>2)</sup> Verbrechen sind strafbare Handlungen, die mit dem Tode, Zuchthaus oder Festung über 5 Jahren bedroht sind; Vergehen sind strafbare Handlungen, die mit Gefängnis oder Geldstrafe über 150 M. bedroht sind, § 1 des Strafgesetzbuchs. Die Verletzung bergpolizeilicher Verordnungen sowie der §§ 93 Abs. II und III und 95 bis 97 der Seemannsordnung gilt nicht als Vergehen, §§ 557 Abs. II, 1065 Abs. I.

<sup>3)</sup> d. h. bei allen nicht zur versicherten Betriebstätigkeit gehörenden Dienstverrichtungen.

<sup>4)</sup> Ferner den in § 552 Nr. 3 genannten Personen, wobei als Betrieb der Dienst der Genossenschaft anzusehen ist.

und einen Unfall bei häuslichen oder anderen Diensten erleiden, einen Entschädigungsanspruch nur unter vier Voraussetzungen, §§ 546, 924, 1057:

1. Ihre Hauptbeschäftigung muß im Betriebe oder in der versicherten Tätigkeit liegen;
2. sie müssen zu den fraglichen Diensten herangezogen, d. h. ausdrücklich oder stillschweigend angewiesen worden sein;
3. die Heranziehung muß durch den Unternehmer oder dessen Beauftragte erfolgt sein, und zwar
4. nicht auf Grund besonderer Abmachung, sondern in Ausfluß des bestehenden allgemeinen Dienstverhältnisses.

Beispiel zu 4: Verwendet der Dienstherr einmal seinen Chauffeur zu einem Botengang, so geschieht dies in Ausfluß des allgemeinen Dienstverhältnisses. Anders wenn ein Bauherr einen beim Bau beschäftigten Maurer ersucht, nach Feierabend gegen einen besonderen Entgelt einen Botengang zu übernehmen und der Maurer sich hierzu bereit erklärt. Hier liegt eine besondere Abmachung vor.

Hinsichtlich des Zusammenhanges zwischen dem erlittenen Unfall und den Diensten nach Ort, Zeit, Art, Zweck und Gefahr, sowie hinsichtlich des Einflusses eines Verschuldens auf den Unfall gelten die gleichen Grundsätze wie für den Unfall beim Betriebe; vgl. § 1.

## Zweiter Abschnitt.

# Gegenstand des Entschädigungsanspruchs.

Kraft des Entschädigungsanspruchs kann der Entschädigungsberechtigte Ersatz des Schadens verlangen, der durch Körperverletzung oder Tötung entsteht<sup>1)</sup>, §§ 555, 930, 1065.

Die Entschädigung erfolgt durch gesetzlich oder satzungsmäßig ein- für allemal bestimmte Leistungen. Diese Leistungen sind verschieden, je nachdem der Unfall oder die Gewerbekrankheit eine Körperverletzung oder den Tod zur Folge gehabt hat.

In beiden Fällen, Körperverletzung und Tötung, hat das Gesetz eine Anzahl Regelleistungen aufgestellt, die dem Entschädigungsberechtigten mindestens gewährt werden müssen, hat aber zugelassen, daß allgemein nach Bestimmung der Satzung oder nach Lage des

<sup>1)</sup> Zu ersetzen ist nur der Schaden, der die Folge des Unfalles ist, während ein späterer, unabhängig vom Unfall neu hinzutretender Schaden nicht ersetzt wird, auch wenn durch diesen neuen Schaden der erste zu ersetzende Schaden schwerer empfunden wird.

Beispiel: Der infolge eines Unfalles auf einem Auge Erblindete verliert unabhängig von diesem Unfall später auch noch das zweite Auge. Obwohl hierdurch der ursprüngliche Schaden erheblich vergrößert wird, wird doch nach wie vor nur der Schaden für Verlust des ersten Auges ersetzt.



einzelnen Falles über diese Regelleistungen hinaus gewisse Arten von Mehrleistungen gewährt werden können.

Ferner hat das Gesetz dem zur Leistung der Entschädigung Verpflichteten die Befugnis erteilt, an Stelle der eigentlich geschuldeten Leistungen bestimmte andere Leistungen zu gewähren, die eigentlich geschuldeten Leistungen durch andere Leistungen, die das Gesetz für gleichwertig erklärt, zu ersetzen. Der Entschädigungsberechtigte hat auf diese Ersatzleistungen keinen Anspruch; er kann stets nur die Gewährung der eigentlich geschuldeten Leistungen verlangen. Der Schuldner kann sich aber von der Verpflichtung zur Gewährung jener Leistungen dadurch befreien, daß er an ihrer Stelle die Ersatzleistungen gewährt.

Hiernach ist die folgende Darstellung zu gliedern:

Es wird zunächst im Kapitel I der Gegenstand des Entschädigungsanspruchs im Falle der Körperverletzung und hierauf im Kapitel II der Gegenstand des Entschädigungsanspruchs im Falle der Tötung behandelt und innerhalb jedes dieser beiden Fälle geprüft, welche Leistungen auf Grund des Entschädigungsanspruchs als gesetzliche Regelleistungen mindestens gewährt werden müssen (§ 1) und welche Leistungen an Stelle der Regelleistungen als Ersatzleistungen (§ 2), sowie welche Leistungen über die Regelleistungen hinaus als freiwillige Mehrleistungen gewährt werden können (§ 3). In einem dritten Kapitel sind hierauf die Gründe zu untersuchen, aus denen die auf Grund des Entschädigungsanspruchs geschuldeten, in Kapitel I und II aufgezählten Leistungen in Wegfall kommen.

## Kapitel I.

### Leistungen im Fall der Körperverletzung.

#### § 1.

#### Regelleistungen.

Die Leistungen, die der Entschädigungsberechtigte im Falle der Körperverletzung mindestens verlangen kann, sind:

- I. Krankenbehandlung;
- II. Rente für die Dauer der Beschränkung der Erwerbsfähigkeit;
- III. Krankenhilfe und Krankengeldzuschuß.

#### I. Die Krankenbehandlung.

Die Krankenbehandlung umfaßt folgende Leistungen, §§ 558 Nr. 1, 930, 1065:

- A. Ärztliche Behandlung;
- B. Versorgung mit Arznei und anderen Heilmitteln;

C. Versorgung mit Hilfsmitteln, die erforderlich sind, um den Erfolg des Heilverfahrens zu sichern oder die Folgen der Verletzung zu erleichtern (Krücken, Stützapparate usw.)<sup>1)</sup>.

In welcher Weise im einzelnen<sup>2)</sup> diese Leistungen zu gewähren sind, bestimmt der zur Leistung der Entschädigung Verpflichtete. Er kann jederzeit ein neues Heilverfahren eintreten lassen, wenn zu erwarten ist, daß dadurch die Erwerbsfähigkeit des Verletzten erhöht wird, §§ 603, 952, 1112. Ihm und nicht dem Verletzten steht die Auswahl des behandelnden Arztes zu; nur muß die Behandlung regelmäßig durch approbierte Ärzte bzw. Zahnärzte erfolgen, §§ 122, 123. Er braucht endlich die Krankenbehandlung nicht selbst zu gewähren, sondern kann die Erfüllung seiner Pflichten gegen den Verletzten bis zur Beendigung des Heilverfahrens gegen Ersatz der Auslagen der Krankenkasse übertragen, § 1514.

Die Krankenbehandlung beginnt mit der 14. Woche nach dem Unfallereignis<sup>3)</sup>, während bis zu diesem Zeitpunkt auf Grund der Vorschriften über die Krankenversicherung die Krankenkasse, oder wenn der Verletzte zwar gegen Unfall, nicht aber gegen Krankheit versichert ist, der Unternehmer bzw. die Gemeinde Krankenpflege zu gewähren hat<sup>4)</sup>. Die Krankenbehandlung ist auch dem zu gewähren, der zur Zeit des Unfalls bereits völlig erwerbsunfähig war.

## II. Die Rente.

Die Rente besteht in regelmäßigen, allmonatlich<sup>5)</sup> im voraus an den Entschädigungsberechtigten zu zahlenden Geldbeträgen<sup>6)</sup>, §§ 612, 955, 1115.

Zu untersuchen ist einmal ihre Höhe, andererseits der Zeitpunkt ihres Beginns.

### A. Die Höhe der Rente.

Die Höhe der Rente richtet sich einerseits nach dem Maße der Beeinträchtigung des Berechtigten, andererseits nach dem Betrag des vor dem Unfall von ihm bezogenen Jahresarbeitsverdienstes.

<sup>1)</sup> Hierin unterscheidet sich die Krankenbehandlung der Unfallversicherung von der Krankenpflege der Krankenversicherung, die nur die Leistungen zu A und B und von Heilmitteln nur kleinere, wie Brillen, Bruchbänder usw. gewähren muß, § 182 (vergl. oben S. 90). Die Invalidenversicherung gewährt als obligatorische Leistung eine Krankenbehandlung überhaupt nicht.

<sup>2)</sup> Näheres über den Inhalt der Krankenbehandlung zu A und B siehe oben S. 89 ff.

<sup>3)</sup> Für Gewerbekrankheiten bestimmt der Bundesrat das Nähere über den Beginn.

<sup>4)</sup> Vgl. unten zu III.

<sup>5)</sup> Bei kleinen Renten bis zu 60 M. im Jahr vierteljährlich.

<sup>6)</sup> Statt der Barleistungen sind Sachleistungen zulässig bzw. vorgeschrieben bei Trunksüchtigen bis zur vollen Höhe der Rente, § 120 und für landwirtschaftliche Arbeiter, die nach Ortsgebrauch ganz oder teilweise in Sachen gelohnt werden und mit der Sachleistung einverstanden sind, bis zu zwei Dritteln der Rente, §§ 953, 954. Die Sachleistung erfolgt durch die Gemeinde, der Rentenanspruch geht insofern auf sie über (vergl. oben S. 156, 245 u. S. 291).

1. Nach dem Maße der Beeinträchtigung des Verletzten unterscheidet man 3 Arten von Renten:

- a) die Vollrente,
- b) die Teilrente,
- c) die Hilflosen-Rente.

Zu a) Die Vollrente wird gewährt, wenn der Verletzte völlig erwerbsunfähig ist. Unter Erwerbsfähigkeit versteht man die Möglichkeit, seine Arbeitskraft wirtschaftlich zu verwerten. Sie deckt sich nicht mit der Arbeitsfähigkeit, sondern geht über diese hinaus. Denn es kann dem, der Arbeit zu verrichten imstande ist, unter gewissen Umständen, z. B. durch ansteckende oder ekelerregende Krankheiten, trotzdem nicht möglich sein, seine Arbeit ganz oder teilweise auf dem wirtschaftlichen Arbeitsmarkt zu verwerten. Tritt eine Einschränkung der Möglichkeit, auf dem ganzen wirtschaftlichen Gebiet (also nicht nur in dem besonderen Berufszweig) nach seinen gesamten Kenntnissen und körperlichen und geistigen Fähigkeiten Verdienst zu erlangen, als Folge eines Unfalles ein, so ist solcher Schaden durch die Rente zu ersetzen.

Ist dem Verletzten die Möglichkeit zum Erwerbe gänzlich genommen, so erhält er wegen völliger Erwerbsunfähigkeit die Vollrente. Diese beträgt  $\frac{2}{3}$  des Jahresarbeitsverdienstes, § 559 Nr. 1. Beläuft sich der Jahresarbeitsverdienst also auf 1200 M, so erhält der völlig Erwerbsunfähige die Vollrente im Betrage von 800 M.

Zu b) Eine Teilrente wird gewährt, wenn der Verletzte nicht völlig aber teilweise erwerbsunfähig ist. Ihr Betrag beläuft sich auf denjenigen Teil der Vollrente, welcher dem Maß der Einbuße an Erwerbsfähigkeit entspricht, § 559 Nr. 2. War der Verletzte also bisher imstande, täglich 4 M zu verdienen, und kann<sup>1)</sup> er infolge der durch den Unfall erlittenen Beeinträchtigung nur noch 2 M täglich verdienen, so beträgt diese Einbuße die Hälfte der bisherigen Erwerbsfähigkeit. Die Höhe der Teilrente bemißt sich also in diesem Falle auf die Hälfte der Vollrente: Bei einem Jahresarbeitsverdienst von 1200 M würde die Vollrente 800 M und demnach die in diesem Falle geschuldete Teilrente 400 M betragen.

Zu c) Die Hilflosenrente wird gewährt, solange der Verletzte infolge des Unfalles so hilflos ist, daß er nicht ohne fremde Wartung und Pflege bestehen kann, § 560, d. h. wenn er dauernd zu seiner Pflege einer fremden Arbeitskraft ganz oder in erheblichem Maße bedarf, weil er zu den Verrichtungen der gewöhnlichen Lebenshaltung aus eigener Kraft nicht

---

<sup>1)</sup> Nicht auf den wirklichen Verdienst kommt es also an, da dieser durch allerlei Zufälligkeiten, z. B. Mitleid des Dienstherrn, beeinflußt sein kann, sondern darauf, was der Verletzte auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt erwerben kann.

mehr imstande ist. Die Hilflosenrente besteht in einer Erhöhung der Vollrente bis zum Betrage des vollen Jahresarbeitsverdienstes. In obigem Beispiel würde also die Hilflosenrente mindestens mehr als 800 M und höchstens 1200 M betragen.

Die Vollrente und die Teilrente sollen einen Ersatz für die Einbuße an Erwerbsfähigkeit darstellen. Vollrente und Teilrente ist daher nur dem zu gewähren, der vor dem Unfall noch eine Erwerbsfähigkeit in irgend einem Maße besessen hat. Wer dagegen bereits vor dem Unfall dauernd völlig erwerbsunfähig war, erhält weder Vollrente noch Teilrente. Denn dann kann durch den Unfall auch keine Einbuße stattgefunden haben, und es fehlt daher die Grundlage eines Ersatzes. Die Hilflosenrente dagegen wird auch dem gewährt, der schon zur Zeit des Unfalles völlig erwerbsunfähig war<sup>1)</sup>. Ihr Höchstbetrag ist aber in diesem Falle auf die Hälfte der Vollrente, in obigem Beispiel also auf 400 M, gemindert.

## 2. Der Jahresarbeitsverdienst.

Der Jahresarbeitsverdienst besteht in dem gesamten Entgelt sowie Nebenbezügen (Tantiemen, Trinkgeldern, Freibier usw., § 160), welche der Verletzte während des letzten Jahres vor dem Unfall im Betriebe oder bei der versicherten Tätigkeit bezogen hat, §§ 563 ff, 931 ff, 1066 ff.

Bei der Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes ist zu unterscheiden, ob der Verletzte vor dem Unfall ein volles Jahr oder ob er kürzere Zeit als ein Jahr in dem Betriebe, in dem er den Unfall erlitten hat, beschäftigt war:

- a) War er ein volles Jahr beschäftigt, so gilt als Jahresarbeitsverdienst regelmäßig<sup>2)</sup> das 300-fache seines durchschnittlichen Tagesverdienstes.

Beispiel: Täglicher Verdienst durchschnittlich 4 M., Jahresarbeitsverdienst = 1200 M.

- b) War er weniger als ein Jahr beschäftigt, so wird entweder:

- aa) die Zahl der tatsächlichen Beschäftigungstage des Verletzten mit seinem durchschnittlichen Tagesverdienst multipliziert und für die übrigen im Jahr in dem betreffenden Betriebe arbeitsüblichen Tage der durchschnittliche Tagesverdienst eines gleichartigen Arbeiters hinzugezählt.

Beispiel: Tatsächliche Beschäftigungsdauer des Verletzten 150 Tage mit durchschnittlichem Verdienst von 4 M.; betriebsüblich in dem betreffenden Betrieb jährlich 250 Arbeitstage; gleichartige Arbeiter verdienen an den anderen 100 Tagen durchschnittlich 3,50 M.

<sup>1)</sup> Nicht aber dem schon vorher Hilflosen.

<sup>2)</sup> Vgl. aber § 564 Abs. II.

$$\begin{array}{rcl} \text{Jahresarbeitsverdienst} & = & 150 \cdot 4 = 600 \text{ M} \\ & + & 100 \cdot 3,50 = 350 \text{ ,,} \\ & & \text{Summe} = 950 \text{ M.} \end{array}$$

- bb) Ist diese Berechnung nicht ausführbar, etwa weil gleichartige Arbeiter nicht zu ermitteln sind, so wird lediglich die Zahl der betriebsüblichen Arbeitstage mit dem vom Verletzten bezogenen durchschnittlichen Tagelohn multipliziert.

Beispiel: Beschäftigungsdauer 150 Tage mit durchschnittlichem Verdienst von 4 M; betriebsüblich 250 Arbeitstage; Jahresarbeitsverdienst =  $250 \cdot 4 = 1000 \text{ M}$ .

- cc) Bei sogenannten Saisonarbeitern, bei denen wegen der geringen Zahl der betriebsüblichen Arbeitstage die Arbeiter sich regelmäßig noch andere Lohnarbeit suchen müssen, wird zwar zunächst die obige Berechnung zu aa bzw. bb zugrunde gelegt, für die an 300 fehlende Zahl der betriebsüblichen Arbeitstage aber der Ortslohn<sup>1)</sup> für Erwachsene über 21 Jahre am Beschäftigungsort eingesetzt.

Beispiel: Beschäftigungsdauer des Verletzten 10 Tage mit 5 M Durchschnittslohn; betriebsüblich in dem betreffenden Betrieb jährlich = 30 Arbeitstage; gleichartige Arbeiter verdienen an den weiteren 20 im Jahre betriebsüblichen Arbeitstagen durchschnittlich 4,50 M; Ortslohn = 3,00 M.

$$\begin{array}{rcl} \text{Fall aa:} & & \\ \text{Jahresarbeitsverdienst} & = & 10 \cdot 5 = 50 \text{ M} \\ & + & 20 \cdot 4,50 = 90 \text{ ,,} \\ & + & 270^2) \cdot 3 = 810 \text{ ,,} \\ & & \text{Summe} = 950 \text{ M.} \end{array}$$

$$\begin{array}{rcl} \text{Fall bb:} & & \\ \text{Jahresarbeitsverdienst} & = & 30 \cdot 5 = 150 \text{ M} \\ & + & 270 \cdot 3 = 810 \text{ ,,} \\ & & \text{Summe} = 960 \text{ M.} \end{array}$$

- c) Übersteigt der Jahresarbeitsverdienst 1800 M (früher 1500 M), so kommt der Mehrbetrag nur mit einem Drittel zur Anrechnung.

Beispiel: Tatsächlicher Verdienst = 2400 M; anzurechnender Jahresarbeitsverdienst =  $1800 + \frac{600}{3} = 2000 \text{ M}$ .

Beträgt der Jahresarbeitsverdienst weniger als das 300-fache des Ortslohns, so kommt als Jahresarbeitsverdienst an Stelle dieses geringeren Betrages das 300-fache des Ortslohns zur Anrechnung<sup>3)</sup>.

Beispiel: Der Jahresarbeitsverdienst würde nach obiger Berechnung (a bis b) nur 750 M betragen; durchschnittlicher Ortslohn = 3,00 M.

Jahresarbeitsverdienst = 900 M.

<sup>1)</sup> Über den Ortslohn vgl. das Nähere §§ 149—152 und dazu oben S. 87/88.

<sup>2)</sup>  $300 - 30$  (Zahl der betriebsüblichen Arbeitstage) = 270 Tage.

<sup>3)</sup> Dieser Betrag ist also das mindeste, was an Jahresarbeitsverdienst immer angerechnet werden muß.

War der Verletzte aber schon vor dem Unfall dauernd teilweise erwerbsunfähig, so wird nur derjenige Teil des Ortslohns angesetzt, der dem Maß seiner Erwerbsfähigkeit entspricht.

Beispiel: Der Verletzte war vor dem Unfall nur noch halb erwerbsfähig. Sein Jahresarbeitsverdienst würde nach obiger Berechnung (a bis b) nur 100 M betragen; Ortslohn = 3,00 M, für halb Erwerbsfähige also = 1,50 M. Der Jahresarbeitsverdienst ist =  $300 \cdot 1,50 = 450 \text{ M}^1$ )<sup>2)</sup>.

## B. Beginn der Rentenzahlung.

Die Zahlung der Rente beginnt ebenso wie die Krankenbehandlung regelmäßig mit der 14. Woche nach dem Unfallereignis. Bis zu diesem Tage ist der Verletzte auf das ihm nach den Vorschriften über die Krankenversicherung zustehende Krankengeld und den Krankengeldzuschuß angewiesen (vgl. unten zu III). Nun wird das Krankengeld aber nur gewährt, solange der Kranke arbeitsunfähig ist, während die Unfallrente, wie oben ausgeführt, schon im Falle einer Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit zu zahlen ist. Wird der Verletzte also bereits vor Ablauf der 13. Woche wieder arbeitsfähig, so erhält er von diesem Zeitpunkt der wiedergekehrten Arbeitsfähigkeit an kein Krankengeld, ohne Rücksicht darauf, ob er weiterhin in seiner Erwerbsfähigkeit noch beschränkt ist oder nicht.

Würde nun ein solcher Verletzter eine Unfallrente wegen Beschränkung seiner Erwerbsfähigkeit erst von der 14. Woche an erhalten, so würde zwischen dem Wegfalle des Krankengeldes wegen wiedergekehrter Arbeitsfähigkeit und der Gewährung der Unfallrente wegen noch bestehender Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit ein Zeitraum liegen, in welchem der Verletzte eine Entschädigung für entgangenen Arbeitsgewinn überhaupt nicht erhielt. Dies soll vermieden werden; darum beginnt ausnahmsweise die Unfallrente in solchem Falle, wenn anzunehmen ist, daß die Beeinträchtigung der

<sup>1)</sup> Über die Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes bei stundenweiser Beschäftigung und bei wochenweiser Lohnberechnung vgl. §§ 568, 569.

<sup>2)</sup> Die oben angegebene Art der Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes (2 a bis c) gilt uneingeschränkt nur für die gewerbliche Unfallversicherung.

In der landwirtschaftlichen Unfallversicherung dagegen sind für die Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes zu unterscheiden einerseits Betriebsbeamte und Facharbeiter (d. h. solche, die für ihre Stellung besonderer fachlicher Fertigkeiten bedürfen, vgl. oben S. 299/300 Anm. 3), andererseits sonstige landwirtschaftlich versicherte Personen (Arbeiter, Unternehmer usw.). Für die ersteren gilt im wesentlichen die oben angegebene Berechnung, §§ 931—935, für die letzteren dagegen richtet sich der Jahresarbeitsverdienst nach dem durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienst landwirtschaftlicher Arbeiter zur Zeit des Unfalles am Beschäftigungsorte durch landwirtschaftliche oder andere Erwerbstätigkeit. Dieser Durchschnittsverdienst wird vom Oberversicherungsamt nach Anhörung des Versicherungsamts getrennt für Männer und Frauen und nach dem Lebensalter (unter 16 Jahre, 16—21 Jahre, über 21 Jahre) festgesetzt, §§ 936—938.

Für die Seounfallversicherung endlich gelten wiederum andere nach getrennten Gruppen von Seelenten verschiedene (§§ 1067—73, 1074—78, 1079, 1080) Bestimmungen.

Erwerbsfähigkeit über die 14. Woche hinaus andauern und der Verletzte damit einen Anspruch auf Unfallentschädigung erlangen wird, bereits vor Ablauf der 13. Woche mit dem Wegfall des Krankengeldes, §§ 582, 948, 1094<sup>1)</sup> 2).

### III. Krankenhilfe und Krankengeldzuschuß.

#### A. Die Krankenhilfe.

Die Leistungen der Unfallversicherung setzen in der Regel erst mit dem Beginn der 14. Woche nach dem Unfallereignis ein. Wie oben ausgeführt, wird die Krankenbehandlung stets, die Rente in der Regel erst von diesem Zeitpunkt an gewährt.

Für die ersten 13 Wochen ist der Verletzte daher auf eine anderweitige Entschädigung angewiesen.

Wenn der Verletzte zu den gegen Krankheit versicherten Personen gehört, so wird ihm diese Entschädigung von der Krankenkasse in der Form der Krankenhilfe gewährt; von der Krankenkasse erhält er dann Krankenpflege und Krankengeld nach den Vorschriften über die Krankenversicherung, §§ 573—575, 943, 1083.

Der Kreis der gegen Krankheit und gegen Unfall versicherten Personen ist indessen nicht der gleiche. Auf der einen Seite umfaßt die Krankenversicherung eine Anzahl von Personenklassen, die der Unfallversicherung nicht unterstehen, auf der anderen Seite geht der Kreis der gegen Unfall versicherten Personen über den Kreis der gegen Krankheit versicherten Personen hinaus<sup>3)</sup>.

Es muß daher für diejenigen Personen, die zwar gegen Unfall, nicht aber gegen Krankheit versichert sind, für die ersten 13 Wochen in anderer Weise Fürsorge getroffen werden<sup>4)</sup>. Diese Personen erhalten daher, wenn sie einen Unfall erleiden, in den ersten 13 Wochen einen Anspruch auf Krankenentschädigung in demselben Umfang, wie die gegen Krankheit versicherten Personen, § 577. Auch sie haben also in den ersten 13 Wochen Krankenhilfe (Krankenpflege und Krankengeld) zu beanspruchen.

Diese Entschädigung ist ihnen in der Regel von dem Unternehmer, bei der landwirtschaftlichen Unfallversicherung und bei den zur Zweiganstalt gehörigen Seeleuten (vgl. unten S. 341) von der Gemeinde zu gewähren<sup>5)</sup>.

<sup>1)</sup> Über die Befugnis, auf Grund der Satzung die Unfallrente nach Wegfall des Krankengeldes auch dann zu gewähren, wenn die Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit voraussichtlich nicht über die 13. Woche hinaus dauern wird, vgl. unten § 3.

<sup>2)</sup> Besonderheiten über den Beginn der Unfallentschädigung für Seeleute (Ende der gesetzlichen Pflicht des Reeders zur Krankenfürsorge) enthält § 1065 Abs. II.

<sup>3)</sup> So sind z. B. Arbeiter gegen Krankheit nur versichert, wenn sie gegen Entgelt beschäftigt sind, während die Unfallversicherung alle Arbeiter umfaßt, ohne Rücksicht darauf, ob sie einen Entgelt erhalten oder nicht.

<sup>4)</sup> Für Betriebsbeamte und Seeleute gilt dies nur, wenn ihr Jahresarbeitsverdienst 2500 M nicht übersteigt, §§ 577 Abs. I Satz 5 und 1084 Satz 2.

<sup>5)</sup> Näheres zu vgl. §§ 577, 942—943, 1084—85, 1087—88.

## B. Der Krankengeldzuschuß.

Nicht nur der Kreis der gegen Krankheit und Unfall versicherten Personen ist ein verschiedener, sondern auch das Maß der auf Grund eines Entschädigungsanspruchs im Falle einer Krankheit und eines Unfalls zu gewährenden Leistungen ist ungleich, wobei die Leistungen der Unfallversicherung regelmäßig über die Leistungen der Krankenversicherung hinausgehen.

Ist nun ein Unfall eingetreten, so würde, wie ausgeführt, die Entschädigung für diesen Unfall in den ersten 13 Wochen nach den Vorschriften über die Krankenversicherung zu erfolgen haben, und erst nach Ablauf der 13. Woche bzw. nach dem Wegfall des Krankengeldes wegen wiedergekehrter Arbeitsfähigkeit würden die höheren Leistungen der Unfallversicherung eintreten. Hier soll nun der sogenannte Krankengeldzuschuß einen Ausgleich herbeiführen: Ist nämlich eine Krankheit auf einen Unfall zurückzuführen, so ist dem Verletzten vom Beginn der 5. Woche nach dem Unfallereignis bis zum Ablauf der 13. Woche nach dem Unfallereignis das Krankengeld auf  $\frac{2}{3}$  des Grundlohns <sup>1)</sup> zu erhöhen <sup>2)</sup>, §§ 573, 577, 1085.

Diesen Mehrbetrag (den Krankengeldzuschuß) hat der Unternehmer selbst zu tragen bzw., falls ihn die Krankenkasse verauslagt hat, zu erstatten.

Wenn indessen die Unfallfolgen denjenigen Zeitpunkt überdauern, an welchem der Entschädigungsanspruch nach den Vorschriften über die Unfallversicherung beginnt, d. h. den Anfang der 14. Woche, wenn also dem Verletzten über die 13. Woche hinaus eine Entschädigung zu leisten ist, so wird dieser Mehrbetrag, dieser „Krankengeldzuschuß“, nicht von dem Unternehmer, sondern von demjenigen getragen, der zur Zahlung der Unfallentschädigung überhaupt verpflichtet ist, §§ 576, 1085, also von den Berufsgenossenschaften und sonstigen Trägern der Unfallversicherung <sup>3)</sup> <sup>4)</sup>.

<sup>1)</sup> Über den Grundlohn vgl. oben S. 87. Die Erhöhung findet natürlich nur dann statt, wenn die Regelleistungen der Kasse, auf welche der Verletzte nach § 573 Abs. I Satz 1 stets Anspruch hat, nicht selbst schon mehr betragen als  $\frac{2}{3}$  des Grundlohns.

<sup>2)</sup> Diese Vorschrift gilt nicht für die landwirtschaftliche Unfallversicherung sowie für die zur Zweiganstalt gehörigen Seeleute.

<sup>3)</sup> Die Satzung kann bestimmen, daß der Mehrbetrag auch dann zu ersetzen ist, wenn eine Entschädigung über die 14. Woche hinaus nicht zu zahlen ist, wenn also ein gesetzlicher Unfallentschädigungsanspruch überhaupt nicht entsteht, §§ 576, 1085.

<sup>4)</sup> Der allgemeine Grundsatz ist also folgender: Der Verletzte soll dadurch, daß er in den ersten 13 Wochen auf die Krankenentschädigung angewiesen ist, nicht schlechter stehen. Aus diesem allgemeinen Grundsatz folgt:

- a) Wird keine Krankenentschädigung gewährt, so tritt eine, inhaltlich der Krankenentschädigung angenäherte Unfallentschädigung an ihre Stelle.
- b) Fällt die Krankenentschädigung vorher weg, so tritt eine Unfallentschädigung schon früher ein.
- c) Ist die Krankenentschädigung geringer, so tritt Ergänzung ein.



## § 2.

**Ersatzleistungen.**

An Stelle der von dem Verletzten mindestens zu beanspruchenden Regelleistungen kann der zur Leistung der Entschädigung Verpflichtete folgende Ersatzleistungen gewähren:

1. an Stelle der Krankenbehandlung und Rente (I und II): Heilanstaltspflege in Verbindung mit Angehörigenrente;
2. an Stelle der Rente (II): Aufnahme in ein Invalidenhaus oder Kapitalabfindung;
3. an Stelle der vom Unternehmer zu gewährenden Krankenhilfe nebst Krankengeldzuschuß (III): Krankenhauspflege und Hausgeld <sup>1)</sup>.

Zu 1. a) Die Heilanstaltspflege besteht darin, daß der Verletzte außerhalb seiner Wohnung in einer Heilanstalt untergebracht und daß ihm dort freie Kur und Verpflegung gewährt wird, §§ 597, 951, 1102 <sup>2)</sup>.

b) Die neben der Heilanstaltspflege zu gewährende Angehörigenrente besteht in der Zahlung von Renten an die Angehörigen des Verletzten während der Dauer der Heilanstaltspflege, § 598.

Rentenberechtigt sind dieselben Angehörigen, die im Falle des Todes des Verletzten einen Anspruch auf Rente haben würden, und auch der Betrag ist der gleiche wie bei Renten für den Todesfall. Über diese Personen und den Betrag ihrer Renten vgl. daher unten Kapitel II <sup>3)</sup> <sup>4)</sup>.

Zu 2. a) Die Aufnahme in ein Invalidenhaus oder in eine ähnliche Anstalt kann dem Verletzten an Stelle der Rente auf seinen Antrag gewährt werden. Die Aufnahme verpflichtet den Empfänger auf  $\frac{1}{4}$  Jahr und, wenn er nicht einen Monat vor Ablauf dieser Zeit widerspricht, auf ein weiteres Vierteljahr zur Annahme dieser Ersatzleistung an Stelle der Rente, §§ 607, 952, 1114.

b) Eine Kapitalabfindung an Stelle der Rente kann einem inländischen Verletzten oder einem ausländischen Verletzten, der im Inland wohnt, nur bei kleinen Renten gewährt werden (ein Fünftel der Vollrente oder weniger). Die Ersatzleistung

<sup>1)</sup> Keine Ersatzleistung ist die Gewährung von Renten statt in Barzahlung in Sachleistungen vgl. oben S. 319 Anm. 6.

<sup>2)</sup> Für Seeleute kann mit ihrer Zustimmung die freie Kur und Verpflegung auch statt in einer Anstalt an Bord eines Fahrzeugs gewährt werden, § 1102 Abs. II.

<sup>3)</sup> Rentenberechtigt ist ferner die Ehefrau, deren Ehe mit dem Verletzten erst nach dem Unfall geschlossen ist, § 598.

<sup>4)</sup> Zur Gewährung dieser Ersatzleistung an Stelle der Hauptleistung ist die Zustimmung des Verletzten erforderlich, wenn er einen eigenen Haushalt hat oder Mitglied eines Haushalts ist. Der Zustimmung bedarf es jedoch auch dann nicht in bestimmten Fällen (Erfordernis besonderer Behandlungsart oder fortgesetzter Beobachtung, ansteckende Krankheit, Ungehorsam gegenüber ärztlichen Anordnungen), § 597.

ist nur mit Zustimmung des Verletzten zulässig; auch ist das Versicherungsamt vorher zu hören, §§ 616, 955, 1117.

Ein rentenberechtigter Ausländer, der seinen Aufenthalt im Inlande aufgibt oder sich gewöhnlich im Ausland aufhält, kann dagegen ohne Rücksicht auf die Höhe seiner Rente durch eine Kapitalzahlung abgefunden werden, und zwar mit seiner Zustimmung mit dem dreifachen Betrag seiner Jahresrente und ohne seine Zustimmung mit einer dem Werte seiner Jahresrente entsprechenden Summe §§ 617, 955, 1117<sup>3)</sup>.

- Zu 3. In denjenigen Fällen, in denen nach dem Obigen (III) in den ersten 13 Wochen der Unternehmer oder die Gemeinde die Krankenhilfe nebst dem Krankengeldzuschuß zu gewähren hat, kann die Berufsgenossenschaft oder der sonstige Träger der Versicherung diese von dem Unternehmer zu gewährenden Leistungen an seiner Stelle gegen Ersatz der Auslagen selbst übernehmen. Übernimmt sie diese Leistungen, so ist sie berechtigt, an Stelle der Krankenpflege und des Krankengeldes als Ersatzleistung Krankenhauspflege und Hausgeld, oder auch Hauspflege unter Abzug vom Krankengeld bis zu einem Viertel zu gewähren, §§ 579, 600, 945, 1086, 1090. 1104. Über den Inhalt dieser Leistungen vgl. das Nähere in der Krankenversicherung.

### § 3.

#### Mehrleistungen.

Über die gesetzlichen Regelleistungen hinaus kann der zur Entschädigung Verpflichtete dem Verletzten folgende Mehrleistungen gewähren:

1. Beginn der Rentenzahlung schon vor Ablauf der 13. Woche;
2. Weiterzahlung der Rente über das gesetzliche Ende hinaus;
3. besondere Unterstützung während der Heilanstaltpflege;
4. Hauspflege;
5. Arbeitslosenrente.

Die Gewährung dieser Mehrleistungen ist teilweise, insbesondere bezüglich der Leistung zu 1, in der Satzung ausdrücklich festzusetzen. In diesem Fall erlangt der Berechtigte auf die Gewährung der Mehrleistungen ein festes Recht und es erweitert sich insoweit sein Entschädigungsanspruch. Im übrigen steht dagegen die Gewährung der Mehrleistungen lediglich im freien Willen des zur Leistung der Entschädigung Verpflichteten und kann vom Entschädigungsberechtigten niemals beansprucht werden.

- Bezüglich der einzelnen freiwilligen Mehrleistungen gilt folgendes:  
Zu 1. Wie oben ausgeführt (vgl. S. 323) beginnt die Rentenzahlung regelmäßig mit Ablauf der 13. Woche nach dem Unfallereignis,

<sup>3)</sup> Die Abfindung der Ausländer mit einem der Jahresrente entsprechenden Kapital gilt auch für Renten, die vor Inkrafttreten der Bestimmungen der RVO. über Unfallversicherung festgestellt worden sind, Art. 62.

während der Verletzte bis zu diesem Zeitpunkt auf die Leistungen der Krankenversicherung angewiesen ist. Wenn aber das Krankengeld wegen wiedergekehrter Arbeitsfähigkeit schon früher weggefallen ist, so beginnt die Rentenzahlung bereits mit dem Wegfall des Krankengeldes; dies gilt als gesetzliche Verpflichtung jedoch nur dann, wenn eine Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit über die 13. Woche hinaus andauert.

Dauert dagegen die Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit nur bis zum Beginn der 14. Woche, so ist ein Anspruch auf Unfallentschädigung nicht zur Entstehung gelangt. Es braucht daher eine Unfallrente nicht gezahlt zu werden, auch wenn die Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit den Zeitpunkt des Wegfalles des Krankengeldes überdauert. Für die Zeit einer Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit nach Wegfall des Krankengeldes erhält der Verletzte also überhaupt keine Entschädigung, wenn die Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit nicht bis zum Beginn der 14. Woche anhält. Hier kann indessen die Satzung eingreifen und dem Verletzten eine Unfallrente für die Dauer seiner Beeinträchtigung nach Wegfall des Krankengeldes auch dann gewähren, wenn diese Beeinträchtigung die 13. Woche nicht überdauert, §§ 582, 948, 1094.

Beispiel: A erleidet am 1. April einen Unfall, er ist bis zum 15. April arbeitsunfähig und erhält solange Krankengeld. Am 15. April wird er zwar wieder arbeitsfähig, aber noch nicht voll erwerbsfähig, er kann vielmehr zunächst nur zwei Drittel seines früheren Lohnes verdienen. Am 1. Juli sind 13 Wochen nach dem Unfall vergangen. Wird A erst nach diesem Zeitpunkt, also z. B. am 1. Oktober, wieder voll erwerbsfähig, so ist ihm Unfallrente schon vom 15. April ab bis zum 1. Oktober zu zahlen. Wird er dagegen schon vor dem 1. Juli, also z. B. am 1. Mai, wieder voll erwerbsfähig, so braucht ihm nach dem Gesetz für die Zeit von 15. April bis 1. Mai eine Unfallrente nicht gezahlt zu werden. Die Satzung kann die Gewährung einer Unfallrente aber auch für diesen Zeitraum anordnen.

- Zu 2. Die Rente endigt regelmäßig mit Ablauf des Monats, in dem der Verletzte stirbt oder das Ruhen der Rente eintritt (vgl. Kapitel III). War die Rente indessen für einen längeren Zeitabschnitt als für diesen einen Monat zu entrichten, also insbesondere in vierteljährlichen Beträgen, so kann die Rente über den Ablauf des Monats hinaus auch noch für diesen Zeitabschnitt gewährt werden, §§ 613, 955, 1115.
- Zu 3. Ist der Verletzte in einer Heilanstalt untergebracht (vgl. § 2 zu 1.), so kann ihm und seinen Angehörigen außer der Angehörigenrente auch noch eine besondere Unterstützung gewährt werden. Durch die Satzung kann die Gewährung einer solchen besonderen Unterstützung ein- für allemal angeordnet werden. Aber auch wenn die Satzung dies nicht tut, kann eine besondere Unterstützung nach Lage der Sache in einzelnen Fällen dann gewährt werden, wenn Bedürftigkeit vorliegt, §§ 602, 952, 1105.

- Zu 4. Mit Zustimmung des Verletzten kann ihm Hilfe und Wartung durch Krankenpfleger, Krankenschwestern oder andere Pfleger gewährt werden. Dies gilt besonders dann, wenn die Aufnahme eines Verletzten in eine Heilanstalt an sich geboten wäre, aber aus besonderen Gründen nicht ausführbar oder nicht zweckmäßig erscheint, §§ 599, 952, 1103.
- Zu 5. Eine Arbeitslosenrente kann dem Verletzten gewährt werden, der in seiner Erwerbsfähigkeit beschränkt ist, ohne sie doch verloren zu haben, und deshalb eine Teilrente bezieht. Ist ein solcher Verletzter nämlich infolge des Unfalles unverschuldet arbeitslos, so kann ihm auf Zeit seine Teilrente bis zur Vollrente erhöht werden. Die Gewährung dieser Leistung steht lediglich im Ermessen des zur Entschädigung Verpflichteten, der Verletzte hat hierauf einen Anspruch nicht, §§ 562, 930, 1065.

## Kapitel II.

### Leistungen im Falle der Tötung.

Ist die Folge des Unfalles nicht nur eine Körperverletzung, sondern der Tod des Betroffenen, so ist zu unterscheiden, ob der Tod alsbald nach dem Unfall oder ob er erst später eintritt. Während im ersteren Falle eine Entschädigung lediglich den Hinterbliebenen gewährt werden kann, steht im letzteren Falle zunächst dem Verletzten selbst ein Entschädigungsanspruch zu. Gegenstand dieses dem Verletzten zustehenden Anspruchs sind die in Kapitel I aufgezählten Leistungen, soweit sie bis zum Tode des Verletzten fällig geworden sind. Hatte der Verletzte diese Entschädigung bis zu seinem Tode noch nicht erhalten, so tritt bezüglich dieser Entschädigung eine von den Vorschriften des Bürgerlichen Rechts teilweise abweichende Erbfolge ein. Es sind nämlich nacheinander der Ehegatte, die Kinder, Eltern und Geschwister bezugsberechtigt, wenn sie mit dem Berechtigten zur Zeit seines Todes in häuslicher Gemeinschaft gelebt haben, §§ 614, 955, 1115.

Neben dieser dem Verletzten gebührenden Entschädigung steht indessen im Falle der Tötung <sup>1)</sup> auch gewissen Angehörigen des Verletzten ohne Rücksicht auf den Zeitpunkt seines Todes ein Entschädigungsanspruch zu, der eine Reihe selbständiger Leistungen zum Gegenstande hat. Dieser Entschädigungsanspruch der Angehörigen ist unabhängig von dem Entschädigungsanspruch des Verletzten. Steht daher dem Verletzten für die Zeit bis zu seinem Tode ein eigener Entschädigungsanspruch zu, so treten die seinen Angehörigen zu gewährenden Leistungen neben die von dem Verletzten selbst zu beanspruchende

<sup>1)</sup> In der Secunfallversicherung steht der Tötung gleich, wenn der Versicherte auf einem Fahrzeug in See gegangen ist, das untergegangen oder verschollen ist und seit einem Jahre keine glaubhafte Kunde vom Leben des Vermißten eingegangen ist, §§ 1099, 1100.

Die durch eine gerichtliche Todeserklärung gemäß § 18 BGB. begründete Vermutung des Todes gilt auch für die Unfallversicherung.

Entschädigung; tritt der Tod des Verletzten dagegen so früh nach dem Unfall ein, daß der Verletzte selbst Entschädigungsansprüche nicht mehr erlangt, also vor Ablauf der 13. Woche, so bestehen auf Grund des tödlichen Unfalls lediglich die Ansprüche der Hinterbliebenen.

Diese Ansprüche der Hinterbliebenen werden in diesem zweiten Kapitel dargestellt. Auch bei ihnen ist zu unterscheiden zwischen gesetzlichen Regelleistungen, die der zur Leistung der Entschädigung Verpflichtete mindestens gewähren muß (§ 1), Ersatzleistungen, die er an ihrer Stelle (§ 2) und freiwilligen Mehrleistungen, die er darüber hinaus gewähren kann (§ 3).

### § 1.

#### Regelleistungen.

Gegenstand des Entschädigungsanspruchs im Falle der Tötung sind folgende gesetzliche Regelleistungen:

I. Sterbegeld;

II. Hinterbliebenenrente;

III. Kapitalabfindung der wiederheiratenden Witwe.

Zu I. Das Sterbegeld beträgt den 15. Teil des Jahresarbeitsverdienstes, jedoch mindestens 50 M. Von dem Sterbegeld werden zunächst die Begräbniskosten bestritten. Das Sterbegeld wird an denjenigen bezahlt, der das Begräbnis besorgt hat. Der Überschuß steht nacheinander dem Ehegatten, den Kindern, Eltern und Geschwistern zu, wenn sie mit dem Verstorbenen zur Zeit seines Todes in häuslicher Gemeinschaft gelebt haben, §§ 586, 950, 203 <sup>1)</sup>.

Zu II. Ein Anspruch auf Hinterbliebenenrente steht der Reihe nach folgenden Personen zu, §§ 586 ff, 950, 1098:

A. Ehegatten und Kindern sowie den ihnen gleichgestellten Personen;

B. Verwandten der aufsteigenden Linie nach Gradesnähe;

C. Enkeln.

Zu A. 1. Die Witwe erhält eine Rente in Höhe von einem Fünftel des Jahresarbeitsverdienstes des Verstorbenen. Die Rente dauert bis zum Tode oder der Wiederverheiratung, § 588. Der Anspruch besteht nur, wenn die Ehe vor dem Unfall geschlossen war <sup>2)</sup>.

2. Der Witwer erhält eine Rente nur unter zwei Voraussetzungen:

a) wenn er bedürftig ist;

b) wenn die verstorbene Ehefrau wegen Erwerbsunfähigkeit des Ehemannes die Familie ganz oder überwiegend aus ihrem Arbeitsverdienst unterhalten hat.

<sup>1)</sup> Besondere Vorschriften über Voraussetzungen und Höhe des Sterbegeldes in der See-Unfallversicherung vgl. §§ 1096/97.

<sup>2)</sup> Über freiwillige Gewährung der Rente auch bei Abschluß der Ehe nach dem Unfall vgl. unten § 3.

Die Rente beträgt ein Fünftel des Jahresarbeitsverdienstes und dauert bis zum Tode oder der Wiederverheiratung. Auch der Witwer hat Anspruch nur, wenn die Ehe vor dem Unfall geschlossen ist, § 592.

3. Die Kinder erhalten bei tödlichem Unfall ihres Vaters oder ihrer unverheirateten oder verwitweten Mutter eine Rente stets, bei tödlichem Unfall ihrer in einer Ehe lebenden Mutter nur unter den gleichen Voraussetzungen wie der Witwer, also wenn sie bedürftig sind und der Unterhalt der Familie ganz oder überwiegend aus dem Arbeitsverdienst der Mutter bestritten worden ist, §§ 588, 591, 592.

Den Kindern stehen gleich:

die unehelichen Kinder, wenn der verstorbene außereheliche Vater ihnen nach gesetzlicher Pflicht Unterhalt gewährt hat, § 588;

- b) voreheliche Kinder einer Ehefrau oder Kinder aus früherer Ehe, wenn sie nicht die rechtliche Stellung von ehelichen Kindern des hinterbliebenen Ehemannes haben § 591.

Die Rente beträgt für jedes Kind ein Fünftel des Jahresarbeitsverdienstes und dauert bis zum vollendeten 15. Lebensjahr, § 588.

Zu B. Verwandte der aufsteigenden Linie (Eltern, Großeltern) erhalten eine Rente nur unter zwei Voraussetzungen:

1. wenn sie bedürftig sind;
2. wenn der Verstorbene sie wesentlich <sup>1)</sup> aus seinem Arbeitsverdienst unterhalten hat.

Die Rente beträgt für alle zusammen ein Fünftel des Jahresarbeitsverdienstes. Sie dauert bis zum Ende der Bedürftigkeit event. bis zum Tode, § 593.

Zu C. Enkel erhalten eine Rente nur unter drei Voraussetzungen:

1. wenn sie elternlos sind;
2. wenn sie bedürftig sind;
3. wenn der Verstorbene sie ganz oder überwiegend aus seinem Arbeitsverdienst unterhalten hat.

Die Rente beträgt für alle zusammen ein Fünftel und dauert bis zum Ende der Bedürftigkeit event. bis zum vollendeten 15. Lebensjahr, § 594.

Die sämtlichen Renten der Hinterbliebenen dürfen zusammen drei Fünftel des Jahresarbeitsverdienstes nicht übersteigen, sonst werden sie gekürzt. Die Kürzung erfolgt in der Reihenfolge der zu A bis C aufgezählten Gruppen in der Weise, daß die spätere Gruppe nur etwas erhält, wenn die Ansprüche

---

<sup>1)</sup> Milderung gegenüber dem bisherigen Recht, das vollen oder überwiegenden Unterhalt verlangte.

der früheren Gruppe voll berücksichtigt werden können, während innerhalb der einzelnen Gruppe zu gleichen Teilen zu kürzen ist, § 595.

Beispiel: Hinterblieben sind eine Witwe, vier Kinder und ein bedürftiger Vater. Der Vater (Gruppe B) erhält nichts, weil Gruppe A bereits die zulässigen drei Fünftel erschöpft. Aber auch in Gruppe A muß eine Kürzung stattfinden, denn würde jeder der fünf Berechtigten das ihm gebührende Fünftel des Jahresarbeitsverdienstes erhalten, so wäre der für die Hinterbliebenen nur zulässige Gesamtbetrag von drei Fünfteln des Jahresarbeitsverdienstes überschritten. Jeder der fünf Rentenberechtigten erhält daher nur den 5. Teil von  $\frac{3}{5} = \frac{3}{25}$  des Jahresarbeitsverdienstes.

Zu III. Heiratet die Witwe wieder, so erhält sie drei Fünftel des Jahresarbeitsverdienstes als Kapitalabfindung, §§ 589, 950, 1098. Auf diese Abfindung hat die Witwe im Gegensatz zu den Fällen des § 2 Nr. 1 einen Anspruch.

## § 2.

### Ersatzleistungen.

Statt der an sich geschuldeten Regelleistungen können den Hinterbliebenen im Falle der Tötung folgende Ersatzleistungen gewährt werden:

1. Kapitalabfindung;
2. Aufnahme in Invalidenhäuser, Waisenhäuser oder ähnliche Anstalten.

Beide Ersatzleistungen können lediglich statt der Rente gewährt werden, während für die anderen den Hinterbliebenen geschuldeten Leistungen Ersatzleistungen nicht bestehen. Für beide gelten die gleichen Grundsätze, die für diese Ersatzleistungen oben in Kapitel I § 2 ausgeführt sind, jedoch ist eine Kapitalabfindung hier nur für Ausländer zulässig, §§ 607, 617, 952, 955, 1114, 1117 <sup>1)</sup>.

## § 3.

### Mehrleistungen.

An freiwilligen Mehrleistungen über die gesetzlichen Regelleistungen hinaus können im Fall der Tötung gewährt werden:

1. Witwenrente auch dann, wenn die Ehe erst nach dem Unfall geschlossen ist, §§ 590 Abs. II, 950, 1098;
2. Weiterzahlung der Rente über das gesetzliche Ende hinaus.

Wie oben in Kapitel I § 3 ausgeführt wurde, endigt die Rente an sich mit dem Ablauf des Sterbemonats oder des Monats, der das Ruhen der Rente bringt. Für die Entschädigungsansprüche der Hinterbliebenen kommt als Endtermin einer Rente auch noch der

<sup>1)</sup> Dies gilt auch für Renten, die vor dem Inkrafttreten der Bestimmungen der RVO. über Unfallversicherung festgestellt worden sind, Art. 62.

Ablauf des Monats der Wiederverheiratung des Witwers oder der Witwe hinzu. War nun die Rente nicht nach Monatsbeträgen, sondern nach längeren Zeitabschnitten zu zahlen, so kann die Rente nicht nur bis zum Ablauf des genannten Monats, sondern bis zum Ablauf dieses ganzen Zeitabschnittes bezahlt werden, §§ 613, 955, 1115.

### Kapitel III.

## Wegfall der Leistungen.

Die dem Entschädigungsberechtigten zu gewährenden Leistungen fallen fort: einmal, wenn der Entschädigungsanspruch im ganzen oder die Ansprüche auf Gewährung der einzelnen Entschädigungsleistungen erlöschen (§ 1), oder aber wenn jene Ansprüche zwar fortbestehen, ihre Befriedigung aber aus bestimmten Gründen verweigert werden kann (§ 2).

#### § 1.

### Erlöschen der Entschädigungsansprüche.

Hinsichtlich des Erlöschens der Entschädigungsansprüche ist zu unterscheiden, ob es sich um die Entschädigungsansprüche als solche oder um die Ansprüche auf einzelne Entschädigungsleistungen handelt.

A. Der Entschädigungsanspruch als solcher erlischt bei Ablauf der Ausschlußfrist infolge versäumter Anmeldung und bei Erreichung des gesetzlichen Endtermins.

1. Über den Ablauf der Ausschlußfrist vgl. §§ 1546 ff. RVO. und dazu unten S. 362.
2. Die Entschädigungsansprüche erreichen ihr gesetzliches Ende mit dem Tode des Berechtigten, mit dem Wegfall der durch den Unfall oder die Gewerbekrankheit hervorgerufenen Beeinträchtigung, mit der Wiederverheiratung des hinterbliebenen Witwers oder der hinterbliebenen Witwe, mit dem Wegfall der Bedürftigkeit der hinterbliebenen Verwandten aufsteigender Linie oder der Enkel und mit Erreichung des 15. Lebensjahres der hinterbliebenen Kinder oder Enkel. Über die Weiterzahlung der Rente über das gesetzliche Ende hinaus vgl. oben S. 328 u. 332.

B. Die Ansprüche auf die einzelnen Leistungen (Rentenraten, Gewährung einzelner Heilmittel u. a.) erlöschen mit der Erfüllung und den ihr gleichgestellten Rechtsakten:

1. Die Erfüllung erfolgt durch Bewirkung der geschuldeten Leistungen <sup>1)</sup>. Die Gewährung anderer Leistungen an Erfüllungsgestatt ist mit Ausnahme der gesetzlich gestatteten Ersatzleistungen unzulässig. Die Leistungen sind an den Entschädigungsberechtigten in Person zu bewirken. Durch Leistung an einen Dritten

---

<sup>1)</sup> Über die Art der Bewirkung vgl. unten S. 366 ff.



- wird der Schuldner nur insoweit befreit, als zulässigerweise eine Übertragung <sup>1)</sup> des Anspruchs stattgefunden hat.
2. Auf die Hinterlegung an Stelle der Zahlung finden die Vorschriften des BGB. §§ 372 ff. entsprechende Anwendung. Hiernach ist die Hinterlegung zulässig, wenn der Berechtigte im Annahmeverzuge ist, oder wenn der Schuldner aus einem in der Person des Berechtigten liegenden Grunde oder infolge einer nicht auf Fahrlässigkeit beruhenden Ungewißheit über die Person des Berechtigten die Leistung nicht oder nicht mit Sicherheit bewirken kann <sup>2)</sup>.
  3. Eine Aufrechnung der Entschädigungsansprüche auf etwaige Gegenforderungen kommt nur in beschränktem Umfang in Betracht; sie ist regelmäßig unzulässig und nur in 6 Ausnahmefällen (vgl. §§ 622, 955, 1117) gestattet, in denen die Gegenforderung mit dem Entschädigungsanspruch und seiner Durchführung in Zusammenhang steht.
  4. Dagegen bringt der Erlaß den Entschädigungsanspruch nicht zum Erlöschen, da es sich um Leistungen des öffentlichen Rechts handelt, die der Privatvereinbarung entzogen sind <sup>3)</sup>.

## § 2.

### Verweigerung der Leistung.

In bestimmten Fällen können, auch ohne daß der Entschädigungsanspruch erlischt, die geschuldeten Entschädigungsleistungen dem Berechtigten verweigert werden, nämlich:

1. bei Ungehorsam,
  2. bei Ruhen der Rente,
  3. bei Verjährung.
- Zu 1. Der Verletzte ist regelmäßig nicht Herr über das Heilverfahren, sondern hat sich den Anordnungen zu fügen, die der zur Leistung der Entschädigung Verpflichtete hinsichtlich des Heilverfahrens trifft <sup>4)</sup>. Dies gilt insbesondere für solche Fälle, in denen der Ver-

<sup>1)</sup> Über Übertragung, Pfändung und Verpfändung der Entschädigungsansprüche vgl. oben S. 48 Anm. 3.

<sup>2)</sup> Die Hinterlegung wird hauptsächlich praktisch bei Ersatzansprüchen der Krankenkassen gegenüber den Trägern der Unfallversicherung, falls der Verletzte der Auszahlung seiner Rente an die Krankenkasse widerspricht. Näheres vgl. unten fünfter Abschnitt.

<sup>3)</sup> Dagegen kann ein Erlaß oder ein einseitiger Verzicht des Berechtigten den äußeren Anlaß zur Erteilung eines förmlichen Bescheides (vgl. unten S. 364) geben, dessen Inhalt der getroffenen Vereinbarung entspricht. Die rechtliche Grundlage einer Einstellung der Entschädigung beruht aber dann lediglich in dem Bescheide, falls dieser die formelle Rechtskraft erlangt (vgl. unten S. 453), während die getroffene Vereinbarung nur eine tatsächlich vorbereitende Bedeutung hat. Die Rechtsprechung ist freilich in der rechtlichen Bewertung von Vereinbarungen vielfach weitergegangen. Prozessuale Vergleiche sind dagegen zulässig, § 1666.

<sup>4)</sup> Dies gilt nur für ungefährliche Maßnahmen, gefährlichen Maßnahmen, insbesondere einer Operation braucht sich der Verletzte nicht zu unterziehen.

letzte aufgefordert wird, sich in die Behandlung eines bestimmten Arztes oder in eine Heilanstalt zu begeben.

Kommt nun der Verletzte solchen Anordnungen nicht nach, so kann ihm die Entschädigung auf bestimmte Zeit ganz oder teilweise versagt werden. Die Versagung ist in solchem Falle aber nur unter drei Voraussetzungen zulässig, §§ 606, 952, 1114:

- a) wenn der Verletzte die Befolgung der Anordnung verweigert, ohne daß ihm hierfür ein gesetzlicher oder sonst triftiger <sup>1)</sup> Grund zur Seite steht;
  - b) wenn durch die Weigerung die Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflußt ist;
  - c) wenn der Verletzte auf die Entziehung der Entschädigung als Folge seines Ungehorsams hingewiesen worden ist <sup>2)</sup>.
- Zu 2. Die Rente ruht in bestimmten, in §§ 615, 955, 1115, 1116 aufgezählten Fällen, insbesondere während der Verbüßung einer längeren Freiheitsstrafe, Dienst auf fremden Kriegsschiffen, bei Ausweisung von Ausländern aus dem Reichsgebiet und während des Aufenthalts des Verletzten im Auslande, im letzteren Falle aber nur unter besonderen Voraussetzungen, die für Inländer und Ausländer verschieden gestaltet sind <sup>3)</sup>.
- Zu 3. Die Ansprüche auf die Entschädigungsleistungen verjähren in vier Jahren. Die Frist beginnt mit der Fälligkeit, bei fortlaufenden Leistungen mit der Fälligkeit jeder einzelnen Rate, § 29 Abs. III. Hinsichtlich der Hemmung und Unterbrechung der Verjährung sind die Vorschriften des bürgerlichen Rechts (§§ 202, 203, 205 ff. BGB.) entsprechend anzuwenden. Der Ablauf der Verjährungszeit berechtigt den zur Leistung der Entschädigung Verpflichteten, die einzelnen Leistungen, soweit Verjährung eingetreten ist, zu verweigern. Die sonstigen Leistungen dagegen, die der Berechtigte auf Grund seines Entschädigungsanspruchs verlangen kann, muß der Verpflichtete auch dann gewähren, da der Entschädigungsanspruch als solcher fortbesteht und die Verjährung nur die einzelne Leistung, nicht aber den Entschädigungsanspruch im ganzen erfaßt <sup>4)</sup>.

---

<sup>1)</sup> Z. B. Weigerung, sich einer Operation zu unterziehen; vgl. die vorige Anmerkung.

<sup>2)</sup> Hiervon verschieden ist der Fall, daß der Verletzte einer Anordnung nicht nachkommt, die nicht das Heilverfahren, sondern Untersuchung oder Beobachtung betrifft. Dann ist die Berufsgenossenschaft lediglich berechtigt, den nach Lage der Verhältnisse möglichen ungünstigsten Schluß aus solcher Weigerung zu ziehen; dabei handelt es sich also nur um eine Maßregel der Beweiswürdigung, die im Prozeß von Wichtigkeit sein kann.

<sup>3)</sup> Übergangsbestimmungen vgl. Art. 61.

<sup>4)</sup> Anders der Ausschluß des Entschädigungsanspruchs infolge Zeitablaufs wegen versäumter Anmeldung, § 1546 (vgl. § 1 dieses Kapitels) und unten vierter Abschnitt Kapitel I). Dort erlischt der Anspruch selbst, während er in dem obigen Fall fortbesteht.

### Dritter Abschnitt.

## Schuldner des Entschädigungsanspruchs.

Schuldner eines Entschädigungsanspruchs auf dem Gebiet der Unfallversicherung oder, wie das Gesetz ihn nennt, „Träger der Versicherung“ ist regelmäßig eine Berufsgenossenschaft, ausnahmsweise eine andere Person <sup>1)</sup>. Die Lehre von den Schuldnern des Entschädigungsanspruchs behandelt daher zunächst die Berufsgenossenschaften (A) und hierauf die sonstigen Träger der Unfallversicherung (B).

### A. Die Berufsgenossenschaften.

Die Berufsgenossenschaften sind öffentlichrechtliche Genossenschaften, also Personenvereinigungen mit eigener Rechtspersönlichkeit zur Erfüllung bestimmter staatlicher Aufgaben.

- a) Die Berufsgenossenschaften sind Personenvereinigungen und zwar Vereinigungen der Unternehmer versicherter Betriebe, also der Arbeitgeber, wenn auch die Arbeitnehmer in geringem Umfang <sup>2)</sup> an der Genossenschaftsverwaltung beteiligt sind. Die Zusammenfassung der Unternehmer zu den Berufsgenossenschaften erfolgt teils auf örtlicher, teils auf beruflicher Grundlage.
- b) Die Berufsgenossenschaften sind vom Staate zu einem bestimmten Zweck, nämlich zur Durchführung der Unfallversicherung geschaffen. Sie erfüllen ihre Aufgaben als eigene, ohne unmittelbare Einwirkung des Staates. Sie sind aber zu ihrer Erfüllung verpflichtet und dürfen sich keine anderen ihren Zwecken widersprechenden Aufgaben setzen. Hierüber übt der Staat durch seine Behörden die Aufsicht aus.
- c) Die Berufsgenossenschaften haben eigene Rechtspersönlichkeit, § 4. Sie handeln also selbständig durch eigene Organe und auf eigene Verantwortung. Sie haben eigenes Vermögen und eigene Schulden, die von denen ihrer Mitglieder getrennt sind. In einem Rechtsstreit ist nur die Berufsgenossenschaft Partei, nicht aber ihre Mitglieder.
- d) Die Berufsgenossenschaften sind juristische Personen des öffentlichen Rechts. Ihr Bestand und ihre Ausgestaltung sind nicht, wie bei den Personen des bürgerlichen Rechts (z. B. den rechtsfähigen Vereinen) vom Willen ihrer Mitglieder abhängig, sondern durch das öffentliche Recht geregelt.

<sup>1)</sup> Schuldner ist regelmäßig eine bestimmte Berufsgenossenschaft, und zwar diejenige, bei welcher der Betrieb versichert ist, für den die unfallbringende Beschäftigung stattgefunden hat. Hat jene Beschäftigung für mehrere Betriebe (oder Tätigkeiten) stattgefunden, die bei verschiedenen Versicherungsträgern versichert sind, so können die beteiligten Versicherungsträger die Entschädigungslast unter sich verteilen, § 1739. Über das Verfahren hierbei vgl. unten S. 468.

<sup>2)</sup> Nämlich an der Unfallverhütung; nach Bestimmung der Satzung können sie auch im Vorstand vertreten sein.

Wie bei anderen Personenvereinigungen mit eigener Rechtsfähigkeit, so ist auch bei den Berufsgenossenschaften zu unterscheiden zwischen ihrer äußeren Organisation und ihrer inneren Ausgestaltung und Tätigkeit, zwischen ihrer Verfassung (Kapitel I) und ihrer Verwaltung (Kapitel II).

## Kapitel I.

### Verfassung der Berufsgenossenschaften.

#### § 1.

#### Umfang.

##### I. Räumlicher und sachlicher Bereich.

Für den Umfang einer Berufsgenossenschaft sind zwei Merkmale entscheidend, einmal der räumliche Bezirk, für den sie besteht, andererseits diejenigen Betriebs- (Gewerbs-) Zweige, die sie umfaßt.

Der räumliche Bezirk kann sich über das gesamte Gebiet des Deutschen Reiches (z. B. Fleischereiberufsgenossenschaft) oder nur über einen Teil dieses Gebietes erstrecken (z. B. nordöstliche Baugewerksberufsgenossenschaft).

Die verschiedenen Betriebs- (Gewerbs-) Zweige sind nach ihrer inneren Verwandtschaft zusammengefaßt. Dabei ist zu beachten, daß nicht nur diejenigen Arten von gewerblichen Betriebszweigen hier in Betracht kommen, für die das Gesetz eine Versicherung schlechthin ohne Rücksicht auf Größe und Art des einzelnen Betriebes ausgesprochen hat (Bergwerke, Hüttenwerke, Bauarbeiten usw.), sondern, daß jeder gewerbliche Betrieb, wenn er fabrikmäßig betrieben wird (vgl. oben S. 306), versicherungspflichtig wird und einer Berufsgenossenschaft angehören muß, so daß also fast sämtliche überhaupt bestehenden Betriebszweige irgend einer Berufsgenossenschaft zugeteilt sein müssen.

##### II. Zusammensetzung.

Nach den genannten beiden Merkmalen, dem räumlichen Gebiet und den zugehörigen Betriebszweigen, geschieden, bestehen zurzeit 69 gewerbliche<sup>1)</sup> und 48 landwirtschaftliche<sup>2)</sup> Berufsgenossenschaften. Jede von ihnen umfaßt innerhalb ihres räumlichen Bezirkes bzw. der ihr angehörenden Betriebszweige die Unternehmer sämtlicher versicherten Betriebe und versicherten Tätigkeiten, in denen versicherte

<sup>1)</sup> Davon entfallen 13 auf das Bauwesen, je 8 auf Textil- sowie Eisen- und Stahlindustrie, 7 auf Nahrungs- und Genußmittelindustrie, je 4 auf Holzindustrie, Land- und Wassertransport, 3 auf die Industrie der Erden, je 2 auf Papier-, (Edel- und Unedel-) Metall- und Montanindustrie, je 1 auf Feinmechanik, Chemie, Gas- und Wasserwerke, Buchdruckerei, Leder-, Bekleidungs- und Musikinstrumentenindustrie, Schornsteinfeger sowie auf die Schmiede.

<sup>2)</sup> Die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften sind in Preußen nach Provinzen errichtet, Art. I des Ausf. Ges. v. 16. 6. 02. Ebenso Art. I § 1 des Entwurfs (vergl. S. 25, Anm. 2).

Personen beschäftigt werden. Alle diejenigen Unternehmer also, welche in einem versicherten Betriebe oder in einer versicherten Tätigkeit versicherte Personen beschäftigen, gehören als zwangsweise Mitglieder einer Berufsgenossenschaft an, und zwar derjenigen Berufsgenossenschaft, in deren räumlichem Bezirk ihr Betrieb gelegen ist, und deren sachlicher Bereich diejenigen Betriebszweige umfaßt, welchen der betreffende Betrieb angehört.

Beispiel: Die Müllerei-Berufsgenossenschaft setzt sich aus allen Unternehmern solcher Mühlen im ganzen Deutschen Reich zusammen, die in ihrer Mühle versicherte Personen beschäftigen; wer also im Deutschen Reich eine Mühle errichtet und in ihr versicherte Personen beschäftigt, gehört zwangsweise der Müllerei-Berufsgenossenschaft als Mitglied an.

Als Unternehmer eines Betriebs gilt derjenige, für dessen Rechnung der Betrieb geht, bei Seeschiffahrtbetrieben der Reeder. Als Unternehmer einer Tätigkeit gilt bei Bauarbeiten derjenige, für dessen Rechnung die Arbeit geht, bei Halten von Reittieren und Fahrzeugen, wer das Reittier oder Fahrzeug hält<sup>1)</sup>, §§ 633, 958, 1121.

### III. Unternehmer mehrerer Betriebe.

Unterhält ein Unternehmer mehrere Betriebe oder versicherte Tätigkeiten, so würde er nach dem obigen an sich mehreren Berufsgenossenschaften angehören. Für die Regel trifft dies auch zu. Um aber die mit der Zugehörigkeit zu mehreren Berufsgenossenschaften verbundenen Unzuträglichkeiten zu vermeiden, ist dieser Grundsatz durch eine Reihe von Ausnahmen durchbrochen. Hierbei ist zu unterscheiden, ob es sich um mehrere Hauptbetriebe, um einen Gesamtbetrieb oder um einen zusammengesetzten Betrieb handelt (vgl. oben S. 303/4), oder ob endlich versicherte Betriebe mit versicherten Tätigkeiten in der Person des gleichen Unternehmers zusammentreffen.

A. Mehrere Hauptbetriebe desselben Unternehmers sind stets bei derjenigen Berufsgenossenschaft versichert, der jeder einzelne Betrieb an sich angehört.

Beispiel: Ein Unternehmer unterhält eine Mühle und eine Brauerei, beide als selbständige Hauptbetriebe; dann gehört er mit der Mühle der Müllerei-Berufsgenossenschaft und mit der Brauerei der Brauerei- und Mälzerei-Berufsgenossenschaft als Mitglied an.

Wenn indessen die mehreren Hauptbetriebe gewerblicher oder landwirtschaftlicher Art sind (also nicht Betriebe des Seeverkehrs<sup>2)</sup>) und wenn sie im Bezirke desselben Oberversicherungsamts gelegen sind, so sind sie auf Antrag des Unternehmers einer einzigen Berufsgenossenschaft zuzuteilen, wenn in ihnen zusammen nicht mehr als 10 Versicherungspflichtige beschäftigt werden, §§ 542, 632, 922, 959 Abs. II.

<sup>1)</sup> D. h. wer im eigenen Interesse für einen Zeitraum von einer gewissen Dauer die Sorge für das Fahrzeug oder Reittier übernommen hat.

<sup>2)</sup> Ausgenommen sind ferner auch Binnenschiffahrts- und Flößereibetriebe.

- B. Liegt ein Gesamtbetrieb vor, so ist zu unterscheiden:
1. Der Hauptbetrieb ist überhaupt nicht versicherungspflichtig: dann ist der Nebenbetrieb derjenigen Berufsgenossenschaft zuzuteilen, der er seiner eigenen Art nach angehört.
 

Beispiel: Eine (nicht versicherungspflichtige) Sattlerei hat als Nebenbetrieb geringes Lohnfuhrwerk. Der Nebenbetrieb ist bei der Fuhrwerks-Berufsgenossenschaft zu versichern.
  2. Der Hauptbetrieb ist versicherungspflichtig bei einer gewerblichen Berufsgenossenschaft:
    - a) Ist der Nebenbetrieb gewerblich (aber kein Betrieb der Binnenschifffahrt oder Flößerei), so ist er derjenigen Berufsgenossenschaft zuzuteilen, welcher der Hauptbetrieb angehört, § 631 Abs. I.
 

Beispiel: Ein Lohnfuhrwerksbetrieb enthält als Nebenbetrieb eine kleine Schmiede. Auch die Schmiede ist bei der Fuhrwerks-Berufsgenossenschaft zu versichern.
    - b) Ist der Nebenbetrieb zwar gewerblich, aber ein Betrieb der Binnenschifffahrt oder Flößerei, so ist er der Berufsgenossenschaft des Hauptbetriebes nur dann zuzuteilen, wenn der Nebenbetrieb nicht über den örtlichen Verkehr hinausgeht, § 631 Abs. II. Andernfalls sind beide Betriebe getrennt zu versichern.
    - c) Ist der Nebenbetrieb ein landwirtschaftlicher, so ist der Nebenbetrieb nur dann bei der gewerblichen Berufsgenossenschaft versichert, wenn:
      - α) die Satzung der betreffenden gewerblichen Berufsgenossenschaft dies bestimmt und
      - β) die landwirtschaftlichen Arbeiten überwiegend von den im gewerblichen Betrieb beschäftigten Personen verrichtet werden. Andernfalls sind beide Betriebe bei getrennten Berufsgenossenschaften zu versichern, § 540 Nr. 1.
 

Beispiel: X betreibt Lohnfuhrwerk und Landwirtschaft als Nebenbetrieb des Lohnfuhrwerks:

        - a) In dem Lohnfuhrwerk arbeitet er selbst und der ältere der beiden Söhne, in der Landwirtschaft arbeitet die Ehefrau und der jüngere Sohn. Beide Betriebe sind bei getrennten Berufsgenossenschaften zu versichern (wenn nicht etwa nach § 542 einheitliche Versicherung beantragt wird; vgl. oben zu A.).
        - b) X selbst und der ältere Sohn arbeiten im Fuhrwerk, verrichten aber auch den größeren Teil der landwirtschaftlichen Arbeiten. Der landwirtschaftliche Nebenbetrieb ist bei der Fuhrwerks-Berufsgenossenschaft zu versichern, wenn deren Satzung die Versicherung derartiger landwirtschaftlicher Nebenbetriebe anordnet.
    - d) Gehört der Nebenbetrieb dem Seeverkehr an, so sind beide Betriebe getrennt zu versichern, § 540 Nr. 2.
  3. Der Hauptbetrieb ist versicherungspflichtig bei einer landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft:
    - a) Ist der Nebenbetrieb ein gewerblicher, aber weder ein unter § 919 fallender Betrieb (Bergwerke, Salinen, Hüttenwerke, bestimmte Fabriken usw.), noch auch ein Binnenschiffahrts-

- oder Flößereibetrieb, so ist der Nebenbetrieb bei der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft zu versichern, § 918.
- b) Ist der Nebenbetrieb einer der Betriebe des § 919, so sind beide Betriebe getrennt zu versichern.
  - c) Ist der Nebenbetrieb ein Binnenschiffahrts- oder Flößereibetrieb, so ist er nur dann bei der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft zu versichern, wenn er nicht über den örtlichen Verkehr hinausgreift, § 920; andernfalls sind beide Betriebe getrennt zu versichern.
  - d) Ist der Nebenbetrieb ebenfalls ein landwirtschaftlicher (z. B. eine Gärtnerei), so gehört er der gleichen Berufsgenossenschaft an wie der Hauptbetrieb.
  - e) Ist der Nebenbetrieb ein Betrieb des Seeverkehrs, so sind beide Betriebe getrennt zu versichern.
4. Ist der Hauptbetrieb versicherungspflichtig bei der See-Berufsgenossenschaft, so sind alle gewerblichen oder landwirtschaftlichen Nebenbetriebe nicht bei der See-Berufsgenossenschaft, sondern bei derjenigen Berufsgenossenschaft zu versichern, der sie an sich angehören.
- C. Liegt ein zusammengesetzter Betrieb vor, so ist bezüglich der Versicherung der einzelnen Betriebsteile zu unterscheiden:
1. Ist der Betrieb als solcher nicht versichert, so sind die Betriebsteile, so weit sie versicherungspflichtig sind, bei derjenigen Berufsgenossenschaft versichert, der sie ihrer eigenen Art nach angehören.
 

Beispiel: Bei einem Hotelbetrieb ist der den Hotelomnibus betreffende Betriebsteil bei der Fuhrwerks-Berufsgenossenschaft, der Küchenbetrieb bei der Nahrungsmittel-Industrie-Berufsgenossenschaft versichert usw.
  2. Ist der Betrieb als solcher versichert bei einer gewerblichen Berufsgenossenschaft, so sind dort ebenfalls versichert:
    - a) gewerbliche Betriebsteile stets § 631;
    - b) landwirtschaftliche Betriebsteile stets § 539 in Verbindung mit § 540 Nr. 1;
    - c) Betriebsteile des Seeverkehrs nur dann, wenn sie nicht über den örtlichen Verkehr hinausgreifen, § 540 Nr. 2. Sonst sind auch diese Bestandteile getrennt zu versichern.
  3. Ist der Betrieb als solcher versichert bei einer landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft, so gilt das gleiche wie zu 2, § 959.
  4. Ist der Betrieb als solcher bei der See-Berufsgenossenschaft versichert, so hat auch die Versicherung der wesentlichen Bestandteile, die nicht Nebenbetriebe sind, bei der See-Berufsgenossenschaft zu erfolgen.
- D. Treffen endlich mit versicherten Betrieben versicherte Tätigkeiten in der Person eines Unternehmers zusammen, so ist zu unterscheiden:

1. Bildet die versicherte Tätigkeit einen Bestandteil des Betriebs, z. B. das Halten eines Fabrikautomobils, so ist sie zugleich mit dem Hauptbetrieb zu versichern, §§ 631, 959.
2. Bildet die versicherte Tätigkeit zwar keinen Bestandteil des Betriebs, ist sie aber ihrer Art nach gleichartig mit Betriebstätigkeiten, mit welchen der Unternehmer einer Berufsgenossenschaft angehört, so ist die versicherte Tätigkeit zugleich mit dem Betriebe bei der Berufsgenossenschaft zu versichern, wenn die gleichartige Betriebstätigkeit über die versicherungspflichtige sonstige Tätigkeit überwiegt, §§ 631 Abs. III, 921.

Beispiel: Ein Lohnfuhrwerksbesitzer unterhält auch ein Reitpferd für den eigenen Gebrauch. Das Halten des Reitpferdes ist zugleich mit dem sonstigen Fuhrwerk zu versichern. Anders dagegen, wenn ein Rennstallbesitzer ab und zu ein Pferd vermietet.

3. In allen anderen Fällen sind Betriebe und versicherte Tätigkeiten getrennt zu versichern, und zwar die Betriebe bei der Berufsgenossenschaft, der sie ihrer Art nach angehören, die versicherten Tätigkeiten bei der Zweiganstalt oder Versicherungsgenossenschaft (vergl. unten V).

#### IV. Einteilung.

Das gesamte Gebiet einer Berufsgenossenschaft kann in räumliche Unterbezirke, sogen. „Sektionen“, eingeteilt sein, §§ 678, 973, 1144<sup>1)</sup>. Diese Sektionen haben indessen keine eigene Rechtspersönlichkeit, sondern lediglich die Bedeutung räumlicher Verwaltungsbezirke.

#### V. Zweiganstalten.

Die Berufsgenossenschaften umfassen nicht nur die Unternehmer der versicherten Betriebe, sondern auch die Unternehmer versicherter Tätigkeiten. Für die versicherten Tätigkeiten sind indessen insofern besondere Einrichtungen getroffen, als hierfür bei den in Betracht kommenden Berufsgenossenschaften, also den Berufsgenossenschaften der Baugewerbtreibenden und der gewerbsmäßigen Fuhrwerks- und Binnenschiffahrtbetriebe, sogenannte Zweiganstalten<sup>2)</sup> angegliedert sind, § 629<sup>3)</sup> 4). Während die in Betrieben beschäftigten Personen und, soweit eine Unternehmerversicherung besteht, die Betriebsunternehmer bei den Berufsgenossenschaften versichert sind, sind die

<sup>1)</sup> In Preußen, wo die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften nach Provinzen errichtet sind (vgl. S. 337 Anm. 2), entsprechen die landwirtschaftlichen Sektionsbezirke den Kreisen Art. II des Ausf. Ges. v. 16. 6. 02. Ebenso Art. II § 2 des Entwurfs (vergl. S. 25 Anm. 2).

<sup>2)</sup> Bisher Unfallversicherungsanstalten genannt.

<sup>3)</sup> Für die letzteren können anstelle von Zweiganstalten auch besondere Versicherungsgenossenschaften errichtet werden, § 629. Über diese vgl. unten Kapitel III § 2.

<sup>4)</sup> Eine weitere Zweiganstalt, jedoch für andere versicherungsrechtliche Zwecke gebildet, besteht bei der See-Berufsgenossenschaft. Bei dieser Zweiganstalt sind diejenigen Seeleute versichert, die nur im Kleinbetriebe der Seeschiffahrt sowie in der See- und Küstenfischerei beschäftigt sind, §§ 1186 ff.



in versicherten Tätigkeiten beschäftigten Personen sowie die Unternehmer dieser Tätigkeiten bei der Zweiganstalt versichert.

Auch diese Zweiganstalten haben, ebenso wie die Sektionen, keine Rechtspersönlichkeit <sup>1)</sup>, sondern sie sind lediglich eine Verwaltungseinrichtung der betreffenden Berufsgenossenschaft, der sie angegliedert sind.

### VI. Besondere Einrichtungen.

Die Berufsgenossenschaften können außer den Zweiganstalten nach freier Wahl auch noch gewisse andere Verwaltungseinrichtungen treffen, §§ 843 ff, 1029, 1198, nämlich:

- A. eine Haftpflichtversicherung,
- B. Rentenzuschuß- und Ruhegeldkassen,
- C. einen Arbeitsnachweis für Unfallverletzte.

Werden derartige Einrichtungen geschaffen, so besitzen auch diese keine eigene Rechtspersönlichkeit, sondern sie sind lediglich Verwaltungseinrichtungen; Träger dieser Einrichtungen ist daher die Berufsgenossenschaft, und es erweitert sich ihr Umfang, insoweit derartige Einrichtungen getroffen sind.

#### § 2.

### Organe.

#### A. Arten der Organe.

Die Berufsgenossenschaft muß folgende Organe haben:

1. die Genossenschaftsversammlung,
2. den Vorstand,
3. einen Ausschuß zur Vertretung der Genossenschaft gegenüber dem Vorstand.

Zu diesen drei notwendigen Organen, welche jede Berufsgenossenschaft haben muß <sup>2)</sup>, kommt eine Anzahl zulässiger Organe, welche eine Berufsgenossenschaft nicht zu haben braucht, aber haben kann.

Ist nämlich die Berufsgenossenschaft in räumliche Verwaltungsbezirke (Sektionen) eingeteilt, so bestehen ferner:

4. die Sektionsversammlung,
5. der Sektionsvorstand.

Als örtliche Organe der Genossenschaft für kleine Bezirke können weiter eingesetzt werden:

6. Vertrauensmänner.

Besteht endlich bei einer Genossenschaft eine Zweiganstalt, so können bestellt werden:

7. Besondere Organe für die Zweiganstalt <sup>3)</sup>.

<sup>1)</sup> Wohl aber eigene Parteifähigkeit; vgl. unten S. 425.

<sup>2)</sup> Dazu kommt als notwendiges Organ bei den landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften der Ausschuß zur Entscheidung von Einsprüchen nach § 972 Nr. 4; vgl. §§ 1000, 1023 und unten S. 353 Anm. 1 und S. 354 Anm. 1. Nach dem Preussischen Entwurf (vergl. S. 25 Anm. 2) Art. I § 11 findet die Bildung eines solchen Ausschusses nicht statt.

<sup>3)</sup> Durch die Satzung können auch noch weitere Organe geschaffen werden, z. B. Ausschüsse zur Feststellung der Entschädigungen, zur Prüfung und Abnahme

- Zu 1. Die Genossenschaftsversammlung besteht entweder aus sämtlichen Mitgliedern der Genossenschaft <sup>2)</sup>, oder aus gewählten Vertretern (Delegierten), bei landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften stets aus letzteren, §§ 678, 976, 1144 <sup>3)</sup>. Der Beschlußfassung der Genossenschaftsversammlung sind nur die wichtigsten Angelegenheiten vorbehalten, insbesondere die Prüfung und Abnahme der Jahresrechnung, die Wahl des Vorstandes und die Änderung der Satzung, §§ 686, 975, 1146.
- Zu 2. Der Vorstand, dem auch Vertreter der Versicherten angehören können, § 687, führt die gesamte laufende Verwaltung und vertritt die Genossenschaft gerichtlich und außergerichtlich, §§ 5, 685, 975, 1146<sup>4)</sup>. Ein Vorsitzender wird meist vom Vorstand selbst, bisweilen auch von der Genossenschaftsversammlung gewählt. Ihm wird regelmäßig durch die Satzung die Vertretung übertragen, § 5 Abs. III.
- Zu 3. Der Ausschuß zur Vertretung der Genossenschaft gegenüber dem Vorstand hat insbesondere etwaige Haftungsansprüche aus § 23 RVO. geltend zu machen. Im übrigen ist er auf eine kontrollierende Tätigkeit beschränkt, §§ 677 Nr. 7, 972 Nr. 7, 1143 Nr. 6<sup>5)</sup>.
- Zu 4. und 5.  
Die Sektionsversammlung und der Sektionsvorstand haben die Obliegenheiten der Genossenschaftsversammlung und des Genossenschaftsvorstandes, soweit sie den räumlichen Bezirk der Sektion betreffen, § 678/9, 973, 1144<sup>6)</sup>.

der Jahresrechnung, zur Aufstellung des Gefahrtarifs, zur Veranlagung der Betriebe zu den Gefahrklassen usw.

<sup>2)</sup> d. h. nach der Praxis der gewerblichen Berufsgenossenschaften aus allen Unternehmern versicherter Betriebe, die versicherte Personen beschäftigten. Wer nur als Unternehmer versichert ist, aber keine versicherten Personen beschäftigt, ist nicht Mitglied der Berufsgenossenschaft. Anders die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften, bei denen auch die selbstversicherten Unternehmer als Mitglieder gelten. Das neue Gesetz bietet für eine solche Unterscheidung freilich keine Handhabe. Die bisherige Praxis sollte aber durch die RVO. nicht geändert werden.

<sup>3)</sup> Die Delegierten werden regelmäßig nach räumlichen Verwaltungsbezirken (Sektionen, besonderen Wahlbezirken) aus der Zahl der Mitglieder des betreffenden Bezirks in den Sektions- oder Wahlbezirksversammlungen gewählt. Die Stimmenzahl, die hierbei auf jedes Mitglied als Wähler entfällt, richtet sich regelmäßig nach der Zahl der von ihm beschäftigten Personen oder der von ihm bezahlten Löhne oder Beiträge.

<sup>4)</sup> Die Vorstandsgeschäfte können bei den landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften den Organen der Selbstverwaltung übertragen werden, § 977, in Preußen dem Provinzialausschuß, Art. IV des Ausf. Ges. v. 16. 6. 02. Vergl. Anm. 6.

<sup>5)</sup> Nach den Mustersatzungen (vgl. unten S. 347) braucht dieses Organ nicht als ständiges Organ bestellt zu werden, sondern es genügt seine Wahl erst in etwa erforderlichen Fällen durch die Genossenschaftsversammlung.

<sup>6)</sup> In den landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften finden in Preußen Sektionsversammlungen nicht statt. Die Geschäfte des Sektionsvorstandes werden hier bei Übertragung der Vorstandsgeschäfte an Organe der Selbstverwaltung (vgl. Anmerkung 4) vom Kreis- bzw. Stadt-Ausschuß wahrgenommen, Art. II Abs. 3 und Art. IV des Ausf. Ges. v. 16. 6. 02. Nach Art. I § 4 des Entwurfs

Zu 6. Den Vertrauensmännern liegen Angelegenheiten örtlicher Bedeutung ob, insbesondere eine Kontrolle über die einzelnen Unfälle und ihre Entschädigung sowie über die Erfüllung der Mitgliederpflichten, §§ 678, 973, 1144.

Zu 7. Die Organe der Zweiganstalt verwalten die besonderen, die Zweiganstalt betreffenden Angelegenheiten, §§ 794, 1194.

#### B. Geschäftsführung der Organe.

Die Mitglieder aller Organe versehen ihr Amt als Ehrenamt und haben Ersatz lediglich für ihre baren Auslagen zu beanspruchen sowie, falls die Satzung es bestimmt, einen Pauschbetrag für Zeitverlust, § 21. Die Wahlzeit dauert 4 Jahre, § 16. Wählbar sind nur volljährige Deutsche, § 12. Die Wahlen finden nach dem Grundsatz der Verhältniswahl statt, § 15<sup>1)</sup>. Die Mitglieder der Organe haften der Berufsgenossenschaft für getreue Geschäftsverwaltung wie Vormünder ihren Mündeln, § 23. Die Sitzungen der Organe sind nicht öffentlich, § 11<sup>2)</sup>.

### § 3.

#### Mitglieder.

Mitglieder der Berufsgenossenschaft sind lediglich die Unternehmer<sup>3)</sup>. Die Mitgliedschaft beginnt für jeden Unternehmer entweder mit der Eröffnung eines von vornherein versicherungspflichtigen Betriebes oder mit dem Zeitpunkt, in welchem sein bisher nicht versicherungspflichtiger Betrieb nachträglich versicherungspflichtig wird, sei es durch Beschäftigung versicherter Personen (Annahme eines Knechtes) oder durch Veränderung im Betrieb (z. B. Anschaffung einer Dampfmaschine), §§ 650, 965, 1124.

Wer Mitglied einer Berufsgenossenschaft wird, hat dies dem Versicherungsamt, in dessen Bezirk der Betrieb liegt, anzuzeigen. Das Versicherungsamt überweist den Betrieb durch Einsendung der Anzeige an die Genossenschaft, der er zugehört, §§ 653—655<sup>4)</sup> <sup>5)</sup>.

(vergl. S. 25 Anm. 2) nimmt stets der Provinzialausschuß die Geschäfte des Genossenschaftsvorstandes, der Kreis-(Stadt-)Ausschuß die Geschäfte des Sektionsvorstandes wahr.

<sup>1)</sup> Dies gilt aber nur für die sog. Hauptorgane. Dies sind (vgl. §§ 685 ff.) bei den Berufsgenossenschaften lediglich Vorstand und Genossenschaftsversammlung und die entsprechenden Organe der Sektion. Über die Verhältniswahl vgl. oben S. 52 ff.

<sup>2)</sup> Näheres über die Organe sämtlicher Versicherungsträger vgl. oben S. 50 ff.

<sup>3)</sup> Vgl. S. 338 u. S. 343 Anm. 2.

<sup>4)</sup> Hinsichtlich der Unternehmer solcher Betriebe, die erst die RVO. der Unfallversicherung unterstellt, vgl. Art. 49—53 (Anmeldung beim Versicherungsamt, ev. Berichtigung durch dieses; Aufstellung eines Verzeichnisses durch das Versicherungsamt, Einreichung desselben beim Oberversicherungsamt und Weitergabe nach eventueller Berichtigung an das Reichsversicherungsamt. Dieses überweist die Betriebe den zuständigen Genossenschaftsvorständen) und Bekanntmachung vom 15. Januar 1912, A. N. 1912 S. 496 ff.

<sup>5)</sup> Die Eröffnung eines landwirtschaftlichen Betriebes hat die Gemeindebehörde durch Vermittlung des Versicherungsamts dem Genossenschaftsvorstande anzumelden, § 967; von Vermessungen und Eintragungen neuer Fahrzeuge haben die Schiffsregister- und Schiffsvermessungsbehörden dem Genossenschaftsvor-

Jede Genossenschaft führt ein sogenanntes Betriebsverzeichnis (Kataster), in welches alle Mitglieder nach Prüfung ihrer Zugehörigkeit aufgenommen werden, §§ 657 ff., 1133 ff. Geht eine Anzeige der genannten Art vom Versicherungsamt ein, so kann die Genossenschaft den Unternehmer entweder aufnehmen oder die Aufnahme ablehnen. Nimmt sie ihn auf, so trägt sie ihn in das Betriebsverzeichnis ein<sup>1)</sup> und erteilt ihm einen Mitgliedschein. Will sie ihn nicht aufnehmen, so erteilt sie ihm einen ablehnenden Bescheid. Sowohl gegen Aufnahme wie gegen Ablehnung hat der Unternehmer die Beschwerde an das Oberversicherungsamt; im Falle der Ablehnung kann auch das Versicherungsamt, falls der Unternehmer Beschwerde nicht erhebt, den Fall von sich aus dem Reichsversicherungsamt zur Entscheidung vorlegen, §§ 658—661, 967, 1134<sup>2)</sup>.

Treten später in einem in das Betriebsverzeichnis aufgenommenen Betriebe Veränderungen ein, die die Zugehörigkeit dieses Betriebes zu der Genossenschaft aufheben (der Knecht wird entlassen), so hat die Genossenschaft solche Unternehmer in ihrem Kataster zu löschen. Wird infolge der Änderung die Versicherungspflichtigkeit des Betriebes lediglich bei einer anderen Berufsgenossenschaft begründet (der bisherige Nebenbetrieb wird Hauptbetrieb), so ist der Betrieb der anderen Berufsgenossenschaft zu überweisen und in deren Kataster einzutragen<sup>3)</sup>, §§ 665 ff., 969, 1139.

#### § 4.

### Errichtung, Änderung, Auflösung.

- I. Die Errichtung von Berufsgenossenschaften erfolgt durch den Bundesrat nach Anhörung von Vertretern der beteiligten Genossenschaftsvorstände und Gewerbszweige. Sie darf nur stattfinden, wenn die dauernde Leistungsfähigkeit verbürgt erscheint.

Die Errichtung geschieht für ein bestimmtes Gebiet und für bestimmte Gewerbszweige innerhalb desselben. Eine Gründungs-

---

stande, von Eröffnung anderer Betriebe des Seeverkehrs die Unternehmer dem Versicherungsamt des Betriebssitzes unverzüglich Mitteilung zu machen, § 1132.

<sup>1)</sup> Im Kataster werden also lediglich die Mitglieder eingetragen, vergl. oben S. 343 Anm. 2. Für die selbstversicherten Unternehmer dagegen wird regelmäßig eine besondere „Liste der Selbstversicherten“ geführt.

<sup>2)</sup> Die Eintragung in das Kataster begründet also nicht die Mitgliedschaft, sondern stellt sie lediglich fest und hat insofern nicht konstitutive, sondern nur deklaratorische Wirkung. Durch die Eintragung werden aber formelle Beziehungen zwischen dem Eingetragenen und der Genossenschaft erzeugt. Denn einerseits beginnen mit der Eintragung die mit der Zugehörigkeit zur Genossenschaft verbundenen besonderen Pflichten. Andererseits begründet die Eintragung eine Entschädigungspflicht der Berufsgenossenschaft bei Unfällen auch dann, wenn der Unternehmer materiell als Mitglied der Berufsgenossenschaft nicht anzusehen ist, die Eintragung also zu Unrecht erfolgt war.

<sup>3)</sup> Bei Streit über die Zugehörigkeit zu einer Berufsgenossenschaft („Katasterstreitigkeiten“) entscheidet das Oberversicherungsamt, die Beschwerde geht an das Reichsversicherungsamt. Die aus einem Betriebe herrührende Unfallast geht in jedem Fall der Umkatastrierung mit dem Betrieb auf die andere Berufsgenossenschaft über. Über die hierbei zu beobachtenden Grundsätze vgl. die Bekanntmachungen vom 31. Oktober 1908 und 4. März 1911, A. N. 1908 S. 668, 1911 S. 384.

- (konstituierende) Versammlung, die aus Abgeordneten von Handelskammern, Handwerkskammern oder ähnlichen wirtschaftlichen Vertretungen besteht, wird zur Beschlußfassung über die Satzung vom Reichsversicherungsamt einberufen und geleitet, bis ein vorläufiger Vorstand gewählt ist, Art. 45. Der vorläufige Vorstand hat hierauf die Versammlung zu leiten und die Geschäfte der Genossenschaft zu führen, bis der auf Grund einer gültigen Satzung gewählte Vorstand die Geschäfte übernimmt, Art. 46 § 676<sup>1)</sup>.
- II. Änderungen im Bestande der Berufsgenossenschaft können entstehen durch Vereinigung mehrerer Berufsgenossenschaften zu einer einzigen oder durch Ausscheiden einzelner Gewerbszweige aus einer Berufsgenossenschaft, die dann in eine andere Berufsgenossenschaft übergehen oder eine selbständige Berufsgenossenschaft bilden. In beiden Fällen, der Vereinigung wie dem Ausscheiden, bedarf es eines Beschlusses der beteiligten Genossenschaftsversammlungen, der vom Bundesrat zu genehmigen ist, §§ 636/39, 960<sup>2)</sup>.
- III. Die Auflösung einer Berufsgenossenschaft kann stattfinden, wenn sie unfähig wird, ihre gesetzlichen Verpflichtungen zu erfüllen. Die Auflösung erfolgt auf Antrag des Reichsversicherungsamts durch den Bundesrat. Die der aufgelösten Genossenschaft angehörigen Gewerbszweige werden anderen Berufsgenossenschaften zugewiesen; Rechte und Pflichten der aufgelösten Genossenschaft gehen auf das Reich bzw. einen Bundesstaat über, §§ 647, 648, 961, 1122.

### § 5.

#### Satzung.

Jede Berufsgenossenschaft hat eine Satzung, in der ihre Verfassung und Verwaltung näher geregelt wird, §§ 675, 971, 1142. Für die Zweiganstalten wird eine besondere Nebensatzung aufgestellt, §§ 792, 1194.

Die Satzung muß gewisse Bestimmungen enthalten. Zu diesem notwendigen Inhalt gehören hauptsächlich Name, Bezirk und Sitz der Genossenschaft, Zusammensetzung, Rechte, Pflichten und Vertretung der Organe, Aufstellung, Prüfung und Abnahme der Jahresrechnung, Art der Bekanntmachungen und Änderung der Satzung, §§ 677, 972, 1143. Außerdem kann die Satzung die Verhältnisse der Genossenschaft freiwillig innerhalb des gesetzlichen Rahmens näher regeln, z. B. durch Bildung von Sektionen (vgl. oben S. 341), Einsetzung von Vertrauensmännern (vgl. oben S. 342, 344), Ausdehnung der Versicherungs-

<sup>1)</sup> Über die Errichtung neuer Berufsgenossenschaften für solche Gewerbszweige, die erst die R.V.O. der Unfallversicherung unterstellt, sowie über die Eingliederung solcher Gewerbszweige in die berufsgenossenschaftliche Organisation, vgl. Art. 43—44.

<sup>2)</sup> Über das Vermögen findet eine Auseinandersetzung statt. Bei Streit hierüber kann schiedsrichterliche Entscheidung angerufen werden; andernfalls entscheidet das Reichsversicherungsamt, §§ 643 ff.

pflicht und der Versicherungsberechtigung auf weitere Personenklassen als die im Gesetz vorgesehenen (vgl. oben S. 300, 302) und Erweiterung der Leistungen über die gesetzlichen Regelleistungen hinaus (vgl. oben S. 327, 332). Unzulässig sind aber Satzungsbestimmungen, die den gesetzlichen Vorschriften widersprechen.

Die Satzung wird von der Genossenschaftsversammlung beschlossen und geändert, §§ 675, 971, 1142. Errichtung und Änderung bedürfen der Genehmigung des Reichsversicherungsamts. Die Genehmigung kann auch aus Zweckmäßigkeitsgründen versagt werden. Gegen die Versagung der Genehmigung findet die Beschwerde an den Bundesrat statt, §§ 681, 683, 796, 973, 1144, 1194.

Kommt eine ordnungsmäßige Satzung in anderer Weise nicht zustande, so wird sie vom Reichsversicherungsamt erlassen, §§ 682, 973, 1144<sup>1)</sup> 2).

## Kapitel II.

### Verwaltung der Berufsgenossenschaften.

Die Berufsgenossenschaften besitzen das Recht der Selbstverwaltung, d. h. sie erledigen ihre Angelegenheiten als eigene ohne unmittelbare Einwirkung des Staates<sup>3)</sup>. Sie bestellen selbst ihre Angestellten (§ 1), haben eigene Finanzverwaltung (§§ 2, 3) und suchen selbständig ihre Aufgaben zu erfüllen, indem sie durch den Erlaß von Unfallverhütungsvorschriften die Zahl der zu entschädigenden Unfälle einschränken und durch Verhängung von Strafen die Mitglieder zur Erfüllung ihrer Pflichten anhalten (§ 4).

Nur an den Vorschriften von Gesetz und Satzung findet ihr Selbstbestimmungsrecht seine Grenze. Die Einhaltung dieser Grenze unterliegt der Aufsicht<sup>4)</sup> des Staates. Aufsichtsbehörde bezüglich der Berufsgenossenschaften ist regelmäßig das Reichsversicherungsamt, §§ 722, 985, 1158. Ist jedoch für einen Bundesstaat ein Landesversicherungsamt errichtet, so führt es die Aufsicht über diejenigen Genossenschaften, deren Bezirk nicht über das Gebiet dieses Bundesstaates hinausreicht; ist bei einer Angelegenheit aber eine andere Berufsgenossenschaft mitbeteiligt, deren Bezirk über jenen Bundesstaat hinausgeht, so entscheidet das Reichsversicherungsamt, §§ 723/25, 986/87.

<sup>1)</sup> Das Reichsversicherungsamt hat für die gewerblichen und landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften sowie für die Zweiganstalten Mustersatzungen und als Anhang zu den Mustersatzungen eine Musterwahlordnung ausgearbeitet. (A. N. 1912 S. 577 ff.) Ihr Inhalt ist zwar für die einzelnen Berufsgenossenschaften nicht verbindlich, doch haben sich die Berufsgenossenschaften fast durchweg bei Aufstellung ihrer Satzung diesen Mustersatzungen eng angeschlossen.

<sup>2)</sup> Über Änderung der Satzung gemäß den neuen Vorschriften der RVO. vgl. Art. 48.

<sup>3)</sup> Über den Begriff der Selbstverwaltung vgl. näheres oben S. 55.

<sup>4)</sup> Über den Begriff der Aufsicht vgl. näheres oben S. 58.

## § 1.

**Angestellte.**

Die Berufsgenossenschaften bedürfen besonderer Angestellten, die als besoldete Gehilfen der ehrenamtlich tätigen Organe ihre Geschäfte führen. Die allgemeinen Anstellungsbedingungen und Rechtsverhältnisse der Angestellten der Genossenschaft sind durch eine Dienstordnung zu regeln<sup>1)</sup>. Die Dienstordnung wird, nach Anhörung der volljährigen Angestellten durch den Vorstand, von der Genossenschaftsversammlung beschlossen und bedarf der Genehmigung des Reichsversicherungsamts. Bestimmungen des Anstellungsvertrages, die der Dienstordnung zuwiderlaufen, sind nichtig. Beschlüsse des Vorstandes oder der Genossenschaftsversammlung, die gegen sie verstoßen, sind vom Vorsitzenden durch Beschwerde an das Reichsversicherungsamt zu beanstanden.

Das Gesetz hat zur Regelung des Dienstverhältnisses der Angestellten eine Reihe von Grundsätzen aufgestellt:

Die Dienstordnung muß Bestimmungen über die Gehälter der einzelnen Klassen der Angestellten und das Aufsteigen im Gehalt enthalten. Die Anstellung ist durch schriftlichen Vertrag zu bewirken, das Kündigungsrecht darf den Angestellten nicht schlechter stellen, als er mangels einer Vereinbarung nach bürgerlichem Recht gestellt sein würde. Gegenüber Angestellten, die länger als 10 Jahre bei der Berufsgenossenschaft beschäftigt sind, darf die Kündigung trotz Vereinbarung eines Kündigungsrechts nur aus wichtigem Grunde ausgesprochen werden<sup>2)</sup>; aus wichtigem Grunde ist Entlassung stets zulässig. Als wichtiger Grund gilt nicht eine religiöse oder politische Betätigung der Angestellten außerhalb der Dienstgeschäfte und die Ausübung des Koalitionsrechtes innerhalb der gesetzlichen Schranken. Dagegen sind Angestellte bei Mißbrauch ihrer dienstlichen Stellung oder der Dienstgeschäfte zu derartiger Betätigung, nachdem ihnen Gelegenheit zur Äußerung gegeben ist, vom Vorstand zunächst zu verwarnen und bei Wiederholung zu entlassen. Die Entlassung bedarf in diesem Falle der Genehmigung des Reichsversicherungsamts. Die Dienstordnung kann die Verhängung von Strafen vorsehen, hat aber dann Zuständigkeit und Verfahren zu regeln, und es ist der Höchstbetrag einer Geldstrafe auf den Betrag eines Monatseinkommens beschränkt.

Bei Streitigkeiten aus dem Dienstverhältnis entscheidet der Beschlußsenat des Reichsversicherungsamts, wenn sie Kündigung, Entlassung, Geldstrafe von mehr als 20 M. oder vermögensrechtliche

---

<sup>1)</sup> Der wichtigste Angestellte der Genossenschaft ist der Geschäftsführer, der die laufenden Verwaltungsgeschäfte tatsächlich besorgt. Auf ihn finden die Bestimmungen der Dienstordnung aber regelmäßig keine Anwendung, sein Rechtsverhältnis zur Berufsgenossenschaft bestimmt sich vielmehr nach besonderen Vereinbarungen. Das Reichsversicherungsamt hat in einer Anweisung vom 18. September 1903 bestimmt, welche Verwaltungsgeschäfte vom Vorstande dem Geschäftsführer übertragen werden dürfen. Eine Musterdienstordnung ist in Vorbereitung.

<sup>2)</sup> Als wichtiger Grund hierbei gilt es auch, wenn Angestellte infolge einer Änderung in der Organisation dauernd entbehrlich werden.

Leistungen betreffen. Für letztere Ansprüche ist zwar, soweit es sich nicht um Geldstrafe handelt, der Rechtsweg zulässig. Die Klage ist aber an eine zivilprozessualische Notfrist von einem Monat nach Zustellung der Entscheidung des Reichsversicherungsamts geknüpft, und die Entscheidung des Reichsversicherungsamts darüber, ob gegenüber den über 10 Jahre beschäftigten Personen ein wichtiger Grund für die Kündigung vorliegt, ist für die ordentlichen Gerichte bindend, §§ 690—705, 978, 1147.

## § 2.

### Aufbringung der Mittel.

Die Berufsgenossenschaften bedürfen zur Erfüllung ihrer Aufgaben erheblicher Mittel. Diese Mittel werden ihnen nicht vom Staat oder anderen öffentlichen Verbänden zur Verfügung gestellt oder auch nur ergänzt<sup>1)</sup>. Vielmehr sind die Berufsgenossenschaften, soweit nicht die sonstigen Einnahmen (Strafgelder, Ersatzforderungen gegen andere Verpflichtete, Zinsen der Rücklage, Zuwendungen usw.) ausreichen, für die Aufbringung der erforderlichen Mittel lediglich auf die Einforderung von Beiträgen angewiesen<sup>2)</sup>.

Diese Beiträge wiederum werden nicht, wie bei der Krankenversicherung und Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung, von den Unternehmern und den Versicherten gemeinsam aufgebracht, die Kosten der Unfallversicherung treffen vielmehr allein und ausschließlich die Unternehmer. Die Gesamtheit der Mitglieder der Berufsgenossenschaft, die sämtlichen<sup>3)</sup> in einer Berufsgenossenschaft vereinigten Unternehmer versicherungspflichtiger Betriebe also sind es, welche die erforderlichen Geldmittel durch Beiträge aufzubringen haben<sup>4)</sup>.

Die Erhebung dieser Beiträge kann nun entweder in der Weise erfolgen, daß der erforderlich gewordene Jahresbedarf hinterher auf die einzelnen Mitglieder verteilt („umgelegt“) wird; die Höhe des auf jedes Mitglied entfallenden Beitrages schwankt dann jährlich je nach der Höhe des Gesamtbedarfs des verflossenen Jahres (sogenanntes Umlageverfahren).

Oder aber die Beitragserhebung kann in der Weise erfolgen, daß die Mitglieder feste Sätze („Prämien“) zahlen, deren Höhe für einen

<sup>1)</sup> Anders in der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung, wo der Staat zur Erfüllung der einzelnen geschuldeten Leistungen einen Zuschuß gewährt; vgl. oben S. 218.

<sup>2)</sup> Eine Ausnahme von diesem Grundsatz besteht nur hinsichtlich der Entschädigung für die Folgen von Unfällen bei kurzen Bauarbeiten, die (vgl. S. 357 Anm. 2) von den Gemeinden aufzubringen ist, sowie für die von der Zweiganstalt der See-Berufsgenossenschaft aufzubringenden Mittel, die zur Hälfte von den Gemeindeverbänden zu tragen sind (vgl. unten S. 357 Anm. 3).

<sup>3)</sup> Doch können die Unternehmer kleiner landwirtschaftlicher Betriebe mit geringer Unfallgefahr, die nur ausnahmsweise Versicherungspflichtige gegen Entgelt beschäftigen, durch die Satzung von Beiträgen ganz oder teilweise befreit werden. § 1012.

<sup>4)</sup> Es erklärt sich dies durch die Entwicklung der Unfallversicherung aus der Haftpflicht der Unternehmer; vgl. oben S. 3, 4 und 5.



längeren Zeitabschnitt im voraus nach dem voraussichtlichen Bedarf bestimmt ist (sog. Prämienverfahren).

In beiden Fällen, durch Umlage wie durch Prämien, kann wiederum als erforderlicher Bedarf entweder nur diejenige Summe aufgebracht werden, die in jedem Jahre tatsächlich geschuldet wird (Jahresbedarf), oder aber es kann nicht nur diese Summe selbst, sondern dasjenige Kapital aufgebracht werden, dessen Wert diesen Leistungen entspricht (sog. Kapitaldeckung).

Für die Erhebung der Beiträge im Gebiete der Unfallversicherung sind drei dieser Wege besprochen worden:

- I. Die Beitragserhebung durch die Berufsgenossenschaften erfolgt im Umlageverfahren und zwar regelmäßig für den Betrag der tatsächlich im vergangenen Jahre erforderlich gewordenen Mittel. Es wird also der gesamte Bedarf nach Jahresschluß auf die einzelnen Mitglieder verteilt und der auf jeden von ihnen entfallende Betrag eingezogen.
- II. Bei der Tiefbau-Berufsgenossenschaft wird im gleichen Wegeder Umlage nicht nur der geschuldete Jahresbedarf, sondern der Kapitalwert der Renten aufgebracht, die der Genossenschaft im letzten Jahre zur Last gefallen sind (Umlageverfahren mit Kapitaldeckung).
- III. Ein Prämienverfahren nach dem Jahresbedarf findet auf dem Gebiet der Unfallversicherung für die Aufbringung der Mittel keine Anwendung.
- IV. Dagegen gilt bei den Zweiganstalten<sup>1)</sup> das Prämienverfahren mit Kapitaldeckung. Es wird hier also der voraussichtlich erforderlich werdende Bedarf von den bei der Zweiganstalt versicherten Unternehmern nach festen, der Höhe nach für einen längeren Zeitabschnitt im voraus bestimmten Sätzen erhoben, und zwar nicht nur der voraussichtlich geschuldete Jahresbedarf, sondern der Kapitalwert der Renten, die der Zweiganstalt voraussichtlich zur Last fallen werden.

Die Wege zu I, II und IV sind daher im einzelnen zu prüfen.

- Zu I. Das Umlageverfahren nach dem Jahresbedarf (sämtliche Berufsgenossenschaften mit Ausnahme der Tiefbau-Berufsgenossenschaft).

A. Berechnung der Umlage.

Am Jahresschluß wird der gesamte für Entschädigungen und Verwaltungskosten im verfloßenen Jahre erforderlich gewordene Bedarf zusammengerechnet und auf die Mitglieder verteilt. Die Verteilung erfolgt hierbei nicht etwa in der Weise, daß jedes Mitglied ohne Rücksicht auf die Art seines Betriebes die gleichen Beiträge zu zahlen hätte. Die Höhe des Beitrags wird vielmehr abgestuft nach der wahrscheinlichen Anzahl der auf jeden Betrieb entfallenden Un-

<sup>1)</sup> Ausnahme für kurze Bauarbeiten s. S. 357 Anm. 2.

fälle. Hierfür sind zwei Merkmale entscheidend, einmal die Gefährlichkeit des einzelnen Betriebes, andererseits seine Größe.

1. Nach dem Grade der Unfallgefahr werden innerhalb jeder Berufsgenossenschaft für sämtliche ihr angehörigen Betriebsarten und Gewerbszweige durch einen Gefahr- tarif verschiedene Gefahrklassen gebildet; der Gefahr- tarif wird regelmäßig von der Genossenschaftsversamm- lung aufgestellt<sup>1)</sup> und bedarf, ebenso wie jede Änderung, der Genehmigung des Reichsversicherungsamts. Er ist alle fünf Jahre mit Rücksicht auf die vorgekommenen Unfälle nachzuprüfen.

Sämtliche der Berufsgenossenschaft angehörigen Betriebe werden zu den einzelnen Gefahrklassen dieses Gefahr- tarifs veranlagt; nach dieser Veranlagung werden die Beiträge abgestuft: Der Unternehmer eines Betriebes, der zu einer höheren Gefahrklasse veranlagt ist, hat höhere Beiträge, z. B. den doppelten Satz dessen zu zahlen, wie der Unternehmer eines Betriebes in einer niedrigeren Gefahrklasse, §§ 706 ff., 979, 1149 ff.

2. Die Größe des einzelnen Betriebes wird in verschiedener Weise bestimmt, je nachdem es sich um gewerbliche Be- triebe, um landwirtschaftliche Betriebe oder um Betriebe des Seeverkehrs handelt.

- a) Die Bestimmung der Größe des einzelnen gewerb- lichen Betriebes geschieht nach der Höhe des ge- samten Entgelts, der dort sämtlichen Versicherten ins- gesamt gewährt worden ist, §§ 732—35, 750 ff.<sup>2)</sup>.

Um diesen Entgelt zu berechnen, haben alle Mit- glieder (Unternehmer) regelmäßig alljährlich der Be- rufsgenossenschaft Lohnnachweise einzureichen, aus denen der von den Versicherten in dem betreffenden Betriebe verdiente Entgelt ersichtlich ist. Der Vor- stand stellt auf Grund dieser Einzelnachweise einen Gesamtnachweis über denjenigen Entgelt auf, den

---

<sup>1)</sup> Die Aufstellung kann von der Genossenschaftsversammlung dem Vorstand oder einem eigens bestellten Ausschuß übertragen werden.

<sup>2)</sup> Regelmäßig wird hierbei für jeden Versicherten der von ihm tatsächlich verdiente Entgelt eingesetzt, wenn dieser aber weniger beträgt als der Ortslohn, mindestens dieser, und wenn der Jahresverdienst mehr als 1800 M beträgt, kommt der Überschuß über 1800 M nur mit  $\frac{1}{3}$  in Anrechnung.

Durch die Satzung kann indessen bestimmt werden:

- a) das stets der wirklich verdiente Entgelt angesetzt wird;
- b) daß in kleinen Betrieben (höchstens 5 Versicherte) nicht der Einzel- entgelt jedes Versicherten anzusetzen, sondern mit einem Pauschbetrag zu rechnen ist;
- c) daß in kleinen Betrieben einheitliche Beiträge nach einem von der Satzung aufgestellten Maßstabe entrichtet werden.

alle Versicherten zusammen verdient haben. Auf jedes Mitglied entfällt dann als Beitrag derjenige Betrag, welcher dem von ihm in seinem Betriebe gezahlten Entgelt im Verhältnis zu dem in allen Betrieben zusammen gezahlten Gesamtentgelt entspricht, wobei die weitere Abstufung der Beiträge durch den Gefahr- tarif zu berücksichtigen ist.

Beispiel: Aufzubringender Gesamtbedarf 30 000 M = Jahresbedarf des verflossenen Jahres; die Unternehmer haben in Gefahrklasse II den doppelten Betrag, in Gefahrklasse III den dreifachen Betrag zu zahlen wie in Gefahrklasse I.

Unter- nehmer	zahlt an Entgelt M	Betrieb steht in Gefahrklasse	daher anzurechnen M
X	150	I	150
Y	200	II	400
Z	300	III	900

usw.

Auf sämtliche Unternehmer entfällt als anrechnungsfähiger Entgelt insgesamt . . . . . 6 000 000 M.  
somit ist umzulegen: Auf 6 000 000 M. eine Summe von 30 000 M;  
also auf 1 M eine Summe von

$$\frac{30\,000}{6\,000\,000} = \frac{1}{200} = \frac{1}{2} \text{ Pf.}$$

Mit dieser Einheit ist der anrechnungsfähige Entgelt jedes Unternehmers zu multiplizieren. Es haben daher an Beiträgen zu zahlen:

$$\begin{aligned} \text{Unternehmer X} &= 150 \cdot \frac{1}{2} \text{ Pf.} = 0,75 \text{ M.} \\ \text{Unternehmer Y} &= 400 \cdot \frac{1}{2} \text{ Pf.} = 2,00 \text{ M.} \\ \text{Unternehmer Z} &= 900 \cdot \frac{1}{2} \text{ Pf.} = 4,50 \text{ M.} \end{aligned}$$

- b) Die Bestimmung der Größe des einzelnen landwirtschaftlichen Betriebes geschieht regelmäßig nach dem Maßstab des Arbeitsbedarfes, §§ 990 ff.

Hierbei wird in verschiedener Weise vorgegangen, je nachdem es sich um Betriebsbeamte und Facharbeiter, um sonstige Arbeiter oder um den Unternehmer handelt:

Für die Betriebsbeamten und Facharbeiter<sup>1)</sup> wird der tatsächlich verdiente Entgelt eingesetzt. Für die sonstigen Arbeiter dagegen wird für jeden Betrieb abgeschätzt, wieviel Arbeitstage eines Arbeiters noch außer der Arbeit jener Personen und des Unternehmers zur Bewirtschaftung dieses Betriebes durchschnittlich erforderlich sind, und für jeden abgeschätzten Arbeitstag der dreihundertste Teil des festgesetzten durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienstes erwachsener Männer am Betriebssitze eingesetzt. Für den

<sup>1)</sup> Vgl. oben S. 299, 300 Anm. 3.

Unternehmer endlich kommt der volle durchschnittliche Jahresarbeitsverdienst erwachsener Männer in Anrechnung. Die Gesamtsumme dieser drei Posten ergibt dann den auf den einzelnen Betrieb entfallenden Betrag, der wiederum seinerseits nach der Gefahrklasse umzurechnen ist, um den anrechnungsfähigen Betrag festzustellen.

Beispiel: X beschäftigt in seinem Betriebe einen Betriebsbeamten mit 2000 M, zwei Facharbeiter mit je 1000 M Jahreseinkommen. Der durchschnittliche Arbeitsbedarf seines Betriebes außer der Arbeit dieser drei Personen und seiner eigenen Arbeit beträgt 1100 Arbeitstage. Der durchschnittliche Arbeitsverdienst erwachsener Männer am Betriebssitze beträgt 900 M, also für jeden Arbeitstag  $\frac{900}{300} = 3$  M.

Auf den Betrieb des X entfallen also:

2000 M	+	2000 M	=	4000 M	(Betriebsbeamte und Facharbeiter)
1100 · 3 M.			=	3300 „	(Bedarf an sonstigen Arbeitern)
				900 „	(Unternehmer)
				8200 M.	

Wird in Gefahrklasse II der doppelte, in Gefahrklasse III der dreifache Betrag gezahlt wie in Gefahrklasse I, so wären von diesen 8200 M anzurechnen in Gefahrklasse I 8200 M, in Gefahrklasse II 16 400 M, in Gefahrklasse III 24 600 M.

In dieser Weise wird der anrechnungsfähige Betrag jedes einzelnen Betriebes berechnet <sup>1)</sup>. Diese Einzelbeträge werden alle zusammengezählt, um den anrechnungsfähigen Betrag zu ermitteln, der auf alle Betriebe zusammen entfällt.

Auf jeden Einzelbetrieb entfällt als Beitrag dann derjenige Bruchteil des aufzubringenden Jahresbedarfs, der dem auf jeden Einzelunternehmer entfallenden anrechnungsfähigen Einzelbetrag im Verhältnis zum Gesamtbetrag entspricht, also wie bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften (vgl. das dort gegebene Beispiel).

Von diesen Vorschriften kann die Satzung vielfache Abänderungen zulassen und sogar an Stelle des Maßstabes des Arbeitsbedarfs andere Maßstäbe einführen, insbesondere den Maßstab des Steuerfußes, bei welchem die Beiträge durch Zuschläge zur direkten

<sup>1)</sup> Das Ergebnis des Abschätzens und Veranlagens wird den einzelnen Gemeinden zugleich mit den Grundlagen der Berechnung zum Zwecke der öffentlichen Auslegung während zweier Wochen mitgeteilt. Widersprüche gegen die Richtigkeit sind binnen einem Monat nach Ablauf der Auslegungsfrist bei dem Genossenschaftsorgan einzulegen, das die Abschätzung vorgenommen hat. Gegen dessen Bescheid geht der Einspruch an den Ausschuß zur Entscheidung von Einsprüchen (vgl. oben S. 342 Anm. 2), gegen die Entscheidung des Ausschusses die Beschwerde an das Oberversicherungsamt und die weitere Beschwerde an das Reichsversicherungsamt bzw. Landesversicherungsamt, §§ 998—1000.

Staats- oder Gemeindesteuer aufgebracht werden und für Betriebsbeamte und Facharbeiter noch besondere Zuschläge zu erheben sind, §§ 1005—1010.

- c) Die Bestimmung der Größe der einzelnen Betriebe des Seeverkehrs geschieht nach den Vorschriften der §§ 1166 ff. Soweit der dem einzelnen Versicherten gezahlte Entgelt 5000 M. übersteigt, wird er, wenn die Satzung nichts anderes bestimmt, nicht berücksichtigt, §§ 1063, 1170.

#### B. Einziehung der Umlagebeiträge.

1. Der nach den unter A angegebenen Grundsätzen ausgerechnete Betrag der auf jedes Mitglied als Beitrag entfallenden Geldsumme wird in einer Heberolle zusammengestellt. Ein Auszug aus dieser Heberolle wird bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften sowie bei der See-Berufsgenossenschaft jedem Mitglied zugestellt mit der Aufforderung, den festgesetzten Beitrag binnen zwei Wochen zu zahlen, §§ 754, 1176, bei den landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften den einzelnen Gemeinden zur öffentlichen Auslegung während zweier Wochen und zur Einziehung übersandt, §§ 1019—1021. Gegen die Festsetzung findet binnen zwei Wochen nach Zustellung oder Ablauf der Auslegungsfrist Einspruch beim Vorstand statt, der Einspruch hat indessen keine aufschiebende Wirkung, die Mitglieder sind vielmehr zur vorläufigen Zahlung verpflichtet, §§ 757, 1023, 1178. Gegen die Zurückweisung des Einspruchs geht die Beschwerde an das Oberversicherungsamt<sup>1)</sup> und ev. die weitere Beschwerde an das Reichsversicherungsamt bzw. Landesversicherungsamt, §§ 758—761, 1023, 1178, 1179.
2. Erfolgt die Zahlung nicht, so findet, soweit die Satzung dies bestimmt, zunächst eine Mahnung zur Zahlung statt, wofür eine Mahngebühr erhoben wird; erfolgt die Zahlung auch dann noch nicht, so werden die geschuldeten Beträge wie Gemeindeabgaben zwangsweise beigetrieben, § 28. Ausfälle sind bei der Umlage des nächsten Geschäftsjahres zu berücksichtigen, §§ 762, 1027, 1184. Der Anspruch der Berufsgenossenschaft auf die rückständigen Beiträge verjährt in zwei Jahren, § 29<sup>2)</sup>.

<sup>1)</sup> Bei landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften findet gegen die Entscheidung des Vorstandes zunächst ein Einspruch an einen besonderen Ausschuß zur Entscheidung von Einsprüchen (vgl. oben S. 342 Anm. 2) statt, und erst gegen diese Entscheidung geht die Beschwerde an das Oberversicherungsamt, § 1023.

<sup>2)</sup> Besondere Bestimmungen gelten bei Uncintreibbarkeit der Beiträge für die Unternehmer gewerblicher Baubetriebe und gewerblicher Fuhrwerks-, Binnenschiffahrts- und Binnenfischereibetriebe, §§ 765 ff. Hier kann nämlich bei Unein-

## C. Vorschüsse.

Nach Bestimmung der Satzung können schon vor Fälligkeit während des laufenden Jahres auf die Beiträge Vorschüsse erhoben werden. Die gezahlten Vorschüsse sind dann bei Zahlung der Beiträge auf diese zu verrechnen, §§ 738, 754, 1011, 1020, 1164, 1176. Auch können neuerlichtete Berufsgenossenschaften für das erste Jahr diejenigen Mittel, die erforderlich sind, um die Verwaltungskosten zu bestreiten, und den Postvorschuß (vgl. unten S. 367) bereitzustellen, im voraus erheben, §§ 737, 1011<sup>1)</sup>.

## Zu II. Umlageverfahren mit Kapitaldeckung (Tiefbau-Berufsgenossenschaft):

Für die Aufbringung der Mittel gelten hier im wesentlichen die gleichen Grundsätze wie bei dem Umlageverfahren nach dem Jahresbedarf, wie es die übrigen Berufsgenossenschaften besitzen, §§ 731 Abs. II, 748, 764 Abs. II. Änderungen ergeben sich lediglich daraus, daß nicht nur der wirkliche Betrag der geschuldeten Leistungen, sondern ihr Kapitalwert anzusetzen ist.

## Zu IV. Das Prämienverfahren mit Kapitaldeckung.

Für die Zweiganstalten, bei denen nach dem obigen (vgl. S. 341) alle diejenigen Personen versichert sind, deren Beschäftigung nicht in Betrieben, sondern in versicherten Tätigkeiten stattfindet (Bauarbeiten, Halten von Reittieren und Fahrzeugen, falls nicht gewerbsmäßig betrieben<sup>2)</sup>), werden feste Prämien erhoben und zwar in Höhe des Kapitalwertes des voraussichtlich erforderlich werdenden Bedarfs.

Die Höhe dieser Leistungen (der „Prämien“) richtet sich einmal nach einem allgemeinen Prämientarif in Verbindung mit einem Gefahrtarif, andererseits nach der Höhe des Entgelts, den die Unternehmer den von ihnen beschäftigten versicherten Personen für die einzelnen Zeitabschnitte gezahlt haben.

## A. Der sogenannte Prämientarif enthält die Bestimmungen darüber, wieviel an Prämien allgemein für jede angefangene

---

treibarkeit der Beiträge von dem Unternehmer auf Antrag des Genossenschaftsvorstands das Versicherungsamt anordnen, daß statt des Unternehmers der Bauherr und Zwischenunternehmer bzw. der Eigentümer der Betriebsmittel (d. h. der Fahrzeuge oder Reittiere) für die Beiträge während eines Jahres nach ihrer endgültigen Feststellung insoweit haftet, als die Beiträge nach Erlaß dieser Anordnung erwachsen sind. Bei Streit über die Haftung zwischen den genannten Personen und der Genossenschaft entscheidet unter Ausschluß des Rechtsweges das Oberversicherungsamt.

Nach Bestimmung der obersten Verwaltungsbehörde können die Bauherren auch schon vor Beginn des Baues den Baugewerksberufsgenossenschaften zur Sicherheitsleistung für die Zahlung der Beiträge oder Prämien verpflichtet werden.

<sup>1)</sup> Die Beträge für die Aufbringung dieser Mittel werden, wenn die Satzung nichts anderes bestimmt, nach der Anzahl der versicherungspflichtigen Personen erhoben, die in den einzelnen Betrieben beschäftigt sind.

<sup>2)</sup> Über die Zweiganstalt der See-Berufsgenossenschaft vgl. S. 341 Anm. 4.

halbe Mark gezahlten Entgelts zu entrichten ist, und zwar unter Abstufung der Höhe dieser Sätze nach einem Gefahr- tarif, §§ 802 ff. Für solche Arbeiten also, die in einer höheren Gefahrklasse verzeichnet sind, z. B. Dachdeckerarbeiten, ist für jede angefangene halbe Mark Entgelt eine höhere Prämie zu zahlen wie für Arbeiten, die in einer niedrigeren Gefahrklasse stehen, z. B. Maurerarbeiten. Ein solcher Prämientarif wird vom Reichsversicherungsamt nach An- hörung des Genossenschaftsvorstandes mindestens alle fünf Jahre für jede Genossenschaft aufgestellt, wobei die Sätze so bestimmt werden, daß der voraussichtliche Bedarf ge- deckt wird.

- B. Um die Höhe des von jedem einzelnen Unternehmer ge- zahlten Entgelts festzustellen, haben alle Unternehmer jeden Monat der Verwaltungsbehörde einen Nachweis vor- zulegen, aus dem die Zahl der in dem Monat verwandten Arbeitstage und der den Versicherten insgesamt gezahlte Entgelt ersichtlich ist. Die Behörde sendet diese sämtlichen Nachweise nach Prüfung und etwaiger Ergänzung an die Genossenschaft und bescheinigt zugleich, daß ihr die Aus- führung weiterer versicherter Tätigkeiten nicht bekannt geworden ist, §§ 799—801.
- C. Auf Grund des Prämientarifs und der eingesandten Nach- weise berechnet nun der Vorstand vierteljährlich, wie viel an Prämien auf jeden einzelnen Unternehmer entfällt, § 807.

Beispiel: Nach dem Prämientarif sind für jede angefangene halbe Mark gezahlten Entgelts an Prämie zu zahlen: in Gefahr- klasse I 1 Pf., in Gefahrklasse II 2 Pf., in Gefahrklasse III 3 Pf.

Unternehmer	steht in Gefahr- klasse	hat an Entgelt gezahlt M	zahlt daher an Prämien M
X	I	150	3
Y	II	200	8
Z	III	300	18

Das Ergebnis dieser Berechnung wird in eine Heberolle eingetragen, und ein Auszug aus dieser Heberolle wird den einzelnen Gemeinden zugestellt, §§ 807, 809. Die Gemeinden legen den Auszug zwei Wochen lang zur Einsicht der Be- teiligten aus, § 813; die Zahlungspflichtigen können gegen die Prämienberechnung binnen zwei Wochen nach Ablauf der Auslegungsfrist Einspruch beim Genossenschaftsvorstand erheben, bleiben aber vorläufig zur Zahlung verpflichtet, § 814. Gegen die Zurückweisung geht die Beschwerde an das Oberversicherungsamt, und, wenn nicht nur die Höhe,

sondern die Verpflichtung zur Prämienzahlung selbst streitig ist, die weitere Beschwerde an das Reichsversicherungsamt, §§ 815, 816<sup>1)</sup> 2) 3).

### § 3.

#### Verwaltung der Mittel.

Die Vermögensverwaltung geschieht regelmäßig durch den Vorstand. Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr, § 164. Die Einnahmen und Ausgaben der Kasse sind gesondert zu verrechnen, die Bestände gesondert zu verwalten, § 25 Abs. II.

##### 1. Verwendung des Vermögens.

Die Mittel der Berufsgenossenschaften dürfen nur zu den gesetzlich zulässigen Zwecken verwendet werden, §§ 25, 736, 1011, 1164. Diese Zwecke sind insbesondere

- a) die Befriedigung der Entschädigungsansprüche,
- b) die Ansammlung einer Rücklage (Reservefonds), die allmählich bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften und der See-Berufsgenossenschaft auf die Hälfte des Deckungskapitals für die jährlich geschuldete Entschädigungssumme, bei landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften auf das Doppelte des Jahresbedarfs zu bringen ist (Näheres vgl. §§ 741 ff., 787, 1013, 1164<sup>4)</sup>),
- c) die Kosten der Verwaltung und Unfallverhütung,
- d) die Errichtung von Heilanstalten und Invalidenhäusern.

<sup>1)</sup> Besondere Vorschriften über die Haftung des Bauherrn bzw. Zwischenunternehmers bei Zahlungsunfähigkeit des Unternehmers vgl. §§ 819 ff.

<sup>2)</sup> Das geschilderte Verfahren gilt außer für das Halten von Reitieren und Fahrzeugen nur für die Unternehmer sogenannter „längerer Bauarbeiten“, d. h. solcher Bauarbeiten, bei denen für die einzelne Arbeit mehr als sechs Arbeitstage verwendet werden.

Für die Entschädigungsansprüche aus Unfällen bei „kurzen Bauarbeiten“ dagegen, bei denen also für die einzelne Arbeit höchstens sechs Arbeitstage verwendet werden, werden die erforderlichen Mittel nicht von den Unternehmern, sondern von den Gemeinden aufgebracht. Hier wird nämlich der zur Deckung erforderliche Bedarf von den Berufsgenossenschaften (Zweiganstalten) auf die einzelnen Gemeinden, über welche sich der Bezirk der Berufsgenossenschaften erstreckt, nach Maßgabe ihrer Einwohnerzahl umgelegt, §§ 825 ff. Der umgelegte Betrag wird dann von den Gemeinden in deren Etat eingestellt und wie ihr sonstiger Bedarf im Wege kommunaler Besteuerung usw. aufgebracht.

<sup>3)</sup> Für die bei der See-Berufsgenossenschaft gebildete Zweiganstalt (vgl. S. 341 Anm. 4) gelten folgende Besonderheiten:

Die Beiträge werden vom Reichsversicherungsamt im voraus mindestens alle fünf Jahre festgestellt und sind von den Gemeindeverbänden der Seeuferstaaten, welche Küstenbezirke umfassen, nach der Zahl der in ihnen tätigen Versicherten zu entrichten. Hierbei wird die Hälfte der Beiträge von den Verbänden selbst auf die gleiche Weise wie ihre sonstigen Lasten aufgebracht, die andere Hälfte von den beteiligten Unternehmern unter Vermittlung des Verbands oder der Gemeinden, §§ 1163, 1195—1197.

<sup>4)</sup> Der Ansammlung einer Rücklage bedarf es nicht bei der Tiefbau-Berufsgenossenschaft sowie bei der Zweiganstalt der See-Berufsgenossenschaft, da diese infolge der hier vorgeschriebenen Kapitaldeckung genügende Sicherheit bieten §§, 748, 1164 Abs. II. Vgl. oben S. 355.



## 2. Anlegung des Vermögens.

Das Vermögen der Berufsgenossenschaft, das nicht unmittelbar zur Deckung der laufenden Ausgaben dient, ist verzinslich anzulegen, und zwar nach einer neuen Bestimmung der Reichsversicherungsordnung mindestens zu einem Viertel in Anleihen des Reiches oder eines Bundesstaates, im übrigen regelmäßig in mündelsicheren Werten<sup>5)</sup>. Mit Genehmigung des Reichsversicherungsamts kann zwar das Vermögen bis zu seiner halben Höhe auch in anderer Weise angelegt werden, §§ 718, 984, 1157. Doch ist, wenn über ein Viertel des Vermögens in dieser Weise angelegt wird, außer der Genehmigung des Reichsversicherungsamts auch noch die Genehmigung des Bundesrats erforderlich. Und soweit ferner eine solche Anlage in anderer Weise wie in Wertpapieren erfolgen soll, ist sie nur zulässig, §§ 718—719, 984, 1157:

- a) für Verwaltungszwecke,
- b) zur Vermeidung von Vermögensverlusten,
- c) für solche Unternehmungen, die ausschließlich oder überwiegend den Versicherungspflichtigen zugute kommen,
- d) für solche Unternehmungen, die den genossenschaftlichen Personalkredit der Mitglieder der Berufsgenossenschaften fördern sollen.

Für bestimmte Geschäfte von erheblicher Bedeutung, insbesondere größere Grundstücksgeschäfte, ist endlich die Genehmigung des Reichsversicherungsamts stets erforderlich, §§ 720, 984, 1157.

### § 4.

#### Unfallverhütung; Verhängung von Strafen.

Um den Berufsgenossenschaften die Erfüllung ihrer Aufgaben zu erleichtern, ist ihnen Recht und Pflicht verliehen, einmal durch den Erlaß von Unfallverhütungsvorschriften die Zahl der zu entschädigenden Unfälle tunlichst zu beschränken, andererseits ihre Mitglieder durch Verhängung von Strafen zur Erfüllung ihrer Pflichten anzuhalten.

#### I. Die Unfallverhütung.

Die Berufsgenossenschaften haben Vorschriften zur Verhütung von Unfällen zu erlassen<sup>1)</sup>. Diese Vorschriften haben sich einmal darauf zu erstrecken, welche Einrichtungen und Anordnungen ihre Mitglieder, also die Unternehmer, zu diesem Zwecke in ihren Betrieben zu treffen haben. Andererseits enthalten die Unfallverhütungsvorschriften aber auch näheres darüber, wie sich die Versicherten zum Zwecke der Vermeidung von Unfällen in den Betrieben verhalten sollen, §§ 848, 1030, 1199. Zur Beratung und Beschlußfassung über die Unfallverhütungs-

<sup>5)</sup> Solange die vorgeschriebene Anlage in Anleihen des Reichs oder der Bundesstaaten noch nicht erfolgt ist, müssen die Berufsgenossenschaften jährlich mindestens ein Drittel ihres Vermögenszuwachses in solchen Anleihen anlegen, Art. 54.

<sup>1)</sup> Die Unfallverhütungsvorschriften sind kein Schutzgesetz im Sinne des § 823 Abs. II BGB.

vorschriften sind Vertreter der Versicherten zuzuziehen, §§ 853 ff., 1030, 1203 ff. Die Unfallverhütungsvorschriften bedürfen der Genehmigung des Reichsversicherungsamts, §§ 864, 1030, 1205 <sup>1)</sup>).

Für die Durchführung der Unfallverhütungsvorschriften haben die Berufsgenossenschaften zu sorgen. Sie können insbesondere technische Aufsichtsbeamten mit der Überwachung betrauen, §§ 874 ff., 1030, 1032, 1209 ff. <sup>2)</sup>)

## II. Verhängung von Strafen.

Die Berufsgenossenschaften müssen in der Lage sein, ihre Mitglieder zur Erfüllung ihrer Pflichten anzuhalten. Das Gesetz hat sich darum nicht nur darauf beschränkt, in bestimmten Fällen Zuwiderhandlungen gegen die Vorschriften der Versicherungsgesetze mit öffentlicher Strafe zu bedrohen und in weiteren Fällen die Versicherungsbehörden zur Verhängung besonderer Strafen zu ermächtigen. Es hat vielmehr den Berufsgenossenschaften auch eigene Strafbefugnisse erteilt.

Diese Strafbefugnisse beruhen teilweise auf autonomem Strafrecht, das die Berufsgenossenschaft selbst erlassen darf, teilweise bestehen sie lediglich in dem Recht der eigenen Verhängung von Strafen. Der Genossenschaftsvorstand kann nämlich einmal durch die Satzung ermächtigt werden, über Mitglieder, die ihren satzungsmäßigen Pflichten zuwiderhandeln, Geldstrafen bis zu 25 M zu verhängen, §§ 680, 973, 1144. Der Genossenschaftsvorstand darf ferner auch ohne satzungsmäßige Ermächtigung Mitglieder, die bestimmten gesetzlichen Verpflichtungen zuwiderhandeln oder die absichtlich oder grobfahrlässig in den von ihnen einzureichenden Anmeldungen oder Lohnnachweisen unrichtige Angaben machen, in eine Geldstrafe bis zum Betrage von 500 M bzw. 300 M nehmen; auf Beschwerde entscheidet das Oberversicherungsamt, §§ 908/910, 1043/1045, 1220/1224, 1556, 1581, 1767. Vgl. auch §§ 887, 1030, 1201, 1207—1208. Die Strafen werden wie Gemeindeabgaben beigetrieben und fließen in die Kasse der Berufsgenossenschaft § 146 <sup>3)</sup>).

## Kapitel III.

### B. Die sonstigen Träger der Versicherung.

Außer den Berufsgenossenschaften kommen als Schuldner des Entschädigungsanspruchs noch in Betracht:

#### 1. Reich, Bundesstaat, Gemeinden oder Gemeindeverbände (§ 1);

<sup>1)</sup> Kommen ordnungsmäßige Unfallverhütungsvorschriften nicht zustande, so können sie vom Reichsversicherungsamt erlassen werden. Dies gilt indessen nicht für die landwirtschaftliche Unfallversicherung, § 975 Abs. II, doch kann das Reichsversicherungsamt auch hier von seinen sonstigen Zwangsbefugnissen Gebrauch machen.

<sup>2)</sup> Wegen der durch die RVO. erforderlichen neuen Maßnahmen auf dem Gebiet der Unfallverhütung vgl. die Rundschreiben vom 30. Januar 1912 und 20. März 1912, A. N. 1912 S. 666 u. 668.

<sup>3)</sup> Über Erlaß oder Milderung dieser Strafen im Wege der Begnadigung vgl. oben S. 56 Anm 1.

2. Versicherungsgenossenschaften (§ 2);
3. einzelne Schuldner (§ 3).

### § 1.

#### Reich, Bundesstaat, Gemeinden und Gemeindeverbände.

- A. Das Reich oder ein Bundesstaat ist Träger der Versicherung nur, wenn die Arbeit für seine Rechnung geht, und zwar:
1. bei staatlichen Verwaltungen (Post, Telegraph, Eisenbahn, Heer und Marine),
  2. bei Betrieben, die der Binnenschifffahrt und einigen verwandten Gebieten angehören,
  3. bei Betrieben, die der Land- und Forstwirtschaft angehören,
  4. bei Bauarbeiten und Tätigkeiten bei nicht gewerbsmäßigem Halten von Reittieren und Fahrzeugen,
  5. bei Betrieben des Seeverkehrs.

Im Falle zu 1 ist das Reich oder ein Bundesstaat stets Träger der Versicherung, § 624.

Im Falle zu 2 und 3 sind Reich oder Bundesstaat zwar an sich Träger der Versicherung, doch ist der Eintritt solcher Betriebe in eine Berufsgenossenschaft zulässig, und zwar mit Zustimmung der Genossenschaft stets und ohne ihre Zustimmung mit Genehmigung des Bundesrats. Erfolgt der Eintritt, so geht die Versicherung auf die Berufsgenossenschaft über, §§ 625, 957.

Im Falle zu 4 und 5 endlich sind Reich oder Bundesstaat ebenfalls an sich Träger der Versicherung, sie können aber durch eine Erklärung des Reichskanzlers oder der obersten Verwaltungsbehörde in die zuständige Berufsgenossenschaft eintreten, wodurch die Versicherung auf diese übergeht, §§ 627, 1119.

- B. Gemeinden und Gemeindeverbände sind Träger der Versicherung für solche Bauarbeiten und Tätigkeiten bei nicht gewerbsmäßigem Halten von Reittieren oder Fahrzeugen, welche sie als Unternehmer ausführen. Jedoch darf es sich nicht um Eisenbahnbetriebe handeln, und diese Verbände sind nicht ohne weiteres (ipso iure) Träger der Versicherung, sondern nur dann, wenn die oberste Verwaltungsbehörde sie auf ihren Antrag für leistungsfähig erklärt.

Auch diese Verbände können durch eine Erklärung ihres Vorstandes in die zuständige Berufsgenossenschaft eintreten, § 628.

- C. Ist das Reich, ein Bundesstaat usw. Träger der Versicherung, so treten sie an Stelle der Berufsgenossenschaft. Als Organe dieser Versicherungsträger fungieren besondere „Ausführungsbehörden“, die vom Reichskanzler bzw. von der obersten Militär- oder Zivilverwaltungsbehörde bestimmt werden. Diese Behörden erlassen auch die notwendigen Ausführungsbestimmungen, §§ 892—897, 1033, 1218.

Die erforderlichen Mittel werden in den ordentlichen Etat eingestellt.

## § 2.

**Versicherungsgenossenschaften.**

An Stelle der unselbständigen Zweiganstalten für die Versicherung bei nicht gewerbsmäßigem Halten von Reittieren oder Fahrzeugen oder an Stelle von Teilen solcher Anstalten kann der Bundesrat selbständige Versicherungsgenossenschaften errichten. Diese Versicherungsgenossenschaften haben also, ebenso wie die Berufsgenossenschaften, eigene Rechtspersönlichkeit. Ihre Verfassung ist durch den Bundesrat zu regeln, § 629 Abs. II. Die Aufbringung der Mittel geschieht durch feste Prämien nach einem Prämientarif und der Höhe des von den einzelnen Unternehmern an die von ihnen beschäftigten Personen insgesamt gezahlten Entgelts, also wie bei den Zweiganstalten (vgl. oben S. 355 ff.). Auch für die Versicherungsgenossenschaften ist eine Rücklage anzusammeln, §§ 731 Abs. III, 749 Abs. II, 842 Abs. II.

## § 3.

**Sonstige Schuldner.**

Für die Leistungen, die den Unfallverletzten während der ersten 13 Wochen über die Bestimmungen der Krankenversicherung hinaus an Krankenhilfe und Krankengeldzuschuß zu gewähren sind, haften, wie oben ausgeführt, die Krankenkassen und die Unternehmer bzw. Gemeinden. Das Nähere vgl. oben S. 324/25 und §§ 573 ff., 942 ff., 1083 ff. RVO.

**Vierter Abschnitt.****Verwirklichung des Entschädigungsanspruchs.**

Die Verwirklichung des Entschädigungsanspruchs besteht darin, daß den Entschädigungsberechtigten (Erster Abschnitt) die geschuldeten Leistungen (Zweiter Abschnitt) von den zur Leistung verpflichteten Schuldnern (Dritter Abschnitt) tatsächlich gewährt werden. Hierzu müssen die in jedem einzelnen Falle geschuldeten Leistungen festgestellt und diese festgestellten Leistungen an die Berechtigten abgeführt werden. Die Verwirklichung des Entschädigungsanspruchs setzt sich daher zusammen einerseits aus der Feststellung der geschuldeten Leistungen (Kapitel I), andererseits aus der Befriedigung des Entschädigungsberechtigten durch Bewirkung der festgestellten Leistungen (Kapitel II).

**Kapitel I.****Feststellung der Leistungen.**

Die Feststellung der geschuldeten Leistungen geschieht durch die Versicherungsträger. Die Berufsgenossenschaften und die sonstigen Schuldner des Entschädigungsanspruchs haben selbständig zu prüfen

und festzustellen, was sie in jedem Falle dem Berechtigten an Entschädigung zu gewähren haben.

Diese Feststellung erfolgt im Gegensatz zur Kranken- und Invalidenversicherung auf dem Gebiet der Unfallversicherung von Amts wegen. Erst wenn die Feststellung von Amts wegen aus irgend einem Grunde unterbleibt, bedarf es der Anmeldung des Anspruchs. Diese Anmeldung muß dann aber bei Vermeidung des Ausschlusses aller Entschädigungsansprüche innerhalb einer Frist von zwei Jahren erfolgen, die für den Verletzten mit dem Unfall, für die Hinterbliebenen mit dem Tode des Verletzten beginnt, §§ 1545 ff. <sup>1)</sup> <sup>2)</sup>.

Die Feststellung kann entweder nach der Entstehung eines Entschädigungsanspruchs die zu gewährende Entschädigung zum ersten Mal festsetzen, oder aber die früher festgesetzte Entschädigung später abändern. Danach ist die erste Feststellung (§ 1) von der erneuten Feststellung (§ 2) zu unterscheiden <sup>3)</sup>.

## § 1.

### Erste Feststellung.

Die erste Feststellung der Entschädigung zerfällt in das Vorbereitungsverfahren und den Bescheid.

#### 1. Das Vorbereitungsverfahren.

- a) Das Vorbereitungsverfahren beginnt mit der Unfallanzeige. Jeder Betriebsunternehmer hat jeden Unfall in seinem Be-

<sup>1)</sup> Nach Ablauf dieser Frist nur bei späterem Hervortreten neuer Unfallfolgen oder wesentlicher Verschlimmerung früherer Unfallfolgen oder bei einem der Anmeldung entgegenstehenden Hindernis. Dann läuft eine neue Ausschlussfrist von drei Monaten seit Hervortreten der neuen Folge oder Verschlimmerung oder Wegfall des Hindernisses, §§ 1547, 1548.

<sup>2)</sup> Über den Unterschied dieses Ausschlusses des Entschädigungsanspruchs als solchen von der Verjährung der Ansprüche auf die einzelnen Leistungen vgl. oben S. 335.

<sup>3)</sup> Für die Übergangszeit gelten hinsichtlich der Anwendung des alten bzw. neuen Rechts für die Feststellung der Entschädigung von Unfällen, die sich vor Inkrafttreten des neuen Rechts ereignet haben, folgende Vorschriften, Art. 60, 85, 88—93:

- a) Hat der Berechtigte keinen Anspruch nach altem Recht, so hat er auch keinen nach dem neuen; ist jedoch der Tod erst nach Inkrafttreten eingetreten, so gilt für die auf Grund des Todes bestehenden Entschädigungsansprüche neues Recht.
- b) Ist über den Anspruch nach altem Recht rechtskräftig entschieden, so bleibt es dabei.
- c) In allen anderen Fällen gelten die Vorschriften der RVO. hinsichtlich des Gegenstandes des Entschädigungsanspruchs, wenn sie für die Berechtigten günstiger sind, hinsichtlich des Verfahrens bei der ersten Feststellung der Leistungen, wenn noch kein Vorbescheid erteilt ist, hinsichtlich des Verfahrens bei der erneuten Feststellung stets, es sei denn, daß bereits vor Inkrafttreten des neuen Rechts dem Berechtigten die Unterlagen für die Entziehung oder Minderung der Rente mitgeteilt waren oder daß der Antrag auf Erhöhung oder Wiedergewährung der Rente angemeldet oder der Antrag auf Entscheidung bei dem Schiedsgericht gestellt worden war.

triebe binnen drei Tagen anzuzeigen, wenn durch den Unfall eine im Betriebe beschäftigte Person getötet oder so verletzt wird, daß sie mehr als drei Tage völlig oder teilweise arbeitsunfähig wird. Die Anzeige ist sowohl der Ortspolizei wie der Berufsgenossenschaft oder dem sonstigen Versicherungsträger mündlich oder schriftlich zu erstatten, §§ 1552 ff. <sup>1)</sup> <sup>2)</sup>.

- b) Die Ortspolizeibehörde hat hierauf von Amts wegen, ev. auf Antrag der Berufsgenossenschaft oder sonstiger Schuldner, den Unfall zu untersuchen und alle für einen etwaigen Entschädigungsanspruch in Betracht kommenden Umstände zu ermitteln und aufzuklären. An den Verhandlungen können die Beteiligten (§ 1562) teilnehmen. Das Ergebnis ihrer Untersuchung übersendet die Polizeibehörde der Genossenschaft, §§ 1559 ff. <sup>3)</sup>.
- c) Die Genossenschaft oder der sonstige Träger der Versicherung ergänzt, soweit es ihnen erforderlich erscheint, die polizeilichen Untersuchungsverhandlungen durch Erhebung weiterer Beweise, insbesondere durch Einholung eines ärztlichen Gutachtens darüber, ob und in welchem Grade der Verletzte in seiner Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt erscheint und ob die Beeinträchtigung auf den Unfall zurückzuführen ist, §§ 581, 947, 1093 <sup>4)</sup>. Sie kann bereits vor Ablauf der 13. Woche nach dem Unfall bei solchen Verletzten, die nicht gegen Krankheit versichert sind, ein Heilverfahren eintreten lassen, um die Folgen des Unfalls zu beseitigen oder zu mildern, §§ 580, 946, 1092, und bei solchen Verletzten, die gegen Krankheit versichert sind, das von dem Träger der Krankenversicherung gewährte Heilverfahren übernehmen, um sich auf dessen Verlauf rechtzeitig einen Einfluß zu sichern, § 1513 <sup>5)</sup>.

Die Genossenschaft erfordert ferner von dem Unternehmer die Einreichung einer Nachweisung des Entgelts, den er dem Verletzten oder gleichartigen Arbeitern im letzten Jahre gezahlt hat, soweit dies für die Höhe des Jahresarbeitsverdienstes

<sup>1)</sup> Auch die Krankenkasse hat jede Krankheit, die ein entschädigungspflichtiger Unfall herbeigeführt hat, dem Träger der Unfallversicherung anzuzeigen, jedoch nur, wenn genügender Anhalt vorliegt, daß die Erwerbsfähigkeit infolge des Unfalls über die 13. Woche hinaus beeinträchtigt sein wird; ist der Erkrankte jedoch nach Ablauf von drei Wochen nach dem Unfall noch nicht wieder hergestellt, so ist die Anzeige unter allen Umständen, und zwar spätestens bis vor Ablauf der vierten Woche zu erstatten.

<sup>2)</sup> Besondere Vorschriften über die Unfallanzeige bei der See-Unfallversicherung vgl. §§ 1746 ff.

<sup>3)</sup> Besondere Vorschriften über die Unfalluntersuchung bei der See-Unfallversicherung vgl. §§ 1753 ff.

<sup>4)</sup> Event. auch durch Einnahme des Augenscheins, Vernehmung von Zeugen und Sachverständigen. Hierbei darf die Berufsgenossenschaft das Versicherungsamt sowie die ordentlichen Gerichte um Vornahme von Beweiserhebungen (Rechtshilfe) ersuchen, §§ 1571 ff.

<sup>5)</sup> Über die hierbei zu beobachtenden Grundsätze vgl. Rundschreiben vom 14. Dezember 1911, A. N. 1911 S. 594 ff.

und damit für die Höhe der Rente von Bedeutung ist (vgl. oben S. 321 ff.) § 1581. Sie erfordert endlich für den Fall, daß sie auf Grund eines ärztlichen Gutachtens, das von einem andern Arzt als dem behandelnden Arzt ausgestellt ist, die Leistung einer Entschädigung ablehnen oder weniger als die Vollrente gewähren will, auch noch ein ärztliches Gutachten des behandelnden Arztes, § 1582 <sup>1)</sup>.

## 2. Der Bescheid.

Ist so das Vorbereitungsverfahren beendet, so erteilt die Berufsgenossenschaft durch das zuständige Organ (je nach Bestimmung der Satzung Genossenschaftsvorstand, Sektionsvorstand, Ausschüsse dieser Organe, gewählte Kommissionen oder Vertrauensmänner vgl. §§ 1568—1569, 1769) den „Bescheid“. Der Bescheid ist die förmliche Mitteilung an den Entschädigungsberechtigten, ob und in welchem Umfang die Genossenschaft eine Entschädigung gewähren will, unter Angabe der Gründe hierfür, der für die Berechnung maßgebenden Grundlagen sowie des angenommenen Grades der Erwerbsunfähigkeit.

Ist der Entschädigungsberechtigte mit der in dem Bescheide festgesetzten Entschädigung einverstanden, so wird der Bescheid innerhalb eines Monats rechtskräftig <sup>2)</sup> und bildet gegebenenfalls die Grundlage der zu gewährenden Leistungen. Ist der Entschädigungsberechtigte dagegen mit dem Bescheide nicht einverstanden, so kann er innerhalb eines Monats „Einspruch“ erheben und damit die Erteilung eines neuen Bescheides, des „Endbescheides“ erwirken, §§ 1591 ff.

Diesem neuen Bescheide hat auf Grund der Einlegung des Einspruchs indessen folgendes Zwischenverfahren voranzugehen:

- a) Eine persönliche Vernehmung des Berechtigten vor der zur Erteilung des Bescheides zuständigen Stelle oder dem Versicherungsamt <sup>3)</sup> § 1592;
- b) auf Antrag des Verletzten die Einholung eines Gutachtens von einem anderen Arzt, falls noch kein Arzt gehört ist, dem der Verletzte nach eigener Wahl die Behandlung übertragen hatte, und falls das Versicherungsamt die Einholung für zweckmäßig hält, § 1595;
- c) auf Antrag des Verletzten die Vernehmung eines von ihm bezeichneten Arztes, falls er die Kosten im voraus entrichtet, § 1596.

<sup>1)</sup> Natürlich nur, wenn dieser nicht schon ein Gutachten erstattet hat. Steht der behandelnde Arzt zu der Berufsgenossenschaft in einem nicht nur vorübergehenden Vertragsverhältnis, so ist auf Antrag ein anderer Arzt zu hören.

<sup>2)</sup> Über die Anfechtung rechtskräftiger Bescheide vgl. § 1744 und unten S. 463 ff.

<sup>3)</sup> Zuständig ist das Versicherungsamt, in dessen Bezirk der Berechtigte wohnt oder beschäftigt ist, hat er keinen Wohn- oder Beschäftigungsort im Inland oder ist er verstorben oder verschollen, so ist sein letzter inländischer Wohn- oder Beschäftigungsort maßgebend, mangels eines solchen der Sitz des Betriebes, in dem er beschäftigt ist oder zuletzt beschäftigt war, §§ 1592, 1637 ff.

Der hierauf ergehende Endbescheid hat die Ergebnisse des Zwischenverfahrens zu berücksichtigen; in der äußeren Form entspricht er dem ersten Bescheid. Er wird binnen einem Monat rechtskräftig, wenn er nicht mit der Berufung angefochten wird, §§ 1606/07<sup>1)</sup>. Andernfalls kommt es zum Streitverfahren (Fünfter Teil).

## § 2.

### Erneute Feststellung.

Die in dem Bescheide getroffene Feststellung der Entschädigung ist zwar die Grundlage der künftigen Leistungen. Diese Feststellung gilt aber nicht ein- für allemal, sondern nur so lange diejenigen Verhältnisse andauern, die für die Feststellung der Entschädigung maßgebend waren. Tritt in diesen Verhältnissen dagegen eine wesentliche Änderung ein, insbesondere bessert<sup>2)</sup> oder verschlimmert sich der Zustand des Verletzten in erheblicher Weise, so bedarf es einer erneuten Feststellung<sup>3)</sup>.

Hierbei ist jedoch zu unterscheiden: einmal ob in dem früheren Bescheide dem Verletzten eine Dauerrente oder eine vorläufige Rente bewilligt worden ist, andererseits ob die erneute Feststellung erfolgt in den ersten zwei Jahren nach dem Unfall oder nach Ablauf dieser Zeit.

#### 1. Dauerrenten und vorläufige Renten.

- a) Unter Dauerrenten versteht man solche Renten, die zwar nicht überhaupt für die Dauer, aber doch für eine gewisse Dauer berechnet sind; sie werden dann gewährt, wenn anscheinend in dem Zustand des Verletzten eine Beharrung eingetreten ist, so daß angenommen werden kann, daß dieser Zustand voraussichtlich für einige Zeit anhalten wird. Die Dauerrente ist regelmäßig spätestens mit dem Ablauf von zwei Jahren nach dem Unfall festzusetzen, § 1585 Abs. II.
- b) Bis zum Eintritt des Beharrungszustandes, regelmäßig aber nur bis zur Höchstdauer von zwei Jahren nach dem Unfall, wird eine vorläufige Rente gewährt. Die vorläufige Rente muß ausdrücklich als solche bezeichnet werden. Fehlt eine solche Bezeichnung, so gilt die Rente als Dauerrente, § 1585 Abs. I.

#### 2. Neue Feststellung der Rente.

So lange nur eine vorläufige Rente gewährt wird, spätestens aber bis zum Ablauf der ersten zwei Jahre nach dem Unfall, darf eine neue Feststellung jederzeit vorgenommen werden, sobald eine Änderung in den Verhältnissen eingetreten ist, §§ 608, 609 Satz 1, 955, 1115, 1585 Abs. I Satz 1<sup>4)</sup>: die Genossenschaft erteilt dann in einem Verfahren, das der ersten Feststellung völlig entspricht, einen erneuten Bescheid.

<sup>1)</sup> Über die Anfechtung rechtskräftiger Bescheide vgl. § 1744 und unten S. 463 ff.

<sup>2)</sup> Als Besserung gilt auch Angewöhnung an den Zustand.

<sup>3)</sup> Bzw. der Einstellung der Entschädigung bei Wegfall der Beeinträchtigung.

<sup>4)</sup> Die Feststellung einer Dauerrente kann auch dann erfolgen, wenn eine Veränderung der Verhältnisse, die der Feststellung der vorläufigen Rente zugrunde



Ist dagegen eine Dauerrente festgestellt oder aber sind zwei Jahre seit dem Unfall verstrichen und wird ausnahmsweise trotzdem immer noch eine vorläufige Rente gewährt, so darf eine neue Feststellung nur in Zwischenräumen von mindestens einem Jahr stattfinden, §§ 609 Satz 2, 955, 1115<sup>1)</sup>.

Auch hier gilt das gleiche Verfahren wie bei der ersten Feststellung, jedoch gelten bei der erneuten Feststellung von Dauerrenten folgende Besonderheiten für das Zwischenverfahren, falls der Berechtigte Einspruch erhebt, §§ 1600 ff:

Die in dem Zwischenverfahren vorgeschriebene Vernehmung des Berechtigten darf hier nur vor dem Versicherungsamt<sup>2)</sup> stattfinden, nicht auch vor dem Feststellungsorgan der Berufsgenossenschaft. Das Versicherungsamt hat ferner in nichtöffentlicher Sitzung unter Zuziehung von je einem Vertreter der Arbeitgeber und der Versicherten die Sache zu erörtern und auf Grund dieser Erörterung ein Gutachten zu erstatten. Beruht dieses Gutachten nicht auf Übereinstimmung des Vorsitzenden und der Versicherungsvertreter, so sind die abweichenden Meinungen zu vermerken.

Die Genossenschaft ist freilich bei Erteilung des Endbescheides an dieses Gutachten nicht gebunden, sondern sie erläßt den Endbescheid nach eigenem pflichtmäßigem Ermessen.

3. Die Wirkung der neuen Feststellung tritt, wenn durch sie die bisherige Rente aufgehoben oder herabgesetzt ist, mit Ablauf des auf die Zustellung des Bescheides folgenden Monats, wenn dagegen die Rente erhöht oder nach früherer Aufhebung wieder gewährt wird, für die Zeit nach Anmeldung des Anspruchs auf Erhöhung oder Wiedergewährung ein, §§ 610, 611, 955, 1115.

## Kapitel II.

### Bewirkung der Leistungen.

Bei der Bewirkung der geschuldeten Leistungen ist zu unterscheiden, ob es sich um Sachleistungen (§ 1) oder um Geldleistungen (§ 2) handelt.

#### § 1.

#### Sachleistungen.

Sachleistungen sind vor allem bei der Krankenbehandlung, der Krankenpflege und der Heilanstaltspflege zu gewähren (vgl. oben S. 318/19, lagen, zwar nicht eingetreten, aber der Eintritt des Beharrungszustandes anzunehmen ist, § 1585 Abs. II Satz 2.

Für verletzte jugendliche landwirtschaftliche Arbeiter ist die Rente bei Aufsteigen in eine höhere Altersstufe entsprechend zu erhöhen, § 935.

<sup>1)</sup> Für eine erneute Feststellung wegen veränderter Umstände ist also ein Zwischenraum von einem Jahr stets dann vorgeschrieben, wenn bereits Dauerrenten festgestellt sind, und ausnahmsweise dann, wenn zwar noch eine vorläufige Rente gezahlt wird, aber zwei Jahre nach dem Unfall vergangen sind.

<sup>2)</sup> Darüber, welches Versicherungsamt zuständig ist, vgl. S. 364 Anm. 3.

324 u. 326). Die Berufsgenossenschaft bestimmt durch welche Ärzte, Heilanstalten und Apotheken die Leistungen erfolgen und bezahlt die entstandenen Kosten unmittelbar an diese. Nur ausnahmsweise, besonders in dringenden Fällen, kommt Erstattung des ausgelegten Betrages an den Verletzten selbst in Frage.

In der Regelung ihrer Beziehungen zu Ärzten, Heilanstalten und Apotheken haben die Berufsgenossenschaften volle Freiheit. Sie müssen zwar die vorgeschriebenen Leistungen gewähren, aber der Weg, auf dem sie dies tun, steht in ihrem Ermessen. Sie können ständige Vertragsverhältnisse mit Ärzten und Heilanstalten eingehen oder auch von Fall zu Fall die Behandlung der Verletzten übertragen. Berufsgenossenschaft und Arzt bzw. Heilanstalt stehen sich als freie und gleichberechtigte Vertragsgegner gegenüber. Die Berufsgenossenschaften können endlich auch eigene Heilanstalten errichten und hier die vorgeschriebenen Leistungen gewähren.

Dieser Freiheit der Berufsgenossenschaften ist nur eine einzige Schranke gesetzt: Die ärztliche Behandlung darf nur durch approbierte Ärzte und Zahnärzte, nicht durch andere heilkundige Personen erfolgen, § 122 (vgl. oben S. 89). Über die Behandlung von Zahnkrankheiten durch Zahntechniker vgl. § 123.

Die Berufsgenossenschaften haben regelmäßig die geschuldeten Leistungen selbst zu gewähren. Sie können statt dessen aber auch diese Gewährung über die 13. Woche hinaus der letzten Krankenkasse des Verletzten gegen Ersatz der Kosten übertragen, § 1514.

## § 2.

### Geldleistungen.

Die geschuldeten Geldleistungen werden den Entschädigungsberechtigten ausbezahlt. Die Genossenschaften zahlen indessen die einzelnen geschuldeten Geldbeträge nicht selbst an die Berechtigten aus, sondern bedienen sich hierzu der Hilfe der Post. Dies geschieht in folgender Weise: Die Genossenschaften weisen die Post an, die einzelnen geschuldeten Renten an die Berechtigten auszuzahlen. Die Auszahlung erfolgt dann durch diejenige Postanstalt, in deren Bezirk der Berechtigte wohnt bzw. der Heimathafen des Schiffes liegt, auf dem der Unfall sich ereignet hat, §§ 726, 988, 1159<sup>1)</sup>.

Diese Beträge verauslagt die Post zunächst aus ihren eigenen Mitteln und meldet erst nach Ablauf des Jahres die Gesamtsumme der im Laufe des Jahres für die Berufsgenossenschaften ausgezahlten Beträge bei diesen zum Zwecke der Erstattung an, §§ 726, 777 ff., 988, 1028, 1159 bis 1161, 1185. Die obersten Postbehörden sind aber berechtigt, von jeder Berufsgenossenschaft einen Vorschuß (den „Postvorschuß“) bis zum Betrage der voraussichtlich im laufenden Geschäftsjahr auszuzahlenden Entschädigungsgelder einzuziehen, §§ 728, 988, 1160.

<sup>1)</sup> Über die Art der Zahlung an Empfänger, die sich gewöhnlich im Ausland aufhalten, trifft das Reichsversicherungsamt Bestimmungen, §§ 729, 988, 1161.

Über die Gewährung von Renten an Trunksüchtige sowie an landwirtschaftliche Arbeiter in Sachleistungen anstatt in Geld vgl. S. 319 Anm. 6.

### Fünfter Abschnitt.

## Verhältnis des Entschädigungsanspruchs zu anderen Ansprüchen.

Mit dem Unfallentschädigungsanspruch können in der Person des Entschädigungsberechtigten noch andere Ansprüche zusammentreffen, die auf die Gewährung einer Entschädigung wegen der gleichen oder einer gleichartigen Beeinträchtigung für den gleichen Zeitraum gerichtet sind, wie der Unfallentschädigungsanspruch. Insbesondere können die entschädigungspflichtigen Tatbestände des Unfalls oder der Gewerbekrankheit außer dem Unfallentschädigungsanspruch auch noch andere Ansprüche zur Entstehung bringen:

1. Diese anderen Ansprüche können ihre Grundlage im sozialen Versicherungsrecht selbst haben: Durch den Unfall können Krankheit, Invalidität, Tod des Ernährers herbeigeführt werden, so daß durch den gleichen Tatbestand des Unfalls außer dem Unfall-Entschädigungsanspruch auch noch Entschädigungsansprüche auf dem Gebiet der Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenen-Versicherung zur Entstehung gelangen können.
2. Auch auf anderen Gebieten des öffentlichen Rechts können die entschädigungspflichtigen Tatbestände der Unfallversicherung Ansprüche begründen. Hauptsächlich können sie armenrechtliche Hilfsbedürftigkeit herbeiführen, so daß die öffentliche Armenunterstützung einzutreten hat<sup>1)</sup>.
3. Endlich können durch den Unfall oder die Gewerbekrankheiten nicht nur öffentlich-rechtliche, sondern auch privatrechtliche Entschädigungsansprüche zur Entstehung kommen, die entweder unmittelbar auf dem Gesetz oder auf rechtsgeschäftlicher Grundlage beruhen.

In welchem Verhältnis stehen alle diese Ansprüche zu einander?

Einmal für den Entschädigungsberechtigten selbst: Kann er sie alle in voller Höhe unabhängig voneinander geltend machen, oder nur einen oder einzelne von ihnen? Dies soll in Kapitel I behandelt werden.

Andererseits für die verschiedenen Schuldner: Stehen sie unabhängig nebeneinander, oder bestehen zwischen ihnen rechtliche Beziehungen? Können sie insbesondere, falls sie ihren Verpflichtungen nachkommen, von den anderen Verpflichteten ganz oder zum Teil Ersatz verlangen? Diese Frage behandelt Kapitel II.

---

<sup>1)</sup> Ein Rechtsanspruch des Hilfsbedürftigen steht der Verpflichtung des Armenverbands allerdings nicht gegenüber.

## Kapitel I. Die verschiedenen Ansprüche des Entschädigungs- berechtigten. (Außenverhältnis.)

### § 1.

#### Unfallentschädigungsanspruch und andere Ansprüche des sozialen Versicherungsrechts.

Im Gebiet des sozialen Versicherungsrechts können mit einem Unfall-Entschädigungsanspruch noch Entschädigungsansprüche auf Grund anderer Unfälle, ferner Entschädigungsansprüche der Krankenversicherung und endlich Entschädigungsansprüche der Invaliden- oder Hinterbliebenen-Versicherung zusammentreffen.

#### I. Mehrere Entschädigungsansprüche der Unfallversicherung

können miteinander zusammentreffen, wenn der Berechtigte von mehreren Unfällen betroffen worden ist, wenn z. B. ein Arbeiter, der bei einem früheren Unfall ein Auge verloren hat, bei einem späteren Unfall einen Armbruch erleidet. Die Entschädigungsansprüche, die auf Grund eines jeden Unfalls entstehen, sind von einander unabhängig und stehen selbständig nebeneinander. Der Berechtigte kann daher für die durch jeden Unfall verursachte Beeinträchtigung die volle Entschädigung verlangen<sup>1)</sup>.

#### II. Entschädigungsansprüche der Unfall- und der Krankenversicherung.

##### A. Bei Verschiedenheit des Leistungsgrundes.

Verschiedenheit des Leistungsgrundes liegt vor, wenn der Tatbestand, auf welchen die Entstehung eines Krankenentschädigungsanspruchs und eines Unfallentschädigungsanspruchs zurückzuführen ist, nicht der gleiche ist, wenn also die Krankheit nicht als Folge eines Unfalls oder als eine Gewerbekrankheit, sondern als ein unabhängig hiervon neben der Unfallverletzung bestehender Zustand eintritt, der lediglich nach den Grundsätzen der Krankenversicherung und nicht der Unfallversicherung zu entschädigen ist. In solchem Falle bestehen beide Ansprüche selbständig nebeneinander: Der Unfallverletzte, der unabhängig vom Unfall erkrankt, oder der Kranke, der unabhängig von seiner Krankheit einen zu entschädigenden

---

<sup>1)</sup> Bei der Berechnung der Entschädigung für jeden neuen Unfall wird indessen ein neuer Jahresarbeitsverdienst zugrunde gelegt, der die Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit infolge des früheren Unfalls berücksichtigt. Im Ergebnis kann daher der Gesamtbetrag mehrerer Unfallrenten niemals den Betrag der Vollrente bzw. der Hilflosenrente nach demjenigen Jahresarbeitsverdienst übersteigen, welcher der Berechnung der ersten Unfallentschädigung zugrunde gelegt ist.

Unfall erleidet, hat sowohl die Ansprüche aus der Krankenversicherung wie aus der Unfallversicherung.

- B. Liegt dagegen Einheit des Leistungsgrundes vor, ist also die Krankheit die Folge eines zu entschädigenden Unfalls, so erleidet dieser Grundsatz gewisse Einschränkungen, §§ 1501—11.

Bei diesen außerordentlich komplizierten Vorschriften ist als leitender Grundsatz folgendes zu beachten: Zwar stehen die Ansprüche des Verletzten aus der Kranken- bzw. Unfallversicherung gegen deren Träger selbständig nebeneinander. Die Leistungen der Krankenversicherung sind aber, wenn die Krankheit durch einen Unfall herbeigeführt ist, von der 14. Woche an gegenüber den Leistungen der Unfallversicherung nur subsidär: Der Berechtigte kann die geschuldete Krankenentschädigung zwar von dem Träger der Krankenversicherung verlangen, letzterer kann aber von dem Träger der Unfallversicherung hierfür Ersatz fordern.

Einerseits werden nun diese Ersatzansprüche der Krankenkasse nur teilweise unmittelbar aus dem Vermögen des Trägers der Unfallversicherung befriedigt<sup>1)</sup>, vielmehr regelmäßig aus der Unfallrente des Verletzten, §1505. Andererseits kann die Krankenkasse bei Gewährung der von ihr geschuldeten Leistungen, falls der Träger der Unfallversicherung die für die gleiche Zeit geschuldeten Leistungen der Unfallversicherung bereits gewährt hatte, diese letzteren Leistungen auf die von ihr selbst zu gewährenden Leistungen insoweit anrechnen, als ihr selbst ein solcher Ersatzanspruch aus der Unfallentschädigung zustehen würde.

Soweit hiernach der Träger der Krankenversicherung auf Grund seiner nur subsidiären Haftung einerseits nach eigener Vorleistung Ersatz aus der Unfallentschädigung verlangen, andererseits nach Vorleistung des Trägers der Unfallversicherung diese Leistung auf die eigene anrechnen darf, mindert sich der Gesamtbetrag dessen, was der Verletzte auf Grund seiner Entschädigungsansprüche aus der Krankenversicherung bzw. aus der Unfallversicherung insgesamt erhält.

Im einzelnen gilt folgendes:

1. Die Angehörigen des Verletzten erhalten alles das, was ihnen sowohl nach dem Recht der Krankenversicherung wie nach dem Recht der Unfallversicherung zusteht, insbesondere schließt die Gewährung des neben der Krankenhauspflege von dem Träger der Krankenversicherung zu gewährenden Hausgeldes (§ 186) die von dem Träger der Unfallversicherung zu gewährende Angehörigenrente (§ 598) nicht aus. Nur das Sterbegeld (§ 201 bzw. § 586) kann nicht sowohl von dem Träger der Krankenversicherung wie von dem Träger der Unfallversicherung nach den Vorschriften beider Versicherungsweige in voller Höhe, also doppelt, verlangt

<sup>1)</sup> Nämlich nur die Leistungen für Krankenpflege und Hilfsmittel, § 1505.

werder, sondern nur derjenige Betrag, der nach der für beide Gebiete vorgeschriebenen Berechnung der höhere ist. Die Zahlung kann hierbei zwar nach Wahl des Berechtigten von jedem der beiden Versicherungsträger insoweit verlangt werden, als ein Sterbegeld nach den Rechtsgrundsätzen des betreffenden Versicherungszweiges geschuldet wird. Soweit indessen von dem einen der beiden Versicherungsträger, Krankenkasse oder Berufsgenossenschaft, das Sterbegeld gezahlt ist, kann der andere Versicherungsträger die Zahlung insoweit verweigern, als nicht nach den für ihn geltenden Vorschriften über den gezahlten Betrag hinaus ein höheres Sterbegeld zu entrichten ist; nur diese Differenz braucht er dann zu zahlen.

2. Auch die Ansprüche des Verletzten selbst auf Krankenschädigung und Unfallentschädigung stehen regelmäßig selbständig nebeneinander. Der Verletzte erhält also grundsätzlich die doppelten Leistungen beider Versicherungszweige, soweit ihm nach Gesetz oder Satzung für ein und denselben Zeitabschnitt ein Anspruch auf jede der beiden Arten von Leistungen zusteht.

Hiervon besteht indessen eine Reihe von Ausnahmen:

- a) Soweit die Ansprüche aus beiden Versicherungszweigen die gleiche Leistung zum Gegenstande haben, wie insbesondere die Gewährung von ärztlicher Behandlung und Heilmitteln, § 182 Nr. 1 bzw. § 558 Nr. 1, oder Kur und Verpflegung in einem Krankenhaus bzw. in einer Heilanstalt, § 184 bzw. 597, kann, soweit ein Anspruch hierauf besteht, der Anspruch zwar gegen jeden der beiden Versicherungsträger geltend gemacht werden. Da diese Leistungen indessen ihrer Natur nach für den gleichen Zeitabschnitt nur einmal gewährt werden können, so schließt die Gewährung dieser Leistungen durch den einen Versicherungsträger ihre Gewährung durch den anderen Versicherungsträger aus (Gesamtschuldverhältnis).
- b) Soweit die Ansprüche aus beiden Versicherungszweigen dagegen auf verschiedene Leistungen, die ihrer Natur nach nebeneinander gewährt werden können, insbesondere auf Zahlung von Geldrenten, gerichtet sind, bestehen diese Ansprüche selbständig nebeneinander. Dies gilt uneingeschränkt indessen nur insoweit, als der Träger der Krankenversicherung wegen seiner nur subsidiären Haftung für die von ihm zu gewährenden Leistungen von dem Träger der Unfallversicherung nicht solchen Ersatz verlangen kann, der, wie oben ausgeführt, bei Vorleistung des Trägers der Krankenversicherung aus der Unfallentschädigung des Verletzten selbst, bei Vorleistung des Trägers der Unfallversicherung durch Anrechnung dieser Leistungen zu befriedigen ist (Einrede des Ersatzanspruchs).

Über die Art und Höhe dieser Ersatzleistung ist unten in Kapitel II § 1 näheres auszuführen. Hier ist die Darstellung

nur darauf zu richten, wieviel an Entschädigung unter Berücksichtigung dieser Ersatzansprüche der Berechtigte insgesamt tatsächlich erhält:

- aa) Bestehen lediglich Ansprüche auf Geldleistung, also insbesondere auf Unfallrente und Krankengeld, für den gleichen Zeitabschnitt nebeneinander, so erhält der Verletzte nicht den vollen Betrag der Unfallrente und den vollen Betrag des Krankengeldes; vielmehr findet eine Zusammenrechnung und Ermäßigung dieser beiden Leistungen in folgender Weise statt wobei entscheidend ist, ob das Krankengeld für sich allein mehr oder weniger betragen würde als die halbe Unfallrente:
- α) Beträgt das Krankengeld weniger als die halbe Unfallrente, so erhält der Berechtigte insgesamt nur den vollen Betrag der Unfallrente; das Krankengeld kommt für ihn in diesem Falle also überhaupt nicht in Betracht.
- β) Beträgt das Krankengeld dagegen mehr als die halbe Unfallrente, so erhält der Berechtigte insgesamt die halbe Unfallrente zuzüglich des vollen Krankengelds.

Der Berechtigte erhält also an Unfallrente und Krankengeld zusammen stets mindestens soviel, wie die volle Unfallrente beträgt. Er erhält mehr als den vollen Betrag der Unfallrente, wenn das Krankengeld für sich allein mehr beträgt als die Hälfte der Unfallrente für sich allein, und zwar erhält er dann denjenigen Betrag über den Betrag der vollen Unfallrente hinaus, um welchen das Krankengeld für sich allein die halbe Unfallrente für sich allein übersteigen würde, also die volle Unfallrente zuzüglich der Differenz zwischen dem Krankengeld und der halben Unfallrente.

Beispiel:

- α) Für die gleiche Zeit beträgt die Unfallrente 10 M, das Krankengeld 4 M (also weniger als die halbe Unfallrente). Der Berechtigte erhält 10 M (d. h. die volle Unfallrente, das Krankengeld bleibt unberücksichtigt).
- β) Die gesetzliche Unfallrente beträgt 5 M, das Krankengeld 10 M (also mehr als die halbe Unfallrente). Der Berechtigte erhält 12,50 M (nämlich die halbe Unfallrente = 2,50 M + dem gesamten Krankengeld von 10 M).

Der Berechtigte kann diese Beträge insoweit von jedem der beiden Versicherungsträger, der Krankenkasse oder der Berufsgenossenschaft, verlangen, wie diese an und für sich, d. h. ohne Rücksicht auf das Zusammen treffen, an Unfallrente bzw. Krankengeld, schulden würden.

Soweit indessen einerseits der Träger der Unfallversicherung bereits geleistet hat, braucht der Träger der Krankenversicherung nur noch die Differenz zwischen dem Betrage dieser Leistung und der von dem Berechtigten insgesamt zu beanspruchenden Gesamtleistung zu zahlen, § 1510.

Beispiel: Im Beispiel *a*) kann der Berechtigte von der Krankenkasse bis zu 4 M., von der Berufsgenossenschaft bis zu 10 M. verlangen, hat indessen die Berufsgenossenschaft bereits 10 M. gezahlt, so braucht die Krankenkasse nichts mehr zu zahlen.

Und soweit andererseits die Krankenkasse geleistet und ihre Ersatzansprüche bei dem Träger der Unfallversicherung für diese Leistung angemeldet hat (Kap. II § 1), kann die Berufsgenossenschaft in Höhe dieses Ersatzanspruchs die an sich dem Verletzten geschuldeten Beträge verweigern.

Beispiel: Im Beispiel *β*) kann der Berechtigte von der Berufsgenossenschaft bis zu 5 M., von der Krankenkasse bis zu 10 M. verlangen, hat indessen die Krankenkasse bereits 10 M. gezahlt und ihren Ersatzanspruch von 2,50 M. bei der Berufsgenossenschaft angemeldet, so braucht letztere dem Verletzten nur noch 2,50 M. zu zahlen.

- bb) Erhält endlich der Verletzte von einem der beiden Versicherungsträger freie Kur und Verpflegung in einer Anstalt gewährt, so hat er zwar gegen diesen Versicherungsträger keinen Geldanspruch, da die Anstaltspflege den Geldanspruch regelmäßig ersetzt. Wohl aber ist es möglich, daß ihm für den gleichen Zeitabschnitt gegen den anderen Versicherungsträger ein Geldanspruch auf Zahlung von Krankengeld bzw. Unfallrente verbleibt. Auch dieser Geldanspruch gegen den anderen Versicherungsträger steht dem Berechtigten an sich unabhängig von dem Anspruch gegen den ersten Versicherungsträger zu. Der Betrag, den der Verletzte erhält, richtet sich aber auch hier danach, ob und inwieweit dieser Geldanspruch durch Ersatzansprüche des anderen Versicherungsträgers sich mindert.

Zur Bestimmung der Höhe dieses Betrages ist zu unterscheiden, von welchem der beiden Versicherungsträger die Leistung der Kur und Verpflegung gewährt wird:

- α) Wird dem Verletzten diese Leistung von dem Träger der Unfallversicherung als Heilanstaltspflege gewährt, so erhält er von dem Träger der Krankenversicherung so viel an Krankengeld, wie wenn er anstatt des Unterhalts von dem Träger der Unfallversicherung die Vollrente erhielte. Beträgt also das zu gewährende Krankengeld weniger als die Hälfte dieser Rente, so erhält er an Krankengeld überhaupt nichts, beträgt das



zu gewährende Krankengeld dagegen mehr als die Hälfte dieser Rente, so erhält er an Krankengeld denjenigen Betrag, um welchen das Krankengeld die Hälfte der Unfallrente übersteigt.

Beispiel: Der Verletzte erhält Heilanstaltspflege und daher keine Unfallrente. Seine Vollrente würde 25 M. das von ihm zu beanspruchende Krankengeld für den gleichen Zeitabschnitt 10 M betragen. Er erhält kein Krankengeld. Würde das Krankengeld dagegen 15 M betragen, so erhält er  $12,50 - 10 = 2,50$  M an Krankengeld ausgezahlt.

β) Wird dem Verletzten eine Anstaltspflege dagegen von dem Träger der Krankenversicherung gewährt, so mindert sich sein Anspruch gegen den Träger der Unfallversicherung auf Zahlung der Unfallrente um denjenigen Betrag, für welchen die Krankenkasse für die gewährte Leistung des freien Unterhalts<sup>1)</sup> Ersatz aus der Unfallentschädigung verlangen kann. Dieser Betrag beläuft sich nach § 1503 Abs. II Satz 2 auf einen Pauschbetrag in Höhe des halben Grundlohns<sup>2)</sup>. Nur soweit hiernach von der Unfallrente etwas übrig bleibt, erhält der Verletzte diesen Betrag im Falle der von der Krankenversicherung gewährten Anstaltspflege ausgezahlt.

3. Die Satzung einer Krankenkasse kann bestimmen, daß für die Zeit, für welche Unfallrente oder Heilanstaltspflege gewährt wird, ein Krankengeld überhaupt nur insoweit zu zahlen ist, als es den Betrag der Unfallrente übersteigt. Hierbei ist der Unterhalt in einer Heilanstalt gleich der Vollrente zu rechnen, § 1511. Dies gilt auch für knappschaftliche Krankenkassen und Ersatzkassen, § 1530<sup>3)</sup>.

### III. Entschädigungsansprüche der Unfall- und der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Bei einem Zusammentreffen zwischen Ansprüchen auf Unfallentschädigung und auf Invaliden- und Hinterbliebenenentschädigung ist zu unterscheiden, ob die letzteren Ansprüche auf Grund der Arbeiterversicherung oder der Angestelltenversicherung bestehen.

#### A. Entschädigungsansprüche der Unfallversicherung und der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung der Arbeiterversicherung.

##### 1. Bei Verschiedenheit des Leistungsgrundes.

Verschiedenheit des Leistungsgrundes liegt vor, wenn der Tatbestand, auf welchen die Entstehung eines Unfallentschädi-

<sup>1)</sup> Nicht auch der Kurkosten, die von dem Unterhalt zu trennen sind. Die Kurkosten sind vielmehr nicht aus der Rente, sondern aus dem Vermögen des Versicherungsträgers zu ersetzen.

<sup>2)</sup> Über den Grundlohn vgl. S. 87.

<sup>3)</sup> Vgl. S. 148 u. S. 149 ff.

gungsanspruchs und eines Invaliden- und Hinterbliebenenentschädigungsanspruchs zurückzuführen ist, nicht der gleiche ist, wenn also die Invalidität oder der Tod des Ernährers nicht als Folge eines Unfalls oder einer Gewerbekrankheit, sondern als ein unabhängig hiervon neben der Unfallverletzung bestehendes Ereignis eintritt. In solchem Falle bestehen beide Entschädigungsansprüche an sich selbständig nebeneinander. Nach der Vorschrift des § 1311 RVO. ruht indessen die Invaliden- und Hinterbliebenenrente soweit sie zusammen mit der Unfallrente einen bestimmten Höchstbetrag übersteigen würde.

Dieser Betrag, der von dem Berechtigten an Unfall- und Invaliden- oder Hinterbliebenenrente zusammen höchstens bezogen werden kann, beläuft sich bei Konkurrenz der Unfallrente mit der Invaliden- oder Altersrente auf den  $7\frac{1}{2}$  fachen Grundbetrag<sup>1)</sup> der Invalidenrente, bei Konkurrenz mit der Witwen- und Witwenrente auf den  $3\frac{1}{2}$  fachen und bei Konkurrenz mit einer Waisenrente auf den 3 fachen Grundbetrag der Invalidenrente, die der Ernährer zur Zeit seines Todes bezog oder bei Invalidität bezogen hätte.

Während also der Berechtigte in solchem Falle von dem Träger der Unfallversicherung stets die volle Leistung verlangen kann, darf der Träger der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung unter Anrechnung der Unfallrente die Zahlung des Mehrbetrages über die genannten Höchstbeträge hinaus verweigern (Einrede des überschrittenen Gesamthöchstbetrages).

2. Liegt dagegen Einheit des Leistungsgrundes vor, ist also die Invalidität oder der Tod des Ernährers ausschließlich<sup>2)</sup> die Folge eines zu entschädigenden Unfalls, so gilt zwar auch hier als Grundsatz, daß der Berechtigte an sich von jedem der beiden Versicherungsträger die geschuldeten Leistungen verlangen kann. Dies gilt jedoch nur, solange die Leistungen der Unfallversicherung noch nicht gewährt werden. Mit dem Augenblick der Gewährung der Leistungen der Unfallversicherung werden dagegen die Leistungen der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung nur noch insoweit geschuldet, als sie die Leistungen der Unfallversicherung übersteigen.

Im einzelnen sind folgende Fälle zu unterscheiden, je nachdem die Leistungen in Geld- oder anderen Leistungen bestehen und von dem Träger der einen oder anderen Versicherung gewährt werden, §§ 1522 ff.

<sup>1)</sup> Vgl. S. 197.

<sup>2)</sup> Hat dagegen ein Unfall nur zusammen mit einer bereits vorher bestehenden Beschränkung der Erwerbsfähigkeit die Invalidität herbeigeführt, kommt also z. B. zu einer bereits vorhandenen Beschränkung der Erwerbsfähigkeit von 40 % noch eine durch Unfall herbeigeführte derartige Beschränkung von 30 % hinzu, so gilt dies als Verschiedenheit des Leistungsgrundes.

- a) Die Leistungen bestehen in Geldleistungen:
- α) Werden sie von dem Träger der Unfallversicherung in der Form der Unfallrente gewährt, so kann der Berechtigte von dem Träger der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung nur denjenigen Betrag verlangen, um welchen die geschuldete Invaliden- und Hinterbliebenenrente die Unfallrente übersteigt, § 1522.
  - β) War die Geldleistung von dem Träger der Invaliden- oder Hinterbliebenenversicherung gewährt worden, so kann dieser hierfür von dem Träger der Unfallversicherung Ersatz verlangen, und zwar ebenso wie der Träger der Krankenversicherung (vgl. oben zu II) aus der Unfallentschädigung des Verletzten bis zur halben Höhe seiner Unfallrente. Soweit ein solcher Ersatzanspruch besteht, kann also die Gewährung der Unfallrente verweigert werden, § 1522 Abs. III <sup>1)</sup> (Einrede des Ersatzanspruchs).
- b) Die gewährte Leistung besteht nicht in Geld, sondern in anderen Leistungen:
- α) Hat der Träger der Unfallversicherung an Stelle der Rente eine Anstaltspflege gewährt, so wird diese Leistung für den Vergleich mit den Leistungen der Invaliden- oder Hinterbliebenenversicherung der Vollrente gleichgestellt. Der Berechtigte kann dann also nur denjenigen Betrag an Invaliden- oder Hinterbliebenenrente verlangen, um welchen diese Renten die Vollrente der Unfallversicherung übersteigen würden, § 1522 Abs. II.
  - β) Gewährt der Träger der Invaliden- oder Hinterbliebenenversicherung ein Heilverfahren, so ist dies für die Entschädigungsansprüche des Verletzten einem von dem Träger der Unfallversicherung gewährten Heilverfahren gleich zu achten, § 1524 Abs. II. Der Verletzte kann also an Unfallentschädigung keine anderen Ansprüche geltend machen, als wenn ihm das Heilverfahren von dem Träger der Unfallversicherung gewährt würde. Insbesondere ersetzt auch eine von der Versicherungsanstalt gewährte Anstaltspflege die Zahlung einer Unfallrente. Und wenn die Versicherungsanstalt während der Anstaltspflege den Angehörigen ein Hausgeld gezahlt hat, so wird der Träger der Unfallversicherung insoweit auch von der Zahlung der Angehörigenrente befreit, § 1524.

**B. Entschädigungsansprüche der Unfallversicherung und der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung der Angestelltenversicherung.**

---

<sup>1)</sup> Wegen der Begrenzung des Ersatzes auf den halben Betrag ist also auch hier unter Umständen Doppelleistung möglich.

Hier ist die Regelung die gleiche bei Verschiedenheit wie bei Einheit des Leistungsgrundes: Die beiden Entschädigungsansprüche bestehen an sich selbständig nebeneinander, jedoch ruht die Invalidenrente, soweit sie zusammen mit den sämtlichen anderen Bezügen<sup>1)</sup> des Entschädigungsberechtigten, die Hinterbliebenenrente, soweit sie zusammen mit sämtlichen Renten der Arbeiterversicherung einen bestimmten Höchstbetrag übersteigen würde. Dieser Betrag, der von dem Berechtigten an Unfall- und Invaliden- und Hinterbliebenenrente sowie an sonstigen Bezügen überhaupt bzw. an sonstigen Renten der sozialen Versicherung zusammen höchstens bezogen werden darf, beläuft sich bei Zusammentreffen von Ruhegeld mit der Unfallrente auf den Jahresarbeitsverdienst, der dem Durchschnitt der 60 höchsten monatlichen Beiträge entspricht, bei Zusammentreffen von Hinterbliebenenrente mit Renten der Unfallversicherung auf sechs Zehntel dieses Betrages, §§ 73, 74 AVG.

Während also der Berechtigte von dem Träger der Unfallversicherung die volle Entschädigung verlangen kann, darf die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte unter Anrechnung der Unfallrente und der sonstigen Bezüge die Zahlung des Mehrbetrages über die genannten Höchstbeträge hinaus verweigern (Einrede des überschrittenen Gesamthöchstbetrages).

Dies gilt bei Einheit des Leistungsgrundes jedoch nur, wenn die Unfallrente tatsächlich gewährt wird, bis zur Gewährung der Unfallrente darf dagegen weder die Feststellung noch die Zahlung von Ruhegeld und Hinterbliebenenrente abgelehnt werden, § 267 AVG.

Soweit die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte indessen hiernach oder aus sonstigen Gründen, z. B. weil sie von der Unfallrente keine Kenntnis hatte, Leistungen zu Unrecht gezahlt hat, also für eine Zeit, für die der Empfänger einen Anspruch auf Unfallrente hatte und für die Ruhegeld und Hinterbliebenenrente daher nach dem obigen zu ruhen hatten, kann sie durch Kürzung ihrer weiteren Leistungen den zuviel gezahlten Betrag in angemessenen Teilbeträgen wieder einziehen. Die weiteren Bezüge des Berechtigten mindern sich daher in Höhe dieser zurückbehaltenen Beträge, § 95 AVG.<sup>2)</sup>

## § 2.

### Unfallentschädigungsanspruch und Armenunterstützung.

Wird durch einen Unfall oder eine Gewerbekrankheit, durch welche ein Unfallentschädigungsanspruch zur Entstehung gelangt ist, gleichzeitig eine armenrechtliche Hilfsbedürftigkeit hervorgerufen, so können

<sup>1)</sup> Hierzu gehören außer der Unfallrente die etwa noch sonst bezogenen Renten der Arbeiterversicherung sowie der gesamte etwa sonst verdiente Entgelt.

<sup>2)</sup> Treffen Entschädigungsansprüche aus allen drei Versicherungszweigen zusammen, so sind die vorstehenden Ausführungen durch die Vorschriften über das Verhältnis des Entschädigungsanspruchs aus der Krankenversicherung und Invaliden- und Hinterbliebenen-Versicherung (vgl. oben S. 247 u. 234) zu ergänzen.

die Leistungen der Unfallentschädigung mit denen der öffentlichen Armenunterstützung zusammentreffen, § 1527. Dabei ist aber zu beachten, daß die Armenunterstützung stets nur subsidiär ist und nur dann Platz greift, wenn ein anderer im Sinne der Armenunterstützung ausreichender Unterhalt nicht vorhanden ist.

Die Armenunterstützung kann hiernach einmal ergänzend neben der Unfallentschädigung gewährt werden, soweit diese zum Unterhalt des Berechtigten nicht ausreicht. Sie kann andererseits aber auch vorläufig an Stelle einer Unfallentschädigung so lange eintreten, bis diese gewährt wird.

Im ersteren Falle erhält der Berechtigte die Leistungen der Unfallentschädigung und der Armenunterstützung selbständig nebeneinander, die Leistungen der Unfallentschädigung in der vollen geschuldeten Höhe, die Leistungen der Armenunterstützung, soweit eine Ergänzung erforderlich ist.

Im letzteren Falle ist dagegen der Armenverband<sup>1)</sup> berechtigt, von dem Träger der Unfallversicherung insoweit Ersatz zu verlangen, als er dem Hilfsbedürftigen Leistungen gewährt hat, die bei Leistung der geschuldeten Unfallentschädigung nicht erforderlich gewesen wären.

In wieweit im einzelnen ein solcher Ersatzanspruch besteht, wird unten im Kapitel II § 3 unter Nr. 1 behandelt. Wie dort ausgeführt wird, ist nun aber ein solcher Ersatzanspruch der Armenverbände, entsprechend dem Ersatzanspruch der Krankenkassen (vgl. oben S. 370 ff.), nur teilweise aus dem eigentlichen Vermögen des Trägers der Unfallversicherung, im übrigen aber aus der an sich dem Berechtigten geschuldeten Unfallentschädigung zu befriedigen. Insoweit daher der Armenverband für die von ihm gewährte Unterstützung Ersatz aus der Unfallentschädigung verlangen kann, erhält der Berechtigte nicht den vollen Betrag der Unfallentschädigung zu den erhaltenen Leistungen der Armenunterstützung hinzu, sondern es mindert sich der Betrag dessen, was der Entschädigungsberechtigte von dem Träger der Unfallversicherung nunmehr noch erhält (Einrede des Ersatzanspruchs).

### § 3.

#### **Unfallentschädigungsanspruch und Entschädigungsansprüche des Privatrechts.**

Die auf Grund eines Unfalles oder einer Gewerbekrankheit mit dem Unfallentschädigungsanspruch des sozialen Versicherungsrechts konkurrierenden privatrechtlichen Ansprüche beruhen entweder unmittelbar auf dem Gesetz oder auf rechtsgeschäftlicher Grundlage, insbesondere vertraglicher Vereinbarung.

---

<sup>1)</sup> Das Gleiche wie für Armenverbände gilt für Gemeinden, Betriebsunternehmer und Kassen, die nach gesetzlicher Vorschrift Hilfsbedürftige unterstützen, ebenso für knappschaftliche Krankenkassen und Ersatzkassen.

## A. Gesetzliche Ansprüche.

1. Sie können auf den verschiedensten Rechtsgebieten entstehen. Hauptsächlich kommen in Betracht Ansprüche aus dem Reichshaftpflichtgesetz vom 7. Juni 1871 (RGBl. 1871 S. 207 und 1896 S. 616 ff.), dem Reichsgesetz über den Verkehr mit Kraftfahrzeugen vom 3. Mai 1909 (RGBl. S. 437) und aus den Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs über unerlaubte Handlungen (hauptsächlich die §§ 823<sup>1)</sup>, 831, 833, 836—38, 839 und bezüglich der Art und Höhe des Schadenersatzes §§ 249—53 und 843—47 BGB.).
2. Soweit derartige Schadenersatzansprüche des Privatrechts mit einem Unfallentschädigungsanspruch zusammen treffen, ist zu unterscheiden, ob sich die privatrechtlichen Schadenersatzansprüche gegen den Unternehmer und gewisse ihm gleichgestellte Personen (Bevollmächtigte und Repräsentanten des Unternehmers, Betriebs- und Arbeiteraufseher, Mitreeder, Lotsen und Personen der Schiffsbesatzung, §§ 899, 1219) richten oder gegen andere Personen.
  - a) Richten sich die Schadenersatzansprüche gegen Unternehmer oder gleichgestellte Personen, so besteht ein solcher Anspruch nur dann<sup>2)</sup>, wenn diese Personen den Unfall vorsätzlich herbeigeführt haben und diese Tatsache entweder strafgerichtlich festgestellt ist oder wegen Todes, Abwesenheit oder eines anderen in der Person des Verpflichteten liegenden Grundes nicht strafgerichtlich festgestellt werden kann. Der Anspruch geht gegen diese Personen aber auch in diesem Falle nicht in voller Höhe des tatsächlich eingetretenen Schadens, sondern nur insoweit ihre Verbindlichkeit auf Grund des privatrechtlichen Schadenersatzanspruchs die Unfallentschädigung übersteigt, §§ 899, 1042, 1219<sup>3)</sup>.
  - b) Richten sich die Schadenersatzansprüche dagegen gegen andere Personen wie den Unternehmer oder die ihm Gleichgestellten, insbesondere gegen andere Arbeiter oder gegen betriebsfremde Personen, so geht ein solcher Anspruch auf den Träger der Versicherung insoweit über, als er dem Entschädigungsberechtigten eine Unfallentschädigung zu gewähren hat (*cessio legis*). Nur soweit also der Schadenersatzanspruch diese Entschädigung übersteigt, verbleibt er dem Verletzten und kann von ihm gegenüber dem Verpflichteten geltend gemacht werden, § 1542.

<sup>1)</sup> Wegen Übertretung der Unfallverhütungsvorschriften vgl. oben S. 358 Anm. 1.

<sup>2)</sup> Andernfalls besteht also Gesetzeskonkurrenz; die Vorschriften des sozialen Versicherungsrechts gehen als *lex specialis* der *lex generalis* des bürgerlichen Schadenersatzrechts vor.

<sup>3)</sup> Dies gilt auch dann, wenn ein Anspruch auf Rente nicht besteht; es liegt hier also eine allgemeine Einschränkung der zivilrechtlichen Haftung vor; vgl. auch die vorige Anmerkung.

3. Zur Entscheidung von Streitigkeiten über derartige Ansprüche sind die ordentlichen Gerichte zuständig. Sie sind indessen an die Entscheidung der Versicherungsbehörden insoweit gebunden, als es sich darum handelt, ob und in welchem Umfang der Träger der Unfallversicherung zur Entschädigung verpflichtet ist, und haben, bis eine Entscheidung hierüber ergangen ist, das Verfahren über die privatrechtlichen Ansprüche auszusetzen, §§ 901, 1542.
- B. Auch auf Grund rechtsgeschäftlicher Bestimmung können für den Fall eines Unfalls dem Verletzten vermögensrechtliche Leistungen zugesichert sein, z. B. auf Grund vertraglicher Vereinbarung mit anderen Personen, auf Grund letztwilliger Verfügung, auf Grund der Satzung einer Familienstiftung oder eines Vereins. Von besonderer Wichtigkeit ist der Abschluß von Versicherungsverträgen mit Privatgesellschaften, durch welche für den Fall eines Unfalls oder einer Gewerbekrankheit Entschädigungen vereinbart werden <sup>1)</sup>. Alle derartigen rechtsgeschäftlichen Verpflichtungen werden durch die Unfallentschädigung des sozialen Versicherungsrechts nicht berührt <sup>2)</sup>. Wer also Rechte aus derartigen Rechtsgeschäften herleiten will, kann diese Rechte gegen den Verpflichteten unabhängig von einer ihm zustehenden Unfallentschädigung geltend machen.

## Kapitel II.

### Die Rechte der Schuldner untereinander. (Innenverhältnis.)

Die Schuldner der in Kapitel I behandelten verschiedenen Ansprüche des Entschädigungsberechtigten stehen sich nicht in voller Unabhängigkeit gegenüber. Sie können vielmehr einmal, soweit sie eine Leistung gewähren, für die in erster Reihe ein anderer haftet, und die sie selbst nur subsidiär zu gewähren haben, Ersatz für die gewährte Leistung beanspruchen. Sie können ferner aber auch dahin wirken, daß der Ersatzpflichtige seiner Leistung nachkommt, sodaß ihre eigene nur subsidiäre Leistungspflicht nur möglichst wenig praktisch wird, indem ihnen

<sup>1)</sup> Haben Unternehmer von Betrieben oder Tätigkeiten, die erst durch die RVO. der Unfallversicherung unterstellt werden, oder in solchen Betrieben oder Tätigkeiten beschäftigte Personen vor dem Inkrafttreten der Vorschriften der RVO. über Unfallversicherung private Versicherungsverträge abgeschlossen, so übernimmt auf ihren Antrag, der binnen 6 Monaten nach dem Inkrafttreten zu stellen ist, die Genossenschaft die Rechte und Verbindlichkeiten aus diesem Verträge mit Wirkung vom Tage des Inkrafttretens. Dies gilt nicht für Verträge, die nach der Bekanntmachung der Kaiserlichen Verordnung über das Inkrafttreten der Unfallversicherung und in den letzten 3 Monaten vor dem Inkrafttreten geschlossen sind, außer wenn der Vertrag innerhalb dieser Frist stillschweigend verlängert ist, Art. 56—59.

<sup>2)</sup> Soweit sich nicht etwa aus dem Inhalt des zugrunde liegenden Rechtsgeschäfts etwas anderes ergibt.

selbständige Rechte auf Betreibung des Verfahrens gewährt sind. Hinsichtlich dieser verschiedenen Rechte sind auch hier zu unterscheiden einmal die Rechte der Versicherungsträger, und zwar sowohl untereinander (§ 1) wie gegen Dritte (§ 2), ferner die Rechte der Armenverbände (§ 3) und endlich die Rechte der Schuldner privatrechtlicher Entschädigungsansprüche (§ 4).

### § 1.

#### Rechte der Versicherungsträger untereinander.

Die Versicherungsträger haben untereinander bei Konkurrenz mehrerer Ansprüche des sozialen Versicherungsrechts einmal Ersatzansprüche, andererseits Rechte auf selbständige Betreibung des Verfahrens.

#### I. Die Ersatzansprüche der Versicherungsträger.

Hinsichtlich der Ersatzansprüche der Versicherungsträger ist zu unterscheiden, ob mit dem Unfallentschädigungsanspruch ein anderer Unfallentschädigungsanspruch, ein Entschädigungsanspruch der Krankenversicherung oder ein Entschädigungsanspruch der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung zusammentrifft:

- A. Bei Zusammentreffen mehrerer Unfallentschädigungsansprüche bestehen keinerlei Ersatzansprüche etwaiger verschiedener Berufsgenossenschaften untereinander.
- B. Bei Konkurrenz eines Entschädigungsanspruchs der Unfall- und Krankenversicherung ist die Leistung der Krankenversicherung gegenüber der Leistung der Unfallversicherung regelmäßig subsidiär. Der Träger der Krankenversicherung kann also von dem Träger der Unfallversicherung Ersatz für die gewährte Leistung verlangen.
  1. Dieser Ersatz geschieht indessen für die verschiedenen Arten der gewährten Leistungen in verschiedener Weise:
    - a) Sterbegeld, das die Krankenkasse dem Berechtigten ausbezahlt hat, ist aus dem Sterbegeld zu ersetzen, das der Träger der Unfallversicherung zu zahlen hat, § 1502.
    - b) Hilfsmittel gegen Verunstaltung und Verkrüppelung, die nach Bestimmung der Satzung einer Krankenkasse zur Wiederherstellung und Erhaltung der Arbeitsfähigkeit gewährt sind, hat der Träger der Unfallversicherung aus seinem Vermögen zu ersetzen und zwar in Höhe des Aufwandes, § 1504.
    - c) Krankenpflege (ärztliche Behandlung, Arznei und andere kleine Heilmittel), wozu auch die Behandlung (nicht aber der Unterhalt) in einem Krankenhause gehört, hat der Träger der Unfallversicherung aus seinem Vermögen zu ersetzen und zwar in Höhe eines Pauschbetrages von  $\frac{3}{8}$  des Grundlohns, § 1503<sup>1)</sup>.

<sup>1)</sup> Bei Übertragung des Heilverfahrens seitens des Trägers der Unfallversicherung auf die Krankenkasse (vgl. oben S. 367) ist bei höherem Aufwand dieser und nicht nur der Pauschbetrag zu ersetzen, § 1514.



- d) Alle anderen Leistungen sind aus der Unfallrente des Verletzten zu ersetzen, § 1505, und zwar der Unterhalt im Krankenhaus (der also von der ärztlichen Behandlung zu trennen ist, vgl. c) in Form eines Pauschbetrages in Höhe der Hälfte des Grundlohns, § 1503 Abs. II<sup>1)</sup>, die übrigen Leistungen, insbesondere das Krankengeld, soweit nicht nach Gesetz oder Satzung Doppelleistungen stattfinden, an sich in voller Höhe des wirklich verauslagten Betrages.

Dieser letztere Grundsatz erleidet indessen eine doppelte Einschränkung, nämlich einmal hinsichtlich der Höhe des Ersatzanspruchs selbst, andererseits hinsichtlich desjenigen Betrages der Unfallrente, auf welchen die Krankenkasse zur Befriedigung dieses ihres Anspruchs jeweils zugreifen kann, §§ 1506—1507:

- α) Was die Höhe des Anspruchs betrifft, so ist der Ersatzanspruch regelmäßig nur bis zum Betrage der halben Unfallrente begründet, die auf die Zeit fällt, für welche die Entschädigungsansprüche der Kranken- und Unfallversicherung zusammen bestehen, und nur ausnahmsweise, nämlich während des vollständigen Unterhalts des Verletzten in einer Anstalt, bis zum vollen Betrage dieser Rente. Nur soweit also die Leistungen der Krankenkasse, insbesondere das für diese Zeit zu entrichtende Krankengeld, weniger als die halbe Unfallrente betragen, hat die Krankenkasse einen Ersatzanspruch in voller Höhe. Soweit dagegen die Leistungen der Kasse für die konkurrierende Zeit dieses Maß übersteigen, findet ein Ersatz nicht statt<sup>2)</sup>.
- β) Was das Maß des Zugriffs betrifft, so kann die Krankenkasse für ihre Ersatzansprüche, soweit diese aus der Unfallrente zu erstatten sind, Befriedigung nicht jederzeit in Höhe des vollen geschuldeten Betrages verlangen. Vielmehr ist ein Zugriff der Kasse zur Befriedigung ihrer Ersatzansprüche jederzeit in voller Höhe nur zulässig auf etwa aufgelaufene rückständige Beträge und auf solche Beträge der Rente, die während der Zeit vollständigen Unterhalts des Verletzten in einer Anstalt laufen. Im übrigen ist dagegen ein Zugriff jeweils nur in Höhe der Hälfte der laufenden Rente zulässig, so daß dem Verletzten mindestens die andere Hälfte der Rente zur Befriedigung der eigenen Lebensbedürfnisse stets verbleibt. Dabei ist die Kasse aber für ihre Ersatzansprüche nicht etwa auf diejenigen Rententeile angewiesen, die gerade auf die konkurrierende Zeit entfallen sind, vielmehr kann die Kasse auf alle früheren

<sup>1)</sup> Vgl. die vorige Anmerkung.

<sup>2)</sup> Insoweit ist daher ein Anspruch auf Doppelleistung begründet, vgl. oben S. 372.

oder späteren Rententeile zugreifen, soweit der Höhe nach ein Ersatzanspruch für die Kasse begründet ist.

2. Die Befriedigung erfolgt, soweit Ersatz aus dem Sterbegeld oder dem Vermögen des Trägers der Unfallversicherung stattfindet, ohne weiteres durch Auszahlung dieser Beträge, soweit die Befriedigung aus der Unfallrente stattfindet, durch Auszahlung derjenigen Rententeile, auf welche der Zugriff erfolgt, anstatt an den Entschädigungsberechtigten an die Krankenkasse.

Der Ersatzanspruch der Krankenkasse muß bei Vermeidung des Ausschlusses binnen drei Monaten nach Beendigung der Kassenleistungen bei dem Träger der Unfallversicherung geltend gemacht werden. Nach dieser Zeit ist die Geltendmachung nur zulässig, wenn die Kasse ohne ihr Verschulden keine Kenntnis davon erhalten hat, daß die Voraussetzungen für einen Ersatzanspruch vorliegen, dann aber nur binnen einer Woche nach Erlangung dieser Kenntnis, § 1508<sup>1)</sup>.

---

<sup>1)</sup> In den bisher behandelten Fällen wurde angenommen, daß der Träger der Krankenversicherung dem Verletzten Leistungen gewährt hatte, die an sich dem Träger der Unfallversicherung oblagen. Demgemäß war daher nur von Ersatzansprüchen der Krankenkasse gegen den Träger der Unfallversicherung die Rede. Nun ist es aber auch möglich, daß der Träger der Unfallversicherung Leistungen gewährt hat, die an sich dem Träger der Krankenversicherung obliegen. Dies gilt zwar nicht für einen Zeitabschnitt, in welchem beide Entschädigungsansprüche bei gleichem Leistungsgrunde konkurrieren (also von der 14. Woche ab), da für einen solchen Zeitabschnitt die Leistungen der Krankenversicherung regelmäßig gegenüber den Leistungen der Unfallversicherung subsidiär sind. Wohl aber kann es geschehen, daß der Träger der Unfallversicherung Leistungen in einer Zeit gewährt, für welche nur Entschädigungsansprüche der Krankenversicherung bestehen, also für die Zeit von der 1.—13. Woche nach dem Unfall.

Dies ist in zwei Fällen möglich:

- a) einmal, wenn die Krankenkasse ihre Leistungen vor Ablauf der 13. Woche zu Unrecht einstellt, insbesondere wenn sie irrtümlich den Verletzten wieder für arbeitsfähig hält und ihm daher kein Krankengeld mehr zahlt. Wie früher ausgeführt, hat der Träger der Unfallversicherung, falls die Zahlung des Krankengelds vor Ablauf der 13. Woche aufhört, eine Beschränkung der Erwerbsfähigkeit aber andauert, eine Unfallrente nicht erst vom Beginn der 14. Woche, sondern schon vom Zeitpunkt des Wegfalls des Krankengelds zu zahlen. Solange nun die Leistung des Krankengelds zu Unrecht früher eingestellt war, solange hat der Träger der Unfallversicherung die Unfallrente auch zu Unrecht gezahlt und kann daher von dem Träger der Krankenkasse Ersatz verlangen. Diesen Ersatz erhält der Träger der Unfallversicherung dadurch, daß der Anspruch des Verletzten auf Zahlung von Krankengeld gegen die Krankenkasse bis zur Höhe der Rente auf ihn übergeht, so daß sich der Träger der Unfallversicherung für die zu Unrecht gezahlte Rente aus diesem Anspruch des Verletzten auf Zahlung von Krankengeld befriedigen kann, §§ 583, 948, 1094.
- b) Andererseits kann der Träger der Unfallversicherung das Heilverfahren auch freiwillig schon vor Ablauf der 13. Woche übernehmen, um sich auf dessen wirksame Ausgestaltung bereits frühzeitig einen Einfluß zu sichern (vergl. oben S. 363). Er hat in diesem Falle dem Verletzten alles das zu gewähren, was dieser nach Gesetz oder Satzung an Leistungen der Krankenkasse zu beanspruchen hätte. Als Ersatz

C. Bei Zusammentreffen von Entschädigungsansprüchen der Unfallversicherung und der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung ist wiederum zu unterscheiden ob die letzteren Ansprüche auf Grund der Arbeiterversicherung oder der Angestelltenversicherung bestehen.

1. Bei Zusammentreffen zwischen Entschädigungsansprüchen der Unfallversicherung und der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung der Arbeiterversicherung ist, wie ausgeführt, die Entschädigung aus den letzteren Versicherungszweigen gegenüber der Unfallentschädigung nur subsidiär, soweit sie die Unfallentschädigung nicht übersteigt (vgl. oben S. 375). Soweit der Träger der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung daher Leistungen für eine Zeit gewährt hat, für die der Empfänger einen Anspruch auf Unfallentschädigung hat, kann er hierfür von dem Träger der Unfallversicherung Ersatz verlangen.

Dieser Ersatz erfolgt, soweit die gewährten Leistungen in Rente bestanden, aus der Unfallrente des Verletzten, wobei für die Höhe des Ersatzanspruchs (bis zum halben Betrage, nur bei vollem Unterhalte bis zum ganzen Betrage der Unfallrente) und das Maß des Zugriffs (voll nur auf Rentenrückstände und die laufende Rente während einer Anstaltspflege, sonst nur auf die halbe Unfallrente) die gleichen Grundsätze gelten wie für den Ersatzanspruch der Krankenkassen.

Soweit dagegen ein Heilverfahren gewährt wird, das den Träger der Unfallversicherung entlastet, hat dieser hierfür nicht aus der Unfallrente, sondern aus seinem eigenen Vermögen Ersatz zu leisten, und zwar in Höhe eines Pauschbetrages, der für Krankenpflege bzw. ärztliche Behandlung im Krankenhaus  $\frac{3}{8}$  des Grundlohns, für den Unterhalt im Krankenhaus die Hälfte des Grundlohns beträgt.

2. Bei Zusammentreffen zwischen Entschädigungsansprüchen der Unfallversicherung und der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung der Angestelltenversicherung besteht dagegen ein Ersatzanspruch der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte gegenüber dem Träger der Unfallversicherung nicht. Die Reichsversicherungsanstalt ist vielmehr hinsichtlich des Ersatzes von Leistungen, die sie zu Unrecht gewährt hat, weil der Empfänger gleichzeitig Anspruch auf Unfallrente hatte, lediglich auf die oben S. 377 behandelte Kürzung ihrer weiteren Leistungen an den Berechtigten beschränkt.

Über alle Ersatzansprüche der Versicherungsträger untereinander wird im Spruchverfahren entschieden, §§ 1515, 1226 (vgl. unten S. 395).

---

für die gewährten Leistungen kann der Träger der Unfallversicherung dann von der Krankenkasse, soweit er Krankengeld gewährt hat, den vollen ausgelegten Betrag und soweit er Krankenpflege gewährt hat, einen Pauschbetrag in Höhe von  $\frac{3}{8}$  des Grundlohns verlangen, § 1513.

## II. Rechte der Versicherungsträger auf Betreibung des Verfahrens.

Die Leistungen sowohl der Kranken- wie der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung sind, wie ausgeführt, gegenüber den Leistungen der Unfallversicherung bei Konkurrenz mehrerer Entschädigungsansprüche aus gleichem Leistungsgrunde nur subsidiär. Darum ist den Schuldnern der nur subsidiären Leistungen die Befugnis gegeben, sich von ihrer Leistungspflicht baldmöglichst dadurch zu befreien, daß sie selbst die Feststellung der Leistungen der Unfallversicherung betreiben können. Zu diesem Zweck können sie auch selbständig Rechtsmittel einlegen, und der Ablauf von Fristen, die ohne ihr Verschulden verstrichen sind, wirkt nur dann gegen sie, wenn es sich um Verfahrensfristen handelt und sie selbst das Verfahren betreiben, §§ 1509, 1523 RVO., 268 AVG.

### § 2.

#### Rechte der Versicherungsträger gegen Dritte.

Die Träger der Versicherung haben für die wegen eines Unfalls dem Entschädigungsberechtigten gewährten Leistungen unter bestimmten Voraussetzungen Ersatzansprüche nicht nur untereinander, sondern auch gegen dritte Personen, und zwar einmal gegen die Unternehmer und die diesen gleichgestellten Personen (Bevollmächtigte, Repräsentanten usw. vgl. oben S. 379), andererseits gegen andere Personen, von denen die Versicherten nach gesetzlicher (nicht dagegen rechtsgeschäftlicher!) Bestimmung Schadenersatz verlangen können:

- a) Gegen Unternehmer und ihnen gleichgestellte Personen besteht ein Ersatzanspruch nur dann, wenn diese Personen den Unfall vorsätzlich oder fahrlässig mit Außerachtlassung derjenigen Aufmerksamkeit herbeigeführt haben, zu welcher sie vermöge ihres Amtes, Berufs oder Gewerbes besonders verpflichtet sind<sup>1)</sup>, und wenn<sup>2)</sup> diese Tatsache entweder strafgerichtlich festgestellt ist oder infolge Todes, Abwesenheit oder eines anderen in der Person des Verpflichteten liegenden Grundes strafgerichtlich nicht festgestellt werden kann. Der Anspruch geht auf Ersatz alles dessen, was die Träger der Versicherung nach Gesetz oder Satzung infolge des Unfalls aufwenden müssen, §§ 903—907, 1042, 1219<sup>3)</sup>.
- b) Gegen andere Personen als gegen Unternehmer und Gleichgestellte besteht ein Ersatzanspruch nur dann, wenn diese Personen dem Verletzten nach gesetzlicher Vorschrift auf Grund des Unfalls zum Schadenersatz verpflichtet sind, § 1542. Ein solcher Schadenersatzanspruch des Verletzten geht nämlich auf die Träger der Versicherung

<sup>1)</sup> Sog. qualifizierte Fahrlässigkeit.

<sup>2)</sup> Dieser Voraussetzung bedarf es nicht bei Berufsgenossenschaften.

<sup>3)</sup> Ist ein Unfall nicht vorsätzlich, sondern nur fahrlässig herbeigeführt, so ist Verzicht auf diesen Ersatzanspruch zulässig. Vor Erhebung der Klage auf Ersatz kann der Verpflichtete zu diesem Zweck die Entscheidung der Genossenschaftsversammlung anrufen, § 906.

insoweit über, wie diese dem Verletzten auf Grund des sozialen Versicherungsrechts eine Entschädigung zu gewähren haben (*cessio legis*). Für das Maß des Ersatzes bei Krankenpflege, Krankenhauspflege, Krankenbehandlung und Heilanstaltspflege gelten hierbei die mehrfach angeführten Pauschsätze des § 1503.

Zur Entscheidung über Ersatzansprüche zu a und b sind die ordentlichen Gerichte zuständig. Hinsichtlich ihrer Bindung an die Entscheidung der Versicherungsbehörden vgl. oben Kap. I § 3.

### § 3.

#### Rechte der Armenverbände.

Die Armenverbände können für Leistungen, die sie einem hilfsbedürftigen Verletzten infolge eines Unfalls gewährt haben, Ersatz sowohl von den Trägern der Versicherung wie von den Unternehmern und den ihnen gleichgestellten Personen verlangen.

1. Gegen die Träger der Versicherung besteht ein Anspruch dann, wenn der Armenverband den Verletzten während einer Zeit unterstützt hatte, für welche diesem ein Anspruch auf Unfallentschädigung auf Grund des sozialen Versicherungsrechts zusteht, jedoch nur bis zur Höhe dieses Anspruchs.

Dem Armenverbände sind in diesem Falle zu ersetzen:

- a) die gewährten Begräbniskosten aus dem Sterbegeld;
- b) Unterstützungen, die der Krankenbehandlung entsprechen, aus dem eigentlichen Vermögen des Versicherungsträgers, und zwar in Höhe des wirklichen Aufwands;
- c) die übrigen Unterstützungen aus der Unfallrente, wobei für die Höhe des Ersatzanspruchs (bis zum halben Betrage, nur bei vollständigem Unterhalt bis zum ganzen Betrage der Unfallrente) und für das Maß des Zugriffs (voll nur auf Rentenrückstände und die laufende Rente während einer Anstaltspflege, sonst nur auf die halbe laufende Unfallrente) die gleichen Grundsätze gelten, wie für den Ersatzanspruch der Krankenkassen, §§ 1531, 1534/35, vgl. oben § 1 zu II.

Der Ersatzanspruch ist bei Vermeidung des Ausschlusses binnen sechs Monaten nach Ablauf der Unterstützung bei dem Träger der Unfallversicherung geltend zu machen, § 1539. Streit über Ersatzansprüche wird im Spruchverfahren entschieden, § 1540.

Auch die Armenverbände können die Feststellung der Leistungen der Unfallversicherung selbständig betreiben und Rechtsmittel einlegen, § 1538.

2. Gegen Unternehmer und die ihnen gleichgestellten Personen (nicht dagegen gegen andere Personen) besteht ein Ersatzanspruch der Armenverbände unter den gleichen Voraussetzungen und in dem gleichen Umfang, wie ein Ersatzanspruch der Versicherungsträger (vgl. oben § 2 zu a), also bei vorsätzlicher oder

qualifiziert fahrlässiger <sup>1)</sup> Herbeiführung des Unfalls und strafgerichtlicher Feststellung dieses Tatbestandes, und zwar in Höhe ihres Aufwandes, § 903.

§ 4.

**Rechte privatrechtlicher Schuldner.**

Unternehmer und die ihnen nach §§ 899, 1219 gleichgestellten Personen, die dem Verletzten auf Grund eines Unfalles zum Schadenersatz verpflichtet sind, haben zwar Ersatzansprüche gegen die Träger der Versicherung nur, soweit solche Ansprüche auf Grund der Vorschriften des Privatrechts, insbesondere über Geschäftsführung ohne Auftrag oder ungerechtfertigte Bereicherung, bestehen. Jedoch können auch sie selbständig die versicherungsrechtliche Feststellung der Entschädigung betreiben und Rechtsmittel einlegen, §§ 902, 1042, 1219.

Soweit solche Personen untereinander oder von Dritten zum Schadenersatz Verpflichteten ihrerseits Ersatz fordern können, bestimmen sich diese Ansprüche nach den Vorschriften des bürgerlichen Rechts, insbesondere nach den Vorschriften des § 840 BGB.

**Anhang.**

**Die Unfallfürsorge für Beamte und Personen des Soldatenstandes sowie für Gefangene.**

Beamte und Personen des Soldatenstandes sowie Gefangene unterliegen nicht der Unfallversicherung der Reichsversicherungsordnung, sondern es gelten hinsichtlich einer Unfallfürsorge für diese Personenklassen besondere Vorschriften.

I. Die Unfallfürsorge für Beamte und Personen des Soldatenstandes ist im Reichsgesetz vom 18. Juni 1901 in folgender Weise geregelt<sup>2)</sup>:

A. Voraussetzungen des Entschädigungsanspruchs.

Entschädigungsberechtigt sind Beamte der Reichszivilverwaltung, des Reichsheeres und der Kaiserlichen Marine, sowie Personen des Soldatenstandes, welche in reichsgesetzlich der Unfallversicherung unterliegenden Betrieben beschäftigt sind, § 1<sup>3)</sup>.

Der Entschädigungsanspruch entsteht, wenn diese Personen einen Unfall entweder bei Betrieben im Dienst oder bei häus-

<sup>1)</sup> Vgl. oben S. 385.

<sup>2)</sup> Ähnliche Bestimmungen sind über die Beamtenfürsorge für Preußen in dem Gesetz vom 2. Juni 1902 erlassen.

<sup>3)</sup> Mit Ausnahme der Offiziere, Sanitätsoffiziere und Militärpersonen der Unterklassen, vgl. § 77 Abs. II Ziff. 2 bzw. § 76 Abs. II Ziff. 2 der Militärpensionsgesetze vom 31. Mai 1906.

lichen oder anderen Diensten erleiden, zu denen sie neben der Beschäftigung im Betriebe von ihren Vorgesetzten herangezogen sind, §§ 1, 3. Ein Anspruch entsteht nicht, wenn der Verletzte den Unfall vorsätzlich oder durch ein Verschulden herbeigeführt hat, wegen dessen auf Dienstentlassung oder auf Verlust des Titels und Pensionsanspruchs erkannt ist, oder wegen dessen dem Verletzten die Fähigkeit zur Beschäftigung in einem öffentlichen Dienstzweige aberkannt ist, § 7.

#### B. Gegenstand des Entschädigungsanspruchs.

Der Entschädigungsanspruch des Verletzten (hier Pensionsanspruch genannt) geht auf Ersatz der Kosten des Heilverfahrens sowie auf Zahlung einer Rente (Pension). Diese beträgt bei Dienstunfähigkeit oder völliger Erwerbsunfähigkeit  $66\frac{2}{3}\%$  des jährlichen Diensteinkommens; sie beläuft sich bei teilweiser Erwerbsunfähigkeit auf einen dem Maß der Beeinträchtigung entsprechenden Teilbetrag dieser Rente und steigt bei Hilflosigkeit bis zu 100 % des Diensteinkommens. Solange der Verletzte unverschuldet arbeitslos ist, kann die Teilrente vorübergehend bis zur Vollrente erhöht werden, § 1 Abs. II u. III.

Der Bezug der Rente beginnt mit dem Wegfall des Diensteinkommens, § 6.

Hat der Unfall den Tod des Betroffenen zur Folge gehabt, so stehen auch den Hinterbliebenen Entschädigungsansprüche auf Sterbegeld und Rente zu. Rentenberechtigt sind auch hier Witwe und Kinder, Verwandte der aufsteigenden Linie und elternlose Enkel, die beiden letzteren Gruppen aber nur bei Bedürftigkeit und überwiegendem Unterhalt durch den Verstorbenen. Die Renten der Hinterbliebenen betragen insgesamt höchstens 60 % des Diensteinkommens, § 2.

#### C. Schuldner des Entschädigungsanspruchs.

Die Entschädigung wird vom Reiche gewährt. Die erforderlichen Mittel werden aus den ordentlichen Reichseinnahmen bestritten.

#### D. Verwirklichung des Entschädigungsanspruchs.

Die Entschädigungsansprüche sind, soweit ihre Feststellung nicht von Amts wegen erfolgt, bei Vermeidung des Ausschlusses innerhalb von zwei Jahren bei der vorgesetzten Dienstbehörde oder unteren Verwaltungsbehörde anzumelden, worauf eine Untersuchung des Unfalles stattfindet. Auf die Gewährung der Leistungen finden die Vorschriften über die Pension und Fürsorge für Witwen und Waisen Anwendung, §§ 8, 9.

#### E. Verhältnis des Entschädigungsanspruchs zu anderen Ansprüchen.

Besteht gleichzeitig ein Krankenentschädigungsanspruch, so mindert sich bis zum Ablauf der 13. Woche der Unfallentschädigungsanspruch um den Betrag desselben. Nach Ablauf der

13. Woche ist die Krankenkasse hinsichtlich ihrer Leistungen ersatzberechtigt. In Höhe dieses Ersatzanspruchs geht der Unfallentschädigungs- (Pensions-) Anspruch auf die Kasse über, § 6.

Ersatzansprüche gegen Betriebsleiter, Bevollmächtigte und Aufseher bestehen nur dann, wenn diese Personen den Unfall vorsätzlich herbeigeführt haben und diese Tatsache durch strafgerichtliches Urteil festgestellt ist oder wegen Todes, Abwesenheit oder eines anderen in der Person des Aufsichtsbeamten liegenden Grundes strafgerichtlich nicht festgestellt werden kann. Solche Entschädigungsansprüche ermäßigen sich jedoch um den Betrag, auf welchen dem Verletzten nach dem Obigen ein Anspruch gegen das Reich zusteht, §§ 10—11.

Andere gesetzliche Schadenersatzansprüche des Verletzten gehen in Höhe der zu gewährenden Unfallentschädigung auf die Betriebsverwaltung über, § 12.

## II. Die Unfallfürsorge für Gefangene ist in dem Reichsgesetz vom 30. Juni 1900 geregelt:

### A. Voraussetzungen des Entschädigungsanspruchs.

Entschädigungsberechtigt sind inländische Gefangene und Zwangsarbeiter<sup>1)</sup>, wenn sie einen Unfall bei einer Tätigkeit erleiden, bei deren Ausübung freie Arbeiter gegen Unfall versichert sind, §§ 1, 6. Eine Entschädigung wird nicht gewährt, wenn der Verletzte den Unfall vorsätzlich herbeigeführt hat. Sie kann ganz oder teilweise versagt oder anstatt dem Verletzten seinen Angehörigen überwiesen werden, wenn der Verletzte sich den Unfall bei Begehung einer strafbaren Handlung oder durch ein Verhalten zugezogen hat, das als eine grobe Verletzung der Hausordnung erscheint, § 2.

### B. Gegenstand des Entschädigungsanspruchs.

Der Gegenstand des Entschädigungsanspruchs besteht für den Verletzten in Krankenbehandlung und Rente (Vollrente oder Teilrente), § 3, an deren Stelle stets Heilanstaltspflege in Verbindung mit Angehörigenrente und bei kleinen Renten auch Kapitalabfindung gewährt werden kann, §§ 5, 16, für die Hinterbliebenen im Falle der Tötung in einer Hinterbliebenenrente für Witwe und Kinder sowie in einer Kapitalabfindung für die Witwe bei Wiederverheiratung, § 4.

Die Renten sind in Monatsbeträgen im voraus zu zahlen, § 14.

Bei Ungehorsam gegen Anordnungen, die das Heilverfahren betreffen, kann die Entschädigung ganz oder teilweise versagt werden, § 5 Abs. IV; während der Verbüßung einer längeren

---

<sup>1)</sup> d. h. die in den öffentlichen Besserungsanstalten, Arbeitshäusern usw. untergebrachten Personen und die zu Forst- oder Gemeindearbeit oder zu sonstigen Arbeiten auf Grund gesetzlicher oder polizeilicher Bestimmungen angehaltenen Personen.



Freiheitsstrafe, während des Aufenthalts im Auslande und solange der Berechtigte als Landstreicher umherzieht, ruht die Rente, § 15; ist der Verletzte gegen Krankheit versichert, so fällt die Entschädigung bis zum Ablauf der 13. Woche weg, § 3.

#### C. Schuldner des Entschädigungsanspruchs.

Die Entschädigung erfolgt durch den Bundesstaat, in dessen Gebiet die Anstalt liegt, in welcher der Unfall eingetreten ist, oder in dessen Gebiet die zwangsweise Beschäftigung stattgefunden hat. Zur Ausführung sind von den Landeszentralbehörden besondere Ausführungsbehörden zu bestimmen, §§ 7, 8. Die Kosten werden aus den ordentlichen Staatseinnahmen bestritten, doch können Gemeinden oder andere öffentlichrechtliche Verbände, die Gefangenenanstalten unterhalten, sowie Unternehmer, die auf Grund eines Arbeitsvertrags mit der Anstaltsleitung Gefangene beschäftigen, zu Beiträgen herangezogen werden, § 7.

#### D. Verwirklichung des Entschädigungsanspruchs.

Jeder entschädigungspflichtige Unfall ist durch den Anstaltsvorstand zu untersuchen. Die Feststellung der Entschädigung erfolgt von Amts wegen durch die Aufsichtsbehörde, und zwar im Falle der Tötung sofort, im Falle einer Verletzung unmittelbar vor Entlassung des Verletzten aus der Anstalt. Bei Änderung der Verhältnisse erfolgt eine erneute Feststellung. Gegen den Feststellungsbescheid findet Beschwerde an die von der Landeszentralbehörde bezeichnete Stelle statt, §§ 9—13.

Die Auszahlung der Renten geschieht auf Anweisung der Ausführungsbehörden vorschußweise durch die Postverwaltung, §§ 18, 19.

#### E. Verhältnis des Entschädigungsanspruchs zu anderen Ansprüchen.

Kommen auf Grund des Unfalles auch noch Ansprüche gegen Kranken- oder Invalidenkassen oder gegen Armenverbände zur Entstehung, so bestehen solche Ansprüche an sich unabhängig neben dem Unfallentschädigungsanspruch. Die Haftung jener Schuldner ist aber gegenüber der Unfallentschädigung nur subsidiär. Der Ersatz kann auch hier nur aus der Unfallentschädigung selbst verlangt werden. Soweit daher Ersatzansprüche bestehen, mindert sich der Gesamtbetrag dessen, was der Verletzte auf Grund des Unfallentschädigungsanspruchs und der anderen genannten Ansprüche insgesamt tatsächlich erhält, §§ 20—22.

Privatrechtliche Schadenersatzansprüche gegen die Beamten der Anstalt, den Unternehmer oder dessen Vertreter bestehen nur bei vorsätzlicher Herbeiführung des Unfalls und strafgerichtlicher Feststellung dieser Tatsache, und zwar nur in Höhe des die Unfallentschädigung übersteigenden Betrages. Privatrechtliche Schadenersatzansprüche gegen sonstige Personen gehen in Höhe der Unfallentschädigungslast auf den zur

Zahlung der Unfallentschädigung Verpflichteten über. Im übrigen bestehen sie selbständig neben dem Unfallentschädigungsanspruch.

Die Unternehmer sowie ihre Vertreter und Beauftragten haben den zur Zahlung einer Entschädigung nach dem Recht der Kranken- oder Unfallversicherung Verpflichteten sowie den Armenverbänden ihre Aufwendungen zu ersetzen, wenn sie den Unfall durch Vorsatz oder qualifizierte Fahrlässigkeit (vgl. oben S. 385) herbeigeführt haben.

Zur Entscheidung über alle diese privatrechtlichen Ansprüche sind zwar die ordentlichen Gerichte berufen, doch sind sie an eine Entscheidung der Versicherungsbehörden darüber gebunden, ob ein entschädigungspflichtiger Unfall vorliegt und in welchem Umfang eine Unfallentschädigung zu gewähren ist, §§ 23—26.

**Fünfter Teil.**

**Der Entschädigungsanspruch  
im Streitverfahren.  
(Versicherungsprozeß.)**

Der Versicherungsprozeß ist das Verfahren zur Erledigung und Entscheidung versicherungsrechtlicher Streitsachen, insbesondere zur Durchsetzung des Entschädigungsanspruchs im Falle eines Streites<sup>1)</sup>.

Die Streitsachen des sozialen Versicherungsrechts zerfallen in Spruchsachen und Beschlusssachen, denen ein Spruch- bzw. ein Beschlußverfahren als Prozeßart entspricht.

Spruchsachen sind vorwiegend solche Streitsachen, in denen über die Verpflichtung zur Gewährung einer Entschädigung sowie über die Höhe der Entschädigung zwischen dem Entschädigungsberechtigten und dem Versicherungsträger gestritten wird („Rentenstreit“). Doch werden vielfach auch andere Streitsachen, insbesondere Streitigkeiten über Ersatzansprüche der Versicherungsträger untereinander, als Spruchsachen bezeichnet. Das Spruchverfahren, in dem die Spruchsachen erledigt werden, entspricht vielfach dem Verfahren der ordentlichen Gerichte in bürgerlichen Rechtsstreitigkeiten.

Beschlusssachen sind Streitsachen vorwiegend verwaltungsgerichtlicher Art, insbesondere Beitrags-, Prämien-, Gefahrarbitr-, Kataster-Beschwerden, Straf- und Disziplinar-Sachen u. dgl. Das Beschlußverfahren, in dem die Beschlusssachen erledigt werden, entspricht vielfach dem bei den Verwaltungsgerichten der deutschen Einzelstaaten bestehenden Verfahren.

Soweit das Gesetz nicht das Spruchverfahren ausdrücklich vorschreibt, ergehen die Entscheidungen des Versicherungsprozesses im Beschlußverfahren, § 1780 RVO.

Der Versicherungsprozeß beruht für die Arbeiterversicherung auf dem 6. Buche der Reichsversicherungsordnung<sup>2)</sup> und den drei Kaiserlichen Verordnungen vom 24. Dezember 1911 (RGBl. S. 1083 ff.) über den Geschäftsgang und das Verfahren vor den Versicherungsämtern (VAO.), Oberversicherungsämtern (OVAO.) und dem Reichs-

---

<sup>1)</sup> Nicht zum Versicherungsprozeß gehört das Feststellungsverfahren der Arbeiterversicherung, denn es fehlt hier an einer zu entscheidenden Streitsache. Diese Feststellung gehört vielmehr zur Verwirklichung des Entschädigungsanspruchs. Die das Feststellungsverfahren der Arbeiterversicherung regelnden Abschnitte 1 und 4 des Unterabschnittes A des 6. Buches der RVO. sind daher nicht hier beim Streitverfahren, sondern in den Teilen dieses Buches über Verwirklichung des Entschädigungsanspruchs behandelt (Vierter Abschnitt der drei Hauptteile). Anders das Feststellungsverfahren der Angestelltenversicherung das bereits in den Formen eines eigentlichen Streitverfahrens stattfindet und daher hier behandelt wird.

<sup>2)</sup> Über die Abschnitte 1 und 4 des Unterabschnittes A des 6. Buches vgl. die vorige Anmerkung.

versicherungsamt (RVAO.)<sup>1)</sup> <sup>2)</sup>, für die Angestelltenversicherung auf dem VI. Abschnitt des Versicherungsgesetzes für Angestellte und den noch zu erlassenden Verordnungen des Kaisers bzw. des Reichskanzlers über den Geschäftsgang und das Verfahren vor den Schiedsgerichten und dem Oberschiedsgericht sowie vor den Rentenausschüssen. Die Vorschriften weiterer Gesetze, insbesondere der Zivilprozeßordnung, der Strafprozeßordnung und über den Verwaltungsprozeß finden, soweit eine entsprechende Anwendung ihrer Bestimmungen nicht ausdrücklich vorgeschrieben ist<sup>3)</sup>, niemals unmittelbar Anwendung. Sie können höchstens im Wege der Rechtsanalogie als Auslegungsmittel herangezogen werden, wenn einem Institut des Versicherungsprozesses der gleiche rechtliche Gedanke zugrunde liegt wie einem Institut der oben genannten Prozesse.

Die Vorschriften über den Versicherungsprozeß sind zwingend und können durch Vereinbarung der Beteiligten nicht abgeändert werden. Insbesondere ist der Ersatz des gesetzlich vorgesehenen Verfahrens durch ein schiedsrichterliches Verfahren unzulässig<sup>4)</sup>.

Die Lehre vom Versicherungsprozeß zerfällt, je nachdem wo, zwischen wem und wie er sich abspielt, in die Lehre von den Gerichtsbehörden (Erster Abschnitt), den Parteien (Zweiter Abschnitt) und dem Verfahren (Dritter Abschnitt).

## Erster Abschnitt.

# Die Gerichtsbehörden.

Die Behörden, denen die Gerichtsbarkeit, d. h. Recht und Pflicht zu einer auf Wahrung der Rechtsordnung gerichteten richterlichen Tätigkeit im Versicherungsprozeß obliegt, sind die sogen. Versicherungsbehörden<sup>5)</sup>. Dazu treten in der Angestelltenversicherung die Rentenausschüsse der Reichsversicherungsanstalt.

Die Versicherungsbehörden sind Behörden des Reichs bzw. eines Bundesstaates, §§ 35 ff. RVO., 156 ff. AVG. Die Rentenausschüsse sind zwar Organe der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte; sie sind indessen selbständig und an die Weisungen der Reichsversicherungs-

<sup>1)</sup> Für die Landesversicherungsämter wird der Geschäftsgang und das Verfahren durch die Landesregierungen geregelt, § 109 RVO.

<sup>2)</sup> Bei der Auslegung dieser drei Verordnungen ist beachtlich, daß die OVAO. und vor allem die RVAO. mit Rücksicht darauf, daß die Behörden, für die sie bestimmt sind, über eine größere Erfahrung im Versicherungsprozeß verfügen wie die Versicherungsämter, absichtlich inhaltlich knapper gehalten sind, als die VAO. Aus dem Fehlen einzelner Bestimmungen der VAO. in der OVAO. und RVAO. darf daher nicht ohne weiteres geschlossen werden, daß diese Bestimmungen für das Verfahren vor den Oberversicherungsämtern oder dem Reichsversicherungsamt nicht gelten.

<sup>3)</sup> Vgl. z. B. §§ 1574 RVO., 243 AVG.

<sup>4)</sup> Ausnahmen vgl. §§ 625 Abs. V, 646, 1337 RVO.

<sup>5)</sup> Näheres über den Begriff der Versicherungsbehörden vgl. oben S. 56.

anstalt nicht gebunden und haben die Eigenschaft einer öffentlichen Behörde, § 123 AVG. Diese Gerichtsbehörden bestehen für jedermann ohne Rücksicht auf seinen Stand; besondere Standesgerichte gibt es in der sozialen Versicherung nicht.

Die Gerichtsgewalt jeder Behörde erstreckt sich nur über den Bezirk, für den sie errichtet ist; sie ist daher nur innerhalb dieses Bezirkes zu behördlichen Maßnahmen befugt. Alle Gerichtsbehörden der sozialen Versicherung sind indessen berechtigt, nicht nur sich untereinander, sondern auch andere öffentliche Behörden sowie die Organe der Versicherungsträger in Wege der Rechtshilfe um die Vornahme gesetzlich zulässiger behördlicher Maßnahmen, z. B. Vernehmung von Zeugen u. ä., zu ersuchen, und sind andererseits verpflichtet, derartigen Ersuchen von anderen Behörden oder von Organen der Versicherungsträger stattzugeben, §§ 115—117 RVO., 322—323 AVG.

Als Richter sind bei sämtlichen Gerichtsbehörden der sozialen Versicherung neben staatlichen Beamten auch aus Wahlen hervorgehende Laien im Ehrenamt berufen. Dabei ist für die beamteten Richter meist eine bestimmte Art der Vorbildung, regelmäßig die Befähigung zum höheren Gerichts- oder Verwaltungsdienst erforderlich<sup>1)</sup>. Die Wählbarkeit der Laien ist, da es sich um die Ausübung richterlicher Funktionen handelt, im Gegensatz zur Wählbarkeit zu den Organen der Versicherungsträger, auf Männer beschränkt<sup>2)</sup>.

Alle Gerichtsbehörden der sozialen Versicherung sind in ihrer Eigenschaft als rechtsprechende Behörden<sup>3)</sup> eigentliche Gerichte und als solche bei Ausübung ihrer Tätigkeit unabhängig und nur dem Gesetz unterworfen. Die Unparteilichkeit der Richter wird dadurch gewährleistet, daß Richter in einer Streitsache, in der sie zu einer Partei in nahen verwandtschaftlichen Beziehungen stehen oder am Ausgang des Verfahrens interessiert erscheinen<sup>4)</sup>, von der

<sup>1)</sup> Doch bestehen von diesem Grundsatz, vor allem in der untersten Instanz, vielfach Ausnahmen, so z. B. für die preußischen Landräte als Vorsitzende des Versicherungsamts, die Stellvertreter des Vorsitzenden eines Versicherungsamts, für die jede geeignete Ausbildung und Erfahrung auf dem Gebiet der Arbeiterversicherung genügt, die technisch vorgebildeten Mitglieder des Reichsversicherungsamts.

<sup>2)</sup> Bei den Rentenausschüssen gilt dies nur insoweit, als sie als rechtsprechende Behörden tätig werden, vgl. § 131 Abs. III AVG. und oben S. 52.

<sup>3)</sup> Anders in ihrer Eigenschaft als Verwaltungsbehörden; vgl. oben S. 57.

<sup>4)</sup> Im einzelnen ist kraft Gesetzes ausgeschlossen, §§ 1641 RVO., 233 AVG.: Wer in der Sache selbst Partei ist, einer Partei ersatzpflichtig ist, mit einer Partei verheiratet ist oder gewesen ist, in gerader Linie verwandt oder verschwägert oder in der Seitenlinie im zweiten oder dritten Grade verwandt oder im zweiten Grade verschwägert ist, in der Sache als Bevollmächtigter oder Beistand einer Partei zugezogen oder als ihr gesetzlicher Vertreter aufzutreten berechtigt ist oder gewesen ist, und wer in der Sache als Zeuge oder Sachverständiger vernommen ist, in der Arbeiterversicherung auch noch, wer als Mitglied eines Organs des Versicherungsträgers bei dem Beschluß über die Leistung mitgewirkt hat, ein Vorsitzender, der zugleich Vorsitzender eines Organs eines Versicherungsträgers ist, auch in solchen Sachen dieses Versicherungsträgers, bei denen er früher nicht mit tätig gewesen ist.

Mitwirkung bei der Rechtsprechung kraft Gesetzes ausgeschlossen sind. Auch können sie, wenn Tatsachen vorliegen, die Mißtrauen gegen ihre Unparteilichkeit rechtfertigen, von einer Partei wegen Besorgnis der Befangenheit abgelehnt werden<sup>1)</sup>, §§ 1641 ff., 1679, 1698, 1701, 1712, 1771, 1789 RVO., 233 ff., 274, 289, 291 AVG.

Die Gerichtsbehörden sind für das Gebiet der gesamten sozialen Versicherung nicht die gleichen, sondern verschieden, je nachdem es sich um die Entscheidung von Streitsachen der Arbeiterversicherung (Unterabschnitt I) oder der Angestelltenversicherung (Unterabschnitt II) handelt.

## Unterabschnitt I.

# Die Gerichtsbehörden der Arbeiter- versicherung.

## Kapitel I.

### Organisation.

Rechtsprechende Behörden der Arbeiterversicherung sind die Versicherungsämter (§ 1), die Oberversicherungsämter (§ 2) und das Reichsversicherungsamt bzw. die Landesversicherungsämter (§ 3)<sup>2)</sup>.

#### § 1.

### Versicherungsämter.

#### I. Wirkungskreis.

Die Versicherungsämter bilden regelmäßig eine besondere Abteilung jeder unteren Verwaltungsbehörde, § 36 RVO.<sup>3)</sup>

Von dieser Regel sind drei Ausnahmen zugelassen:

- A. Für den Bezirk mehrerer unterer Verwaltungsbehörden kann ein gemeinsames Versicherungsamt als besondere Abteilung bei einer dieser Behörden gebildet werden, § 36 Abs. I Satz 2.

<sup>1)</sup> Die Ablehnung muß erfolgen, bevor die Partei sich in eine Verhandlung vor dem abzulehnenden Richter eingelassen hat, es sei denn, daß der Ablehnungsgrund erst später entsteht oder daß die Partei ihn erst später erfährt. Der Ablehnungsgrund, bei verspätetem Vorbringen auch die die Verspätung rechtfertigende Tatsache sind glaubhaft zu machen. Über das Ablehnungsgesuch bezüglich eines Beisitzers an einem Versicherungsamt, Oberversicherungsamt, Rentenausschuß oder Schiedsgericht entscheidet der Vorsitzende, bezüglich des Vorsitzenden das Oberversicherungsamt bzw. Schiedsgericht, bezüglich eines Mitglieds des Reichsversicherungsamts bzw. Landesversicherungsamts oder des Oberschiedsgerichts dieses ohne Mitwirkung des Abgelehnten.

Wirkt ein kraft Gesetzes ausgeschlossener oder ein abgelehnter und für befangen erklärter Richter trotzdem an der Entscheidung der Streitsache mit, so rechtfertigt dies die Wiederaufnahme des Verfahrens, §§ 1722 RVO., 297 AVG. (vgl. unten S. 463).

<sup>2)</sup> Übergangsbestimmungen vgl. Art. 7 ff. u. Art. 97.

<sup>3)</sup> Das sind in Preußen die Landratsämter und Magistrate.

- B. Für das Gebiet mehrerer Bundesstaaten oder Teile dieses Gebietes kann nach Vereinbarung der Landesregierungen ein gemeinsames Versicherungsamt bei einer unteren Verwaltungsbehörde eines dieser Staaten errichtet werden, § 36 Abs. II.
- C. Versicherungsämter können auch als selbständige Behörden errichtet werden, jedoch nur unter zwei Voraussetzungen, § 38:
1. wenn die Einrichtung der Landesbehörden eines Bundesstaates die Errichtung von Versicherungsämtern bei den unteren Verwaltungsbehörden nicht zuläßt;
  2. wenn ferner in diesem Bundesstaat nur ein einziges Oberversicherungsamt besteht.

## II. Zusammensetzung.

Die Versicherungsämter bestehen aus besoldeten Beamten und gewählten Laien im Ehrenamt, die als „Versicherungsvertreter“ bezeichnet werden.

A. Als besoldete Beamte sind tätig, § 39 RVO.:

1. der Vorsitzende,
2. ein oder mehrere Stellvertreter des Vorsitzenden<sup>3)</sup>.

Zu 1. Der Vorsitzende ist der Leiter der unteren Verwaltungsbehörde, bei der das Versicherungsamt errichtet ist, § 39 RVO. Ist das Versicherungsamt als selbständige Behörde errichtet, so ist der Vorsitzende nach Maßgabe der Bestimmung der Landesbehörden zu bestellen, § 38 RVO.; in diesem Fall ist er, falls er den Diensteid noch nicht geleistet hat, von einem Beauftragten der obersten Verwaltungsbehörde vor dem Dienstantritt auf die gewissenhafte Erfüllung der Amtspflichten eidlich zu verpflichten, § 1 VAO.

Der Vorsitzende übt die Dienstaufsicht über die Hilfskräfte des Versicherungsamts aus, er führt die Geschäfte und regelt, leitet und beaufsichtigt den Geschäftsgang. Er darf im einzelnen Falle eine Amtshandlung auch dann selbst übernehmen, wenn die Bearbeitung der in Frage kommenden Sache dem Stellvertreter übertragen ist, §§ 3, 8, 9 VAO. (vgl. aber § 12 VAO.).

Zu 2. Zum Stellvertreter des Vorsitzenden kann bestellt werden, wer durch Vorbildung und Erfahrung auf dem Gebiet der Arbeiterversicherung geeignet ist, § 39 Abs. I Satz 2 RVO. Die Ablegung eines Examens ist nicht erforderlich. Die Bestellung erfolgt, wenn das Versicherungsamt einer staatlichen Behörde angegliedert ist, durch den Staat, wenn es einer Gemeindebehörde angegliedert ist, durch die Gemeinde, § 39 Abs. III RVO.

Die Stellvertreter werden, soweit sie nicht bereits einen Diensteid geleistet haben, durch einen Beauftragten der obersten Verwaltungsbehörde vor ihrem Dienstantritt auf die gewissenhafte Erfüllung ihrer Amtspflichten eidlich verpflichtet, § 1 VAO.

---

<sup>3)</sup> Außerdem bedarf es des erforderlichen Bureau- und Dienstpersonals.



Die Stellvertreter treten im Fall der Behinderung des Vorsitzenden an seine Stelle. Bestimmte Geschäfte des Vorsitzenden können ihnen nach näherer Anordnung der Landesbehörde ständig zur selbständigen Wahrnehmung übertragen werden, § 9 VAO.

B. Die Versicherungsvertreter sind Laien, die aus Wahlen hervorgehen und neben den beamteten Mitgliedern des Versicherungsamts in unbesoldeten Ehrenämtern tätig sind.

1. Die Versicherungsvertreter sind Laien. Sie dürfen nicht zugleich besoldete Beamte des Versicherungsamts noch auch Versicherungsvertreter bei einem anderen Versicherungsamt, Beisitzer bei einem Oberversicherungsamt oder nichtständige Mitglieder des Reichsversicherungsamts oder eines Landesversicherungsamtes sein, § 41. Sie verwalten ihr Amt unentgeltlich als Ehrenamt und erhalten nur ihre baren Auslagen erstattet, § 54<sup>1)</sup>. Ihre Zahl beträgt mindestens zwölf, § 41. Sie werden je zur Hälfte aus Arbeitgebern und Versicherten entnommen, § 40.

Die Versicherungsvertreter werden vom Vorsitzenden vor ihrer ersten Dienstleistung auf die gewissenhafte Erfüllung ihrer Amtspflichten eidlich verpflichtet, § 53 Abs. I RVO., § 1 Abs. II VAO. Der Vorsitzende kann sie, wenn sie sich der Erfüllung ihrer Pflichten entziehen, in eine Ordnungsstrafe bis zu 30 M. und im Wiederholungsfalle bis zu 100 M. nehmen. Er enthebt sie ferner ihres Amtes, wenn Tatsachen bekannt werden, die ihre Wählbarkeit ausschließen oder eine grobe Verletzung ihrer Amtspflicht darstellen, nachdem ihnen Gelegenheit zur Äußerung gegeben ist. Auf Beschwerde entscheidet in beiden Fällen das Oberversicherungsamt, §§ 52, 53 Abs. II und III RVO., 4 VAO.

2. Die Versicherungsvertreter gehen aus Wahlen hervor.

Wählbar sind nur volljährige deutsche Männer, die im Bezirk des Versicherungsamts wohnen, ihren Betriebssitz haben oder beschäftigt werden, und zwar Arbeitgeber oder ihre bevollmächtigten Betriebsleiter und Versicherte, § 47. Die Wählbarkeit geht durch strafgerichtliche Aberkennung der Fähigkeit zur Bekleidung öffentlicher Ämter, ferner durch Strafverfolgung (Eröffnung des Hauptverfahrens) wegen eines Verbrechens oder Vergehens, das diesen Verlust zur Folge haben kann, sowie durch gerichtliche Anordnung einer Verfügungsbeschränkung über das Vermögen (insbesondere Konkursöffnung) verloren. Die Versicherungsvertreter sollen mindestens je zur Hälfte an der Unfallversicherung beteiligt sein. Bei der Wahl sollen ferner die hauptsächlichsten Erwerbszweige, insbesondere die Landwirtschaft, sowie die verschiedenen Teile des Bezirks berücksichtigt werden, §§ 47—49.

Die Wahlzeit dauert vier Jahre. Die Vertreter der Arbeitgeber dürfen die Wahl nur aus bestimmten gesetzlich vor-

<sup>1)</sup> Über Ersatz von entgangenem Arbeitsverdienst und Zeitverlust vgl. § 54 Abs. III RVO.

gesehenen Gründen ablehnen, die Vertreter der Versicherten sind dagegen zur Annahme der Wahl nicht verpflichtet, §§ 50, 51 RVO.<sup>1)</sup>

Die Wahl wird durch die Vorstandsmitglieder der Krankenkassen vorgenommen, die im Bezirk des Versicherungsamts mindestens 50 Mitglieder haben<sup>2)</sup>, und zwar die Wahl der Vertreter der Arbeitgeber durch die Mitglieder aus den Arbeitgebern, die Wahl der Vertreter der Versicherten durch die Mitglieder aus den Versicherten. Die Wahlordnung wird von der obersten Verwaltungsbehörde erlassen. Die Wahl geschieht schriftlich und nach den Grundsätzen der Verhältniswahl<sup>3)</sup>, §§ 42—45 RVO.

3. Die Mitwirkung der Versicherungsvertreter an den Arbeiten des Versicherungsamts beschränkt sich im wesentlichen auf die Tätigkeit in den Spruch- und Beschlusausschüssen (vgl. unten III), zu deren Sitzungen sie nach einer im voraus für jedes Kalendervierteljahr vom Vorsitzenden zu bestimmenden Reihenfolge zugezogen werden, §§ 1603, 1620, 1656, 1771 RVO., 6 VAO.<sup>4)</sup> Doch können ihnen auch vom Versicherungsamt als seinen Vertrauensmännern bestimmte Amtshandlungen übertragen werden, § 55 RVO. (vgl. auch § 28 Abs. IV VAO.).

### III. Aufgaben.

Die Aufgaben der Versicherungsämter sind dreifache, § 37 RVO.:

- A. Sie haben die Geschäfte der Reichsversicherung nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften wahrzunehmen. Neben zahlreichen Aufgaben der Verwaltung, insbesondere der Aufsicht (vgl. oben S. 58), sowie neben der Mitwirkung im Feststellungsverfahren der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung und der Unfallversicherung (vgl. oben S. 239 ff. u. 362 ff.) ist ihnen, vor allem auf dem Gebiet der Krankenversicherung, auch eine rechtssprechende Tätigkeit übertragen.

Zu diesem Zwecke sind, soweit die Rechtsprechung nach Bestimmung des Gesetzes in kollegialischen Abteilungen zu erfolgen hat, bei ihnen Spruch- und Beschlusausschüsse für diejenigen Sachen gebildet, die das Gesetz dem Spruch- oder dem Beschlungsverfahren überweist (vgl. S. 395 u. 412/13). Die Ausschüsse bestehen aus je drei Mitgliedern, nämlich aus dem Vorsitzenden des Ver-

<sup>1)</sup> Doch dürfen sie von ihren Arbeitgebern an der Annahme der Wahl und Ausübung ihres Amtes nicht gehindert werden, §§ 50, 22, 139, 140 RVO.

<sup>2)</sup> Über die Beteiligung von Vorstandsmitgliedern der knappschaftlichen Krankenkassen, Ersatzkassen und Seemannskassen vgl. § 42 Abs. II u. III RVO.

<sup>3)</sup> Über die Verhältniswahl vgl. oben S. 53.

<sup>4)</sup> In Sachen der Unfallversicherung sollen, nötigenfalls außer der Reihe, möglichst Angehörige solcher Betriebe zugezogen werden, die dem Unfallbetriebe technisch und wirtschaftlich nahestehen. Die Gründe, aus denen hiervon oder von der bestimmten Reihenfolge abgewichen wird, sind in den Akten zu vermerken, § 6 VAO.

sicherungsamts (oder seinem Stellvertreter) und je einem Versicherungsvertreter aus dem Kreise der Arbeitgeber und der Versicherten<sup>1)</sup>).

- B. Die Versicherungsämter haben ferner in Angelegenheiten der Arbeiterversicherung Auskunft zu erteilen.
- C. Als dritte Aufgabe ist den Versicherungsämtern die Unterstützung der Versicherungsträger in deren Angelegenheiten übertragen. Diese Aufgabe ist indessen, soweit das Gesetz eine Verpflichtung zur Unterstützung nicht ausdrücklich ausspricht, nur eine freiwillige.

## § 2.

### Oberversicherungsämter.

#### I. Wirkungskreis.

Die Oberversicherungsämter werden nach der Bestimmung der obersten Verwaltungsbehörde der einzelnen Bundesstaaten entweder einer höheren Reichs- oder Staatsbehörde angegliedert oder aber als selbständige Behörden errichtet, § 64 RVO. Der Bezirk eines Oberversicherungsamts entspricht in der Regel dem Bezirk einer höheren Verwaltungsbehörde, § 62 Abs. I RVO.<sup>2)</sup>

Von dieser Regel sind drei Ausnahmen zulässig:

- A. Der Bezirk kann durch die oberste Verwaltungsbehörde in anderer Weise abgegrenzt werden, § 62 Abs. II.
- B. Für das Gebiet mehrerer Bundesstaaten oder Teile dieses Gebietes kann nach Vereinbarung der Landesregierungen ein gemeinsames Oberversicherungsamt errichtet werden, § 62 Abs. III.
- C. Von der obersten Verwaltungsbehörde können in drei Fällen besondere Oberversicherungsämter errichtet werden, nämlich, § 63 RVO.
  1. für Betriebsverwaltungen und Dienstbetriebe des Reichs oder der Bundesstaaten, die eigene Betriebskrankenkassen haben;
  2. für Gruppen von Betrieben, für deren Beschäftigte Sonderanstalten die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung besorgen;
  3. für Gruppen von Betrieben, die Knappschaftsvereinen oder Knappschaftskassen angehören.

#### II. Zusammensetzung.

Die Oberversicherungsämter bestehen aus beamteten „Mitgliedern“ und gewählten Laien im Ehrenamt, die als „Beisitzer“ bezeichnet werden.

- A. Als Mitglieder sind tätig, § 69 RVO.:
  1. der Direktor des Oberversicherungsamts;

<sup>1)</sup> Über die Wahl der Versicherungsvertreter im Beschlüssausschuß vgl. § 57 Abs. II RVO. und § 5 Abs. II VAO.

<sup>2)</sup> D. h. in Preußen einem Regierungsbezirk.

2. ein oder mehrere weitere Mitglieder, zugleich als Stellvertreter des Direktors;
  3. Stellvertreter für jedes Mitglied<sup>1)</sup>.
- Zu 1. Der Direktor ist, wenn das Oberversicherungsamt an eine höhere Reichs- oder Staatsbehörde angegliedert und deren Leiter daher zugleich Vorsitzender des Oberversicherungsamts ist, der ständige Stellvertreter des Vorsitzenden, wenn das Oberversicherungsamt als selbständige Behörde errichtet ist, der Leiter des Oberversicherungsamts. Er wird auf Lebenszeit oder nach Landesrecht unwiderruflich ernannt, §§ 67, 69 RVO. Die Tätigkeit am Oberversicherungsamt bildet seinen Hauptberuf, doch können ihm nach Anordnung der obersten Verwaltungsbehörde auch andere Dienstgeschäfte übertragen werden, und die Tätigkeit des Direktors eines besonderen Oberversicherungsamts (vgl. I C) kann nach Bestimmung der obersten Verwaltungsbehörde auch im Nebenamt stattfinden, § 70 RVO.
- Der Direktor übt die Dienstaufsicht über die Hilfskräfte des Oberversicherungsamts aus; er leitet und beaufsichtigt die Geschäfte und kann die endgültige Zeichnung und Vollziehung von Schriftstücken auch in solchen Sachen für sich beanspruchen, die von einem anderen Mitgliede bearbeitet werden, § 2 OVAO. (vgl. aber § 12 OVAO.).
- Zu 2. Die sonstigen Mitglieder werden entweder im Hauptamt oder für die Dauer des Hauptamts aus der Zahl der öffentlichen Beamten ernannt, § 69 Abs. III RVO. Nach Bestimmung der obersten Verwaltungsbehörde können sie ihr Amt auch im Nebenberuf ausüben, § 70 RVO. Sie werden, soweit sie nicht bereits einen Diensteid geleistet haben, durch einen Beauftragten der obersten Verwaltungsbehörde auf die gewissenhafte Erfüllung ihrer Amtspflichten eidlich verpflichtet, § 1 OVAO. Sie vertreten den Direktor im Falle der Behinderung und bearbeiten die ihnen überwiesenen Sachen<sup>2)</sup>.
- Zu 3. Die Stellvertreter vertreten die Mitglieder im Falle der Behinderung.

#### B. Die Beisitzer.

Die Beisitzer sind Laien, die aus Wahlen hervorgehen und neben den beamteten Mitgliedern des Oberversicherungsamts in unbesoldeten Ehrenämtern tätig sind.

1. Die Beisitzer sind Laien. Sie dürfen nicht zugleich Versicherungsvertreter bei einem Versicherungsamt oder nichtständige Mitglieder des Reichsversicherungsamts oder eines Landesversicherungsamts sein, §§ 41, 71 RVO. Sie verwalten ihr Amt unentgeltlich als Ehrenamt und erhalten nur ihre baren Auslagen

<sup>1)</sup> Außerdem bedarf es des erforderlichen Bureau- und Dienstpersonals.

<sup>2)</sup> Und zwar Beschlusssachen, die nicht durch die Beschlussschreiber zu entscheiden sind, nach einer im voraus aufgestellten Geschäftsverteilung, § 7 OVAO.

erstattet<sup>1)</sup>. Ihre Zahl beträgt mindestens vierzig. Sie werden je zur Hälfte aus Arbeitgebern und Versicherten entnommen, § 71 RVO.

Die Beisitzer werden vom Direktor vor ihrer ersten Dienstleistung auf die gewissenhafte Erfüllung ihrer Amtspflichten eidlich verpflichtet, §§ 76, 53 RVO., § 1 Abs. II OVAO. Der Direktor kann sie, wenn sie sich der Erfüllung ihrer Pflichten entziehen, in eine Geldstrafe bis zu 300 M. nehmen. Er enthebt sie ferner ihres Amtes, wenn Tatsachen bekannt werden, die ihre Wählbarkeit ausschließen oder eine grobe Verletzung ihrer Amtspflicht darstellen, nachdem ihnen Gelegenheit zur Äußerung gegeben ist. Auf Beschwerde entscheidet in beiden Fällen die oberste Verwaltungsbehörde, § 76 RVO., § 4 Abs. II OVAO.

2. Die Beisitzer gehen aus Wahlen hervor.

Hinsichtlich der Wählbarkeit, der Ablehnung der Wahl und der Wahlzeit gelten die gleichen Grundsätze wie für die Wahl der Versicherungsvertreter.

Die Wahl erfolgt in verschiedener Weise für die Beisitzer aus den Arbeitgebern und für die Beisitzer aus den Versicherten:

- a) Die Beisitzer aus den Arbeitgebern werden zur Hälfte von den Organisationen der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung und zur Hälfte von den Organisationen der Unfallversicherung gewählt. Für die Organisationen der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung wird die Wahl durch die Arbeitgebermitglieder im Ausschuß der zuständigen Versicherungsanstalt ausgeübt. Für die Organisationen der Unfallversicherung sind zu unterscheiden einerseits die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften, andererseits die gewerblichen Berufsgenossenschaften und Ausführungsbehörden<sup>2)</sup>. Für die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften geschieht die Wahl durch den Vorstand der zuständigen, d. h. für den Bezirk des betreffenden Oberversicherungsamts bestehenden landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft. Die gewerblichen Berufsgenossenschaften dagegen bestimmen für jedes Oberversicherungsamt eine „Vertrauensberufsgenossenschaft“ oder „Vertrauensausführungsbehörde“, die (bzw. deren Vorstand) das Wahlrecht ausübt.

Das Reichsversicherungsamt erläßt eine Wahlordnung. Für die Wahl der Beisitzer aus den Arbeitgebern ist die Verhältniswahl nicht vorgesehen §§ 72, 73 Abs. I.

- b) Die Beisitzer aus den Versicherten werden von denjenigen Versicherungsvertretern (also den bei den Versicherungsämtern neben den Beamten tätigen gewählten Laien; vgl. oben) ge-

<sup>1)</sup> Über Ersatz von entgangenem Arbeitsverdienst und Zeitverlust vgl. §§ 54 Abs. III, 76 RVO.

<sup>2)</sup> d. h. die vom Reich, Staat usw., falls sie Träger der Versicherung sind, zur Wahrnehmung derjenigen Rechte und Pflichten benannten Behörden, die sonst den Genossenschaftsorganen obliegen, vgl. oben S. 360.

wählt, welche dem Kreise der Versicherten angehören und bei den Versicherungsämtern im Bezirk des betreffenden Oberversicherungsamts tätig sind.

Die Wahlordnung wird von der obersten Verwaltungsbehörde erlassen. Die Beisitzer aus den Versicherten werden nach den Grundsätzen der Verhältniswahl gewählt § 73 Abs. II<sup>1</sup>).

3. Die Mitwirkung der Beisitzer an den Arbeiten des Oberversicherungsamts beschränkt sich auf die Tätigkeit in den Spruch- und Beschluskammern (vgl. unten III), zu deren Sitzungen sie nach einer im voraus aufgestellten Reihenfolge zugezogen werden, § 1684<sup>2</sup>).

### III. Die Aufgaben der Oberversicherungsämter

bestehen neben der oben S. 57 ff. behandelten Verwaltungs-, insbesondere Aufsichtstätigkeit in der Wahrnehmung der Geschäfte der Reichsversicherung als höhere Spruch- und Beschlußbehörden. Zu diesem Zweck sind, soweit die Rechtsprechung nach Bestimmung des Gesetzes in kollegialischen Abteilungen zu erfolgen hat, bei ihnen Spruch- und Beschluskammern für diejenigen Sachen gebildet, die das Gesetz dem Spruch- und Beschlußverfahren überweist (vgl. S. 395 u. 412/13).

- A. Die Spruchkammer besteht aus fünf Mitgliedern, nämlich einem Mitglied des Oberversicherungsamts als Vorsitzendem und je zwei Beisitzern aus den Arbeitgebern und aus den Versicherten, § 77.
- B. Die Beschluskammer besteht aus vier Mitgliedern, nämlich aus dem Direktor des Oberversicherungsamts, einem zweiten Mitglied und je einem Beisitzer aus den Arbeitgebern und Versicherten<sup>3</sup>). Bei Stimmgleichheit gibt der Vorsitzende den Ausschlag, § 78<sup>4</sup>).

---

<sup>1</sup>) Über die Wahl zu den besonderen Oberversicherungsämtern vgl. § 75 RVO.

<sup>2</sup>) In Sachen der Unfallversicherung sollen außer der Reihe möglichst Beisitzer aus Angehörigen solcher Betriebe zugezogen werden, welche dem Unfallbetriebe technisch und wirtschaftlich nahestehen, erforderlichenfalls an Stelle der Beisitzer sogar solche Stellvertreter, die in dem entsprechenden Bereich der Unfallversicherung besondere Sachkunde besitzen. Die Zuziehung solcher Personen ist bei Unfällen in der Landwirtschaft oder in Bergbaubetrieben, wenn Angehörige solcher Betriebe als Beisitzer bei dem Oberversicherungsamt vorhanden sind, vorgeschrieben. Die Gründe, aus denen hiervon oder von der bestimmten Reihenfolge abgewichen wird, sind in den Akten zu vermerken, §§ 1684, 1685, 1771 RVO., 5 OVAO.

<sup>3</sup>) Über die Wahl dieser Beisitzer und ihrer Stellvertreter vgl. § 78 Abs. II Satz 2 RVO und § 4 OVAO.

<sup>4</sup>) Jedes Oberversicherungsamt hat ferner bestimmte Ärzte zu bestellen, die als Sachverständige nach Bedarf zugezogen werden. Diese Ärzte („Vertrauensärzte“) werden, in der Regel nach Anhörung der zuständigen Ärztevertretung, aus den im Bezirk, zur Hälfte sogar am Sitz des Oberversicherungsamts wohnenden Ärzten von der Beschluskammer je für vier Jahre gewählt. In Sachen der Unfall- und Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung dürfen jedoch als Sachverständige keine solchen Ärzte zugezogen werden, die zu den betreffenden Versicherungsträgern in einem Vertragsverhältnis stehen oder von ihnen regelmäßig als Gutachter in Anspruch genommen werden, § 1686 RVO.

Übergangsbestimmungen vgl. Art. 98.

## § 3.

**Reichsversicherungsamt und Landesversicherungsämter.****I. Wirkungskreis.**

- A. Das Reichsversicherungsamt bildet die oberste Behörde der gesamten Arbeiterversicherung für den Bezirk des ganzen Deutschen Reichs. Hiervon bestehen Ausnahmen nur insoweit, als für das Gebiet eines Bundesstaates an Stelle des Reichsversicherungsamts Landesversicherungsämter treten können<sup>1)</sup>.

Die Errichtung von Landesversicherungsämtern ist aber in zweifacher Weise beschränkt:

1. Neue Landesversicherungsämter dürfen überhaupt nicht errichtet werden.
2. Auch die bereits errichteten Landesversicherungsämter<sup>2)</sup> können nur insoweit bestehen bleiben, als zu ihrem Bezirk mindestens vier Oberversicherungsämter gehören.

Die Landesversicherungsämter treten für das Gebiet des Bundesstaats, für den sie errichtet sind, an die Stelle des Reichsversicherungsamts, soweit das Gesetz dies vorschreibt, § 105 RVO.<sup>3)</sup>.

- B. Das Reichsversicherungsamt ist eine selbständige Reichsbehörde, welche vom Reichsamt des Innern ressortiert. Es hat seinen Sitz in Berlin, § 83 RVO.

Auch die Landesversicherungsämter sind selbständige Behörden<sup>4)</sup>; ihren Sitz bestimmt die zuständige Landesregierung.

**II. Zusammensetzung.**

Das Reichsversicherungsamt besteht<sup>5)</sup> aus ständigen Mitgliedern, nichtständigen Mitgliedern und richterlichen Beamten.

- A. Die ständigen Mitglieder werden vom Kaiser ernannt. Ständige Mitglieder sind nach § 86 RVO.:

<sup>1)</sup> Eine weitere Ausnahme besteht auch insofern, als gegen Entscheidungen des Reichsversicherungsamts über Verweigerung der Genehmigung von Satzungen die Beschwerde an den Bundesrat geht; vgl. oben S. 60.

<sup>2)</sup> Landesversicherungsämter waren nach bisherigem Recht errichtet für Bayern, Sachsen, Württemberg, Baden, Hessen, die beiden Mecklenburg und Reuß ä. L. Einige davon werden wegen des Erfordernisses zu 2 in Zukunft voraussichtlich wegfallen und nur Bayern, Sachsen und Baden, vielleicht auch Württemberg, eigene Landesversicherungsämter behalten.

<sup>3)</sup> Übergangsbestimmungen bei Aufhebung eines Landesversicherungsamts vgl. Art. 13.

<sup>4)</sup> Über die Verteilung der Zuständigkeit zwischen Reichsversicherungsamt und Landesversicherungsamt; vergl. unten S. 412.

<sup>5)</sup> Dies schließt indessen nicht aus, daß die Obliegenheiten der Beamten des Landesversicherungsamts durch die Beamten einer anderen Behörde versehen werden.

<sup>6)</sup> Die Landesversicherungsämter setzen sich in ähnlicher Weise wie das Reichsversicherungsamt zusammen, doch fehlen unter den nichtständigen Mitgliedern Vertreter des Bundesrats; näheres vgl. §§ 106—109 RVO.

1. der Präsident,
2. zwei Direktoren,
3. Senatspräsidenten in erforderlicher Anzahl (zurzeit 23),
4. sonstige Mitglieder in erforderlicher Anzahl.

Zu 1. Der Präsident leitet und beaufsichtigt den gesamten Dienst und führt die innere Verwaltung des Amtes, §§ 1, 2 RVAO. Er hat die Verfügung in den sogen. Präsidialsachen<sup>1)</sup> und bestimmt, abgesehen von den Sachen, die der Beschlußsenat entscheidet (vgl. unten), diejenigen Beschluß- und Aufsichtssachen, welche er endgültig zeichnen will.

Der Präsident verteilt die Geschäfte unter die Mitglieder, richterlichen Beisitzer und Beamten. Soweit jedoch die Spruch- und Beschlußtätigkeit in den kollegialisch gebildeten Senaten stattfindet (vgl. unten), geschieht auch die Geschäftsverteilung durch ein Kollegium das dem „Präsidium“ bei den ordentlichen Gerichten nachgebildet ist und aus dem Präsidenten als Vorsitzenden, dem Direktor der betreffenden Abteilung und den sieben (so in der Abteilung für Unfallversicherung) bzw. drei (so in der Abteilung für Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung) dienstältesten Senatspräsidenten besteht<sup>2)</sup>. Innerhalb der Senate verteilt der Vorsitzende die Geschäfte, §§ 15, 16, 18 Abs. III, 19 Abs. IV RVAO.

- Zu 2. Die Direktoren stehen an der Spitze je einer Abteilung. Es bestehen zwei Abteilungen; in der ersten Abteilung werden die Geschäfte der Unfallversicherung, in der zweiten Abteilung die Geschäfte der Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung bearbeitet, §§ 4, 5 RVAO.
- Zu 3. Die Senatspräsidenten führen den Vorsitz in einem der Spruchsenate<sup>3)</sup> und bearbeiten die ihnen übertragenen Verwaltungssachen. Sie haben den Amtscharakter als Geheimer Regierungsrat.
- Zu 4. Die sonstigen Mitglieder wirken als Beisitzer<sup>4)</sup> in den Spruch- und Beschlußsenaten sowie im Großen Senat mit, nehmen an den Gesamt- und Abteilungssitzungen teil (vgl. unten zu III) und bearbeiten die ihnen übertragenen Verwaltungssachen. Sie haben den Amtscharakter als Regierungsrat bzw. als Geheimer Regierungsrat.

<sup>1)</sup> Das sind Personalsachen, Angelegenheiten, die das Haushalts- und Kassenwesen, das Dienstgebäude und seine Einrichtung, die amtlichen Veröffentlichungen, die Bibliothek und ähnliche Gegenstände betreffen, § 2 RVAO.

<sup>2)</sup> Bei der Geschäftsverteilung bezüglich des Großen Senats (vgl. unten) besteht dieses Kollegium aus dem Präsidenten als Vorsitzenden, den beiden Direktoren und den 10 dienstältesten Senatspräsidenten, § 18 Abs. III RVAO.

<sup>3)</sup> In den Beschlußsenaten nur bei Behinderung des Präsidenten und des Direktors, § 19 RVAO.

<sup>4)</sup> Soweit sie nicht vorübergehend mit dem Vorsitz in einem Senat beauftragt werden, § 99 Abs. I Satz 2 RVO.



B. Die nichtständigen Mitglieder bestehen teils aus Vertretern des Bundesrats, teils aus Vertretern der Arbeitgeber und Versicherten, § 87 RVO.

1. Die Vertreter des Bundesrats werden vom Bundesrat gewählt. Ihre Zahl beträgt acht, von denen sechs dem Bundesrat selbst angehören müssen, § 87 RVO. Sie wirken als Beisitzer in den Spruch- und Beschlußenaten sowie im Großen Senat mit, nehmen auch an den Gesamt- und Abteilungssitzungen (vgl. unten) teil. Sie werden auf die gewissenhafte Erfüllung ihrer Pflichten vom Reichskanzler verpflichtet, § 97 RVO.
2. Die Vertreter der Arbeitgeber und Versicherten sind Laien, die aus Wahlen hervorgehen und neben den beamteten Mitgliedern ehrenamtlich tätig sind.
  - a) Die Vertreter der Arbeitgeber und Versicherten sind Laien. Sie dürfen nicht zugleich Versicherungsvertreter bei einem Versicherungsamt oder Beisitzer bei einem Oberversicherungsamt sein, §§ 41, 71 RVO. Sie erhalten eine Jahresvergütung für die Teilnahme an den Arbeiten und Sitzungen des Reichsversicherungsamts und, sofern sie außerhalb Berlins wohnen, Ersatz der Reisekosten, § 96 RVO. Ihre Zahl beträgt 24. Sie werden je zur Hälfte aus Arbeitgebern und Versicherten entnommen, § 87 RVO.

Die Vertreter der Arbeitgeber und Versicherten werden auf die gewissenhafte Erfüllung ihrer Pflichten vom Präsidenten vor ihrer ersten Dienstleistung verpflichtet, § 97. Sie können durch Entscheidung des Beschlußenats, wenn sie sich der Erfüllung ihrer Pflichten entziehen, in eine Geldstrafe bis zu 500 M. genommen und, wenn von ihnen Tatsachen bekannt werden, die ihre Wählbarkeit ausschließen oder eine grobe Verletzung ihrer Amtspflichten darstellen, ihres Amtes enthoben werden, § 95.

- b) Die Vertreter der Arbeitgeber und Versicherten gehen aus Wahlen hervor.

Wählbar sind nur volljährige deutsche Männer, welche die Fähigkeit zur Bekleidung öffentlicher Ämter nicht verloren haben und nicht wegen eines Verbrechens oder Vergehens verfolgt werden, das diesen Verlust zur Folge haben kann, auch in der Verfügung über ihr Vermögen infolge gerichtlicher Anordnung nicht beschränkt sind, § 92.

Im übrigen gelten verschiedene Grundsätze, je nachdem es sich um die Wahl von Vertretern der Arbeitgeber oder der Versicherten handelt:

- aa) Die Vertreter der Arbeitgeber werden zur Hälfte von den Organisationen der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung, zur Hälfte von den Organisationen der Unfallversicherung gewählt. Für die Organisationen der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung wird die Wahl

durch die Arbeitgebermitglieder in den Ausschüssen der Versicherungsanstalten und in den entsprechenden Vertretungen der Sonderanstalten vorgenommen. Für die Organisationen der Unfallversicherung wird das Wahlrecht durch die Vorstände der Berufsgenossenschaften und die Ausführungsbehörden ausgeübt. Beide Gruppen wählen je sechs Arbeitgebervertreter, und zwar je vier aus den Kreisen der gewerblichen, je zwei aus den Kreisen der landwirtschaftlichen Unfallversicherung. Wählbar als Vertreter der Arbeitgeber sind die stimmberechtigten Mitglieder der Berufsgenossenschaften sowie ihre gesetzlichen Vertreter und bevollmächtigten Betriebsleiter, ferner die Beamten der Betriebe, für die eine Ausführungsbehörde bestellt ist und endlich (jedoch nur von den Organisationen der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung) die Arbeitgeber, die Mitglieder im Ausschuß einer Versicherungsanstalt oder in der entsprechenden Vertretung einer Sonderanstalt sind, §§ 89, 90, 93 RVO.

Die Wahl geschieht schriftlich nach einfacher Stimmenmehrheit. Bei Stimmgleichheit entscheidet das Los, § 88 RVO.

- bb) Die Vertreter der Versicherten werden von denjenigen Beisitzern (d. h. den bei den Oberversicherungsämtern neben den beamteten Mitgliedern tätigen gewählten Laien; vgl. oben) gewählt, welche dem Kreise der Versicherten angehören, § 91 RVO. Wählbar als Vertreter der Versicherten sind die gegen Unfall versicherten Personen, die versicherten Mitglieder im Ausschuß einer Versicherungsanstalt, auch wenn sie nicht mehr gegen Unfall versichert sind, und gewisse Schiffahrtskundige, § 94 RVO. Von den Gewählten müssen acht der gewerblichen und vier der landwirtschaftlichen Unfallversicherung angehören, § 91.

Die Wahl geschieht schriftlich und nach den Grundsätzen der Verhältniswahl, § 88 RVO.

- c) Die Mitwirkung der Vertreter der Arbeitgeber und Versicherten an den Arbeiten des Reichsversicherungsamts beschränkt sich im wesentlichen auf die Tätigkeit in den Spruch- und Beschlußsenaten sowie im Großen Senat, zu deren Sitzungen sie in der von dem Kollegium (vgl. oben S. 407) bestimmten Reihenfolge zugezogen werden, §§ 16, 18 Abs. III, 19 Abs. IV und V RVAO<sup>1)</sup>. Doch nehmen sie auch an den Gesamt- und Abteilungssitzungen teil (vgl. unten III).

---

<sup>1)</sup> In Sachen der Unfallversicherung werden die aus dem entsprechenden Bereich der Unfallversicherung gewählten Arbeitgeber und Versicherten zugezogen. Kommen Versicherungsträger aus mehr als einem Bereich der Unfallversicherung in Frage, so bestimmt der Präsident, welche Gruppe von Arbeitgebern und Versicherten zuzuziehen ist, §§ 1702, 1782 RVO., 17 RVAO.

- C. Die richterlichen Beamten setzen sich aus angestellten Richtern der Amtsgerichte, Landgerichte und des Kammergerichts zusammen. Sie werden vom Reichskanzler für die Dauer ihres Hauptamts, bei vorübergehendem Bedürfnis auch auf Zeit berufen, § 99 Abs. II RVO., § 8 RVAO. Die richterlichen Beamten wirken als Beisitzer in den Spruchsenaten und im Großen Senat mit, auch nehmen sie an den Gesamt- und Abteilungssitzungen (vgl. unten III) teil.

### III. Die Aufgaben des Reichsversicherungsamts

bestehen neben der oben S. 57 ff. behandelten Verwaltungs-, insbesondere Aufsichtstätigkeit, sowie einer Mitwirkung an der Normenbildung (vgl. oben S. 26) in der Wahrnehmung der Geschäfte der Reichsversicherung als oberste Spruch- und Beschlußbehörde. Zu diesem Zweck sind, soweit die Rechtsprechung nach Bestimmung des Gesetzes in kollegialischen Abteilungen zu erfolgen hat, bei ihnen Senate (Spruch- und Beschlußsenate, Großer Senat) für diejenigen Sachen gebildet, welche das Gesetz dem Spruch- und Beschlußverfahren überweist (vgl. S. 395 u. 412/13). Auch finden Gesamt- und Abteilungssitzungen statt.

- A. Die Spruchsenate bestehen aus sieben Mitgliedern: Den Vorsitz führt der Präsident, ein Direktor oder ein Senatspräsident. Der Reichskanzler kann auch ein anderes ständiges Mitglied vorübergehend mit dem Vorsitz betrauen, § 99 RVO. Als Beisitzer wirken mit ein Vertreter des Bundesrats, an dessen Stelle auch ein ständiges Mitglied treten kann, ein ständiges Mitglied, zwei richterliche Beamte, ein Vertreter der Arbeitgeber und ein Vertreter der Versicherten, §§ 98, 99 RVO., 15 ff. RVAO.
- B. Die Beschlußsenate bestehen aus fünf Mitgliedern. Sie sind in gleicher Weise zusammengesetzt wie die Spruchsenate, doch fehlen in ihnen die richterlichen Beamten, auch kann hier der Vorsitz nur vom Präsidenten, einem Direktor oder von einem Senatspräsidenten geführt werden, nicht aber von einem anderen ständigen Mitglied, §§ 100 RVO., 19 RVAO.
- C. Neben den Spruchsenaten ist beim Reichsversicherungsamt zum Zwecke der Einheitlichkeit der Rechtsprechung im Spruchverfahren der „Große Senat“ gebildet. An ihn sind Spruchsachen (nicht Beschlußsachen) zu verweisen, in denen entweder ein Senat des Reichsversicherungsamts oder ein Senat eines Landesversicherungsamts in einer grundsätzlichen Rechtsfrage von einer Entscheidung eines Spruchsenats oder des Großen Senats des Reichsversicherungsamts abweichen will. Dies gilt für die Senate eines Landesversicherungsamts aber nur, wenn die Entscheidung des Reichsversicherungsamts, von der abgewichen werden soll, amtlich veröffentlicht ist, §§ 1717, 1718 RVO. (vgl. auch § 21 RVAO.).

Der Große Senat besteht regelmäßig aus elf, falls ein Senat eines Landesversicherungsamts von einer Entscheidung des Reichsversicherungsamts abweichen will, aus dreizehn Mitgliedern. Den

Vorsitz führt der Präsident oder sein Stellvertreter, als Beisitzer wirken je zwei Mitglieder aus jeder der beim Reichsversicherungsamt tätigen Gruppen mit (Vertreter des Bundesrats, ständige Mitglieder des Reichsversicherungsamts, richterliche Beamte, Vertreter der Arbeitgeber und Vertreter der Versicherten). Dazu treten, falls ein Landesversicherungsamt von einer Entscheidung des Reichsversicherungsamts abweichen will, ein Mitglied des verweisenden Senats des Landesversicherungsamts sowie ein zweites Mitglied eines Landesversicherungsamts, §§ 101 ff. RVO., 18 RVAO.

- D. In den Gesamt- oder Abteilungssitzungen werden wichtige Angelegenheiten, insbesondere zweifelhafte Rechtsfragen, erörtert. An diesen Sitzungen nehmen außer den Mitgliedern auch Vertreter des Bundesrats, der Arbeitgeber und Versicherten, sowie richterliche Beamte teil. Die Stellungnahme in den Gesamt- oder Abteilungssitzungen bindet indessen nicht, falls die gleiche Frage später in den Senaten zu entscheiden ist, für die Abstimmung daselbst, §§ 9—13 RVAO.<sup>1)</sup>.

## Kapitel II.

### Zuständigkeit.

Die verschiedenen in Kapitel I behandelten Behörden sind zwar alle zur Entscheidung von Streitsachen des sozialen Versicherungsrechts berufen. Zur Entscheidung einer Streitsache in einem einzelnen Falle sind aber nicht alle Behörden nebeneinander berechtigt und verpflichtet, sondern immer nur eine bestimmte unter ihnen, welche somit für diesen besonderen Fall „zuständig“ ist. Zuständig ist also diejenige Behörde, welche zur Entscheidung im einzelnen Falle berufen ist.

Die Zuständigkeit zerfällt in die sachliche und die örtliche Zuständigkeit.

Unter sachlicher Zuständigkeit versteht man die Frage, welche unter verschiedenen Gruppen von Behörden zur Entscheidung einer Streitsache berufen ist, ob also unter den in Kapitel I behandelten Behörden einem Versicherungsamt, einem Obergversicherungsamt, dem Reichsversicherungsamt oder einem Landesversicherungsamt die Entscheidung obliegt (§ 1).

Die örtliche Zuständigkeit bestimmt, welche von den verschiedenen Behörden der gleichen Gruppe zur Entscheidung berufen ist, also z. B. das Obergversicherungsamt in Cöln oder in Coblenz (§ 2).

Die Behörden haben ihre Zuständigkeit von Amts wegen zu prüfen. Eine Vereinbarung der Beteiligten über die Zuständigkeit ist ohne

<sup>1)</sup> Die Aufgaben der Landesversicherungsämter entsprechen bezüglich des Bundesstaates, für den sie errichtet sind, den Aufgaben des Reichsversicherungsamts. Auch bei den Landesversicherungsämtern sind Spruch- und Beschlusssenate zu bilden, § 108 RVO. Die Bundesregierung bestimmt, wie zu verfahren ist, falls ein Senat eines Landesversicherungsamts von der Entscheidung eines anderen Senats desselben Landesversicherungsamts abweichen will, § 1719 RVO.

rechtliche Wirkung (vgl. oben S. 396). Hält eine Behörde nicht sich, sondern ein andere Behörde für zuständig, so gibt sie die Sache an diese ab. Hält auch diese sich nicht für zuständig, so entscheidet die beiden Behörden übergeordnete Behörde, also bei Streit zwischen zwei Versicherungsämtern im Bezirk desselben Oberversicherungsamts dieses, andernfalls das Reichsversicherungsamt bzw. ein Landesversicherungsamt, §§ 1640, 1677, 1771, 1786.

### § 1.

#### Sachliche Zuständigkeit.

Für die Frage, welche unter den verschiedenen Arten von Behörden (Versicherungsamt, Oberversicherungsamt, Reichsversicherungsamt bzw. Landesversicherungsamt) zuständig ist, gilt als Regel, daß die sachliche Zuständigkeit dem Aufbau der Versicherungsbehörden folgt, daß also jede Streitsache zum erstenmal („in unterster Instanz“) durch das Versicherungsamt zu entscheiden ist, und daß im Falle eines Angriffs gegen die Richtigkeit dieser Entscheidung („Rechtsmittel“) das Oberversicherungsamt, bei einem Angriff gegen die Entscheidung des Oberversicherungsamts das Reichsversicherungsamt bzw. ein Landesversicherungsamt entscheidet („Instanzen- oder Rechtszug“).

Dabei ist die Zuständigkeit zwischen Reichsversicherungsamt und Landesversicherungsamt in folgender Weise geteilt: Regelmäßig entscheidet das Reichsversicherungsamt. Ein Landesversicherungsamt tritt jedoch sowohl in Spruchsachen wie in Beschlußsachen an seine Stelle, wenn der Bezirk des beteiligten Versicherungsträgers sich nicht über den Bezirk des Bundesstaats, für den das Landesversicherungsamt besteht, hinaus erstreckt. Dies gilt indessen nicht, wenn ein anderer Versicherungsträger mitbeteiligt ist, für den das Reichsversicherungsamt oder ein anderes Landesversicherungsamt zuständig ist. In diesem Fall entscheidet vielmehr wiederum das Reichsversicherungsamt, §§ 1705 Abs. II, 1706 Abs. II, 1708 Abs. II, 1736 Abs. II, 1740 Abs. II, 1771, 1800<sup>1)</sup>.

Die Regel, daß die sachliche Zuständigkeit dem Aufbau der Versicherungsbehörden folgt, wird durch eine Reihe von Ausnahmen durchbrochen, wobei zwischen Spruch- und Beschlußverfahren zu unterscheiden ist<sup>2)</sup>:

<sup>1)</sup> Vgl. ferner insbesondere §§ 723, 724, 986, 987, 1337 ff. in Verbindung mit 1382.

Über eine Ausnahme von obiger Regel vgl. § 1704 Abs. II.

<sup>2)</sup> Eine für alle Arten des Verfahrens zu beachtende Ausnahme in der sachlichen Zuständigkeitsordnung ist ferner durch die im Interesse der Einheitlichkeit der Rechtsprechung gegebene Vorschrift getroffen, daß ein Oberversicherungsamt, das entweder von einer amtlich veröffentlichten Entscheidung des Reichsversicherungsamts oder eines Landesversicherungsamts abweichen oder eine noch nicht festgestellte Auslegung gesetzlicher Vorschriften von grundsätzlicher Bedeutung vornehmen will, wenn in dieser Sache Rechtsmittel ausgeschlossen sind

1. In Spruchsachen ist die Regelung der Zuständigkeit eine verschiedene, je nachdem es sich um einen Rentenstreit (vgl. oben S. 395) oder um andere vom Gesetz als Spruchsachen bezeichnete Streit-sachen, besonders also um Ersatz- und Erstattungsansprüche handelt.
  - a) Bei einem Rentenstreit gilt die Regel, soweit eine eigentliche Entscheidung zu erlassen ist, lediglich für die Krankenversicherung. Hier ist also in erster Instanz das Versicherungsamt, in zweiter Instanz das Oberversicherungsamt, in dritter Instanz das Reichsversicherungsamt bzw. ein Landesversicherungsamt zuständig. Für die Unfallversicherung und Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung haben dagegen die Versicherungsträger das Recht, die nach ihrer Ansicht geschuldeten Leistungen in einem mit Rechtsmitteln angreifbaren Bescheide selbst festzustellen, während das Versicherungsamt lediglich auf die Abgabe eines Gutachtens beschränkt ist (vgl. oben S. 329 ff. und S. 361 ff.). Hier fehlt es daher an einem eigentlichen Streitverfahren in erster Instanz vor einer Versicherungsbehörde, vielmehr beginnt das Streitverfahren erst in der zweiten Instanz. Hierfür sind daher die Oberversicherungsämter zuständig, gegen deren Entscheidung der Rechtszug, soweit er zulässig ist, an das Reichsversicherungsamt bzw. die Landesversicherungsämter geht.
  - b) Bei anderen Spruchsachen gilt dagegen die Regel, §§ 1772 ff. Nur für die besonderen Arten des Verfahrens, nämlich bei Streit mehrerer Versicherungsträger untereinander über die Entschädigungspflicht und im Verteilungsverfahren (§§ 1735 ff.)<sup>1)</sup> ist allein das Reichsversicherungsamt bzw. ein Landesversicherungsamt in erster und letzter Instanz zuständig.
2. Im Beschlußverfahren gilt die Regel, daß die sachliche Zuständigkeit dem Aufbau der Versicherungsbehörden folgt, nur hinsichtlich des Rechtszugs, der also gegen eine Entscheidung des Versicherungsamts an das Oberversicherungsamt, gegen eine Entscheidung des Oberversicherungsamts an das Reichsversicherungsamt bzw. ein Landesversicherungsamt geht.

Hinsichtlich der Zuständigkeit in erster Instanz wird jene Regel dagegen durch so viele Ausnahmen durchbrochen, daß das Gesetz in jedem einzelnen Falle bestimmt, welche Behörde in erster Instanz sachlich zuständig ist. Doch gelten für die Zuständigkeit

---

und das Oberversicherungsamt daher endgültig zu entscheiden hätte, die Sache nicht selbst entscheidet, sondern unter Begründung seiner Rechtsauffassung dem Reichsversicherungsamte bzw. dem Landesversicherungsamte vorlegt. Dieses entscheidet dann an Stelle des an sich zuständigen Oberversicherungsamts, §§ 1693, 1771, 1799. Vgl. auch Art. 99. Das gleiche gilt, wenn es sich in Beitragsstreitigkeiten der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung um die noch nicht feststehende Auslegung gesetzlicher Vorschriften von grundsätzlicher Bedeutung handelt, falls der Beschwerdeführer innerhalb der Beschwerdefrist oder ein anderer Beteiligter innerhalb einer Woche, nachdem er Gelegenheit, sich zu äußern, erhalten hat, die Abgabe an das Reichsversicherungsamt beantragt, § 1459 Abs. II.

<sup>1)</sup> Vgl. unten S. 466 ff.

in erster Instanz des Beschlußverfahrens drei allgemeine Grundsätze:

- a) Wird die Entscheidung eines Versicherungsträgers durch Beschwerde an die Versicherungsbehörden angefochten, so geht eine solche Beschwerde in Sachen der Krankenversicherung und Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung an das Versicherungsamt, in Sachen der Unfallversicherung an das Oberversicherungsamt, § 1791.
- b) Soweit eine Entscheidung im Beschlußverfahren infolge von Maßnahmen der Aufsicht erforderlich wird, ist beachtlich, daß die Versicherungsämter die Aufsichtsbehörden über die Krankenkassen, das Reichsversicherungsamt bzw. die Landesversicherungsämter die Aufsichtsbehörden über die Berufsgenossenschaften und Versicherungsanstalten sind, §§ 377, 722, 723, 985, 1158, 1381, 1382.
- c) Soweit keiner der Fälle zu a oder b vorliegt, ist regelmäßig die erste Instanz dem Versicherungsamt oder Oberversicherungsamt vorbehalten, während eine Entscheidung des Reichsversicherungsamts oder eines Landesversicherungsamts in erster Instanz nur ausnahmsweise ergeht.

Die Entscheidungen in Spruchsachen ergehen stets durch die kollegialisch gebildeten Abteilungen (Spruchausschuß, Spruchkammer, Spruchsenat aus drei bzw. fünf bzw. sieben Mitgliedern, vgl. oben)<sup>1)</sup>. Dagegen ergehen die Entscheidungen im Beschlußverfahren regelmäßig durch einzelne, die Sache bearbeitende Mitglieder der zuständigen Behörde. Eine Entscheidung durch die kollegialisch gebildeten Abteilungen (Beschlußausschuß, Beschlußkammer, Beschlußsenat aus drei bzw. vier bzw. fünf Mitgliedern, vgl. oben) findet nur in drei Fällen statt, § 1781:

- a) wenn das Gesetz eine solche Entscheidung ausdrücklich vorschreibt;
- b) wenn der Vorsitzende einer Beschlußkammer oder eines Beschlußsenats, entweder nach eigenem Ermessen oder, im Fall einer Meinungsverschiedenheit, auf Antrag eines an der Bearbeitung der Sache beteiligten Mitgliedes, der Kammer bzw. dem Senat solche Beschlußsachen überweist, bei denen es sich um Fragen von grundsätzlicher Bedeutung handelt;

<sup>1)</sup> Jedoch entscheidet in erster Instanz (nicht aber in höherer Instanz, §§ 1691, 1698) der Vorsitzende allein bei einfachen Sachen der Krankenversicherung, nämlich wenn es sich handelt um, § 1661:

- a) lediglich rechnerische Feststellung der Dauer und Höhe der Krankenhilfe,
- b) Gewährung der Krankenhauspflege an Stelle der Krankenhilfe,
- c) Sterbegeld,
- d) Leistungen im Gesamtwert von weniger als 50 M.

Der Vorsitzende darf ferner in allen Spruchsachen mit Ausnahme der besonderen Arten des Verfahrens, in denen das Reichsversicherungsamt erste und letzte Instanz ist (Streit mehrerer Versicherungsträger über die Entschädigungspflicht, Verteilungsverfahren, §§ 1735 ff.), im Verfahren erster Instanz sowie im Berufungsverfahren (nicht dagegen in der dritten Instanz, also im Revisions- oder Rekursverfahren) eine Vorentscheidung erlassen, §§ 1657, 1698 Abs. II, 1701 Abs. II, 1736 Abs. III, 1740 Abs. III, 1776; vgl. unten S. 449.

c) wenn in unterer Instanz eine kollegialische Abteilung entschieden hat, so geht der Rechtszug in den höheren Instanzen ebenfalls an die kollegialische Abteilung, also gegen eine Entscheidung des Beschlußausschusses an die Beschlußkammer und nicht an den Direktor des Oberversicherungsamts, gegen eine Entscheidung der Beschlußkammer an den Beschlußsenat und nicht an den Präsidenten des Reichsversicherungsamts.

Innerhalb der einzelnen Behörde bestimmt ihr Leiter (Vorsitzender, Direktor, Präsident) über die Verteilung der einzelnen Sachen<sup>1)</sup>, im Reichsversicherungsamte wird indessen die Geschäftsverteilung unter die kollegialisch gebildeten Abteilungen und die Besetzung dieser Abteilungen aus den Mitgliedern und richterlichen Beamten durch ein Kollegium vorgenommen (vgl. oben S. 407).

### § 2.

## Örtliche Zuständigkeit.

Hinsichtlich der örtlichen Zuständigkeit ist zu unterscheiden: einmal, ob die Entscheidungen im Spruchverfahren oder im Beschlußverfahren, andererseits in welchem Zweige der Versicherung (Krankenversicherung, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung oder Unfallversicherung) sie ergehen. Zu untersuchen ist hierbei nur die Zuständigkeit in erster und zweiter Instanz, während in dritter Instanz, in der die Entscheidung durch das Reichsversicherungsamt bzw. ein Landesversicherungsamt ergeht, soweit eine dieser Behörden nicht schon in einer früheren Instanz entschieden hat, Fragen der örtlichen Zuständigkeit nicht in Betracht kommen.

### I. Spruchverfahren.

A. In der Krankenversicherung ist in erster Instanz dasjenige Versicherungsamt örtlich zuständig, in dessen Bezirk der Versicherte zur Zeit der Antragstellung wohnt oder beschäftigt ist. Hat der Versicherte keinen Wohn- oder Beschäftigungsort im Inland, oder ist er verstorben oder verschollen, so ist sein letzter inländischer Wohn- oder Beschäftigungsort maßgebend. Ist ein solcher nicht vorhanden, so entscheidet der Sitz des Betriebes, in dem der Versicherte beschäftigt ist oder zuletzt beschäftigt war, §§ 1637 1638. Sind hiernach mehrere Versicherungsämter zuständig, so gebührt demjenigen Versicherungsamt der Vorzug, welches zuerst angegangen wird, § 1639.

In zweiter Instanz ist dasjenige Oberversicherungsamt örtlich zuständig, welches dem Versicherungsamte, dessen Urteil angefochten wird, übergeordnet ist, § 1676.

B. In der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung fehlt es im Spruchverfahren an einer ersten Instanz in prozeßrechtlichem Sinne (vgl. oben S. 413).

<sup>1)</sup> Jedoch sind die Beisitzer nach einer im voraus bestimmten Reihenfolge zuzuziehen; vgl. oben S. 401, 405, 409.



In zweiter Instanz entscheidet dasjenige Oberversicherungsamt, zu dessen Bezirk das Versicherungsamt gehört, welches bei der Vorbereitung der Sache mitgewirkt hat (vgl. §§ 1617—27 und oben S. 239). Wenn die Vorbereitung und Begutachtung einer Sache Organen von Knappschaftsvereinen, Knappschaftskassen oder von Sonderanstalten für Betriebe des Reichs oder der Bundesstaaten übertragen ist, so ist dasjenige Oberversicherungsamt örtlich zuständig, in dessen Bezirk sich der Sitz dieser Organe befindet, § 1678.

- C. In der Unfallversicherung fehlt es ebenfalls im Spruchverfahren an einer ersten Instanz in prozeßrechtlichem Sinne (vgl. oben S. 413).

In zweiter Instanz bestimmt sich die Zuständigkeit des Oberversicherungsamts nach den gleichen Grundsätzen wie die Zuständigkeit des Versicherungsamts als erste Instanz der Krankenversicherung (Wohn- oder Beschäftigungsort zur Zeit der Erhebung der Berufung usw.). Jedoch ist in Sachen der See-Unfallversicherung der Heimathafen desjenigen Fahrzeugs oder der Sitz desjenigen Betriebs maßgebend, in welchem sich der Unfall ereignet hat. Ist der Heimathafen nicht im Bezirk eines Oberversicherungsamts belegen, so ist die Berufung bei dem für den Sitz der Seeberufsgenossenschaft zuständigen Oberversicherungsamt einzulegen, § 1677.

- D. In anderen Spruchsachen, in denen es sich nicht um einen Rentenstreit, sondern insbesondere um Ersatz- und Erstattungsansprüche handelt, ist in erster Instanz für sämtliche Zweige der Versicherung dasjenige Versicherungsamt örtlich zuständig, das bei Streit über den Hauptanspruch (Entschädigungsanspruch) zu entscheiden hätte. Dies gilt für alle Ansprüche, die aus dem Hauptanspruch hergeleitet werden. Ist der Hauptanspruch nicht von einem Versicherungsamte zu entscheiden (also insbesondere in der Unfallversicherung und Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung), oder ist der Ersatzanspruch aus der Verpflichtung einer Gemeinde, eines Armenverbandes, eines Betriebsunternehmers oder einer Kasse zur Unterstützung Hilfsbedürftiger entstanden, so bestimmt sich die örtliche Zuständigkeit des Versicherungsamts nach den gleichen Grundsätzen wie in der Krankenversicherung (Wohn- oder Beschäftigungsort des Versicherten usw.), §§ 1772 ff.

Der Rechtszug geht an das jeweils übergeordnete Oberversicherungsamt.

## II. In Beschlusssachen

bedarf es nur der Bestimmung der örtlichen Zuständigkeit in erster Instanz, während der Rechtszug an die jeweils übergeordnete Behörde geht.

Für die erste Instanz gelten folgende Grundsätze, §§ 1783—85:

- A. In der Krankenversicherung ist dasjenige Versicherungsamt oder Oberversicherungsamt örtlich zuständig, in dessen Bezirk die

beteiligte Kasse ihren Sitz hat. Sind mehrere Kassen beteiligt, die ihren Sitz im Bezirke verschiedener Versicherungsämter haben, so ist das Versicherungsamt derjenigen von ihnen zuständig, welcher der Versicherte angehört. Gehört er keiner von ihnen an oder handelt es sich um einen Streit über die Zugehörigkeit von Betrieben oder Betriebsteilen (vgl. § 258 und oben S. 116), so bestimmt das Oberversicherungsamt, welches Versicherungsamt zuständig ist. Haben die Kassen ihren Sitz im Bezirk verschiedener Oberversicherungsämter, so bestimmt die oberste Verwaltungsbehörde das zuständige Versicherungsamt oder Oberversicherungsamt.

- B. In der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung ist dasjenige Versicherungsamt oder Oberversicherungsamt örtlich zuständig, in dessen Bezirk die Beschäftigung stattgefunden hat, die den Anlaß zur Entscheidung gibt, und bei freiwilliger Versicherung das Versicherungsamt oder Oberversicherungsamt, in dessen Bezirk der Versicherte wohnt.

Bei Ansprüchen der Hinterbliebenen ist auch das Versicherungsamt oder Oberversicherungsamt zuständig, in dessen Bezirk die Hinterbliebenen wohnen.

- C. In der Unfallversicherung ist dasjenige Versicherungsamt oder Oberversicherungsamt örtlich zuständig, in dessen Bezirke der Sitz des Betriebes liegt oder die versicherte Tätigkeit ausgeführt wird.

## Unterabschnitt II.

# Die Gerichtsbehörden der Angestelltenversicherung<sup>1)</sup>.

## Kapitel I.

### Organisation.

Rechtsprechende Behörden der Angestelltenversicherung sind die Rentenausschüsse (§ 1), die Schiedsgerichte (§ 2) und das Oberschiedsgericht (§ 3).

#### § 1.

### Rentenausschüsse.

#### I. Wirkungskreis.

Die Rentenausschüsse werden nach Bedarf von der Reichsversicherungsanstalt mit Genehmigung des Bundesrats errichtet. Sitz und Bezirk der Rentenausschüsse werden vom Bundesrate bestimmt und können durch Beschluß des Bundesrats abgeändert werden, § 126 AVG.

<sup>1)</sup> Die folgenden Ausführungen sind durch die Verordnungen des Kaisers bzw. des Reichskanzlers über den Geschäftsgang und das Verfahren vor den Schiedsgerichten und dem Oberschiedsgericht sowie vor den Rentenausschüssen zu ergänzen. Diese Verordnungen sind bisher noch nicht erlassen.

## II. Zusammensetzung.

Der Rentenausschuß besteht aus besoldeten Beamten und gewählten Laien im Ehrenamte, die als „Versicherungsvertreter“ bezeichnet werden.

A. Als besoldete Beamte sind tätig, § 128 AVG.:

1. der Vorsitzende,
2. ein oder mehrere Stellvertreter des Vorsitzenden<sup>1)</sup>.

Zu 1. Der Vorsitzende (Obmann) wird vom Reichskanzler nach Anhören der obersten Verwaltungsbehörde, für deren Bezirk der Rentenausschuß errichtet ist, ernannt. Der Reichskanzler setzt auch die Amtsdauer und die Bezüge des Vorsitzenden fest. Zum Vorsitzenden kann auch ein Reichs- oder Staatsbeamter im Nebenamt ernannt werden; in diesem Fall untersteht er der Dienstgewalt der ihm im Hauptamt vorgesetzten Dienstbehörde, § 129 Abs. III.

Der Vorsitzende wird vom Reichskanzler oder seinen Beauftragten vor Antritt des Amtes auf die Erfüllung seiner Obliegenheiten verpflichtet, § 129 Abs. II.

Er leitet die Geschäfte des Rentenausschusses, § 130.

Zu 2. Für die Stellvertreter des Vorsitzenden gelten hinsichtlich ihrer Ernennung, Besoldung, Amtsdauer und Verpflichtung die gleichen Grundsätze wie für den Vorsitzenden, § 129. Über das Verhältnis des Vorsitzenden zu den Stellvertretern wird die Verordnung des Reichskanzlers nähere Bestimmungen zu treffen haben.

B. Die Versicherungsvertreter sind Laien, die aus Wahlen hervorgehen und neben den beamteten Mitgliedern des Rentenausschusses in unbesoldeten Ehrenämtern tätig sind.

1. Die Versicherungsvertreter sind Laien. Sie dürfen nicht zugleich Beisitzer bei einem Schiedsgericht oder dem Oberschiedsgerichte sein, § 132 Abs. II. Sie verwalten ihr Amt unentgeltlich als Ehrenamt und erhalten nur ihre baren Auslagen erstattet, § 140<sup>2)</sup>. Ihre Zahl beträgt mindestens zwanzig, § 132. Sie werden je zur Hälfte aus den Arbeitgebern und den versicherten Angestellten entnommen, § 131.

Die Versicherungsvertreter werden auf die gewissenhafte Erfüllung ihrer Pflichten vom Vorsitzenden vor ihrer ersten Dienstleistung verpflichtet, § 139. Der Vorsitzende kann sie, wenn sie sich der Erfüllung ihrer Pflichten entziehen, in eine Geldstrafe bis zu 30 M. und im Wiederholungsfalle bis zu 100 M. nehmen. Er enthebt sie ferner ihres Amtes, wenn Tatsachen bekannt werden, die ihre Wählbarkeit ausschließen oder eine grobe Verletzung ihrer Amtspflicht darstellen. Auf Beschwerde entscheidet in beiden Fällen das Schiedsgericht, §§ 138, 139.

<sup>1)</sup> Außerdem werden ihnen die erforderlichen Hilfsbeamten beigegeben, § 141 AVG.

<sup>2)</sup> Über Ersatz von entgangenem Arbeitsverdienst und Zeitverlust vgl. § 140 Abs. II.

2. Die Versicherungsvertreter gehen aus Wahlen hervor.

Wählbar sind nur volljährige Deutsche<sup>1)</sup>, und zwar als Vertreter der Arbeitgeber, wer regelmäßig mindestens einen versicherten Angestellten beschäftigt, als Vertreter der Angestellten solche Versicherte, die nicht als Vertreter der Arbeitgeber wählbar sind. Die Wählbarkeit geht durch strafgerichtliche Aberkennung der Fähigkeit zur Bekleidung öffentlicher Ämter, ferner durch Strafverfolgung (Eröffnung des Hauptverfahrens) wegen eines Verbrechens oder Vergehens, das diesen Verlust zur Folge haben kann, sowie durch gerichtliche Anordnung einer Verfügungsbeschränkung über das Vermögen (insbesondere Konkursöffnung) verloren, §§ 134, 111—114. Bei den Wahlen sollen die hauptsächlichsten Berufszweige sowie die verschiedenen Teile des Bezirks berücksichtigt werden, § 135.

Die Wahlzeit dauert sechs Jahre. Die Vertreter der Arbeitgeber dürfen die Wahl nur aus bestimmten gesetzlich vorgesehenen Gründen ablehnen, die Vertreter der Angestellten sind dagegen zur Annahme der Wahl nicht verpflichtet, §§ 136, 137, 115, 116<sup>2)</sup>.

Die Wahl wird durch die Vertrauensmänner (vgl. oben S. 270) vorgenommen, die im Bezirke des Rentenausschusses wohnen, und zwar die Wahl der Vertreter der Arbeitgeber durch die Vertrauensmänner aus den Arbeitgebern, die Wahl der Vertreter der Versicherten durch die Vertrauensmänner aus den Versicherten. Der Reichskanzler erläßt eine Wahlordnung und leitet die Wahl durch seine Beauftragten. Die Wahl geschieht schriftlich und nach den Grundsätzen der Verhältniswahl, §§ 133, 134, 111.

3. Die Mitwirkung der Versicherungsvertreter an den Arbeiten des Rentenausschusses ist bei Entscheidungen in Rentenstreitsachen, die nach mündlicher Verhandlung ergehen, gesetzlich vorgesehen, § 251. Hierzu werden sie in einer vom Vorsitzenden bestimmten Reihenfolge zugezogen, § 254. Doch können sie auch in anderen Fällen als Beisitzer zugezogen werden, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, § 131 Abs. I. Über ihre Mitwirkung im einzelnen wird die Verordnung des Reichskanzlers näheres zu bestimmen haben.

### III. Die Aufgaben der Rentenausschüsse

sind dreifache, § 122 AVG.:

- A. Sie haben die Rechtsprechung in Sachen der Angestelltenversicherung in erster Instanz auszuüben. Insbesondere liegt ihnen daher

<sup>1)</sup> Und zwar an sich ohne Unterschied des Geschlechtes, doch dürfen an den richterlichen Entscheidungen der Rentenausschüsse nur Männer mitwirken, § 131 Abs. III; vgl. oben S. 397. Als Beisitzer zu den Schiedsgerichten und dem Oberschiedsgerichte sind nur Männer wählbar.

<sup>2)</sup> Doch dürfen sie von ihrem Arbeitgeber an der Annahme der Wahl und Ausübung ihres Amtes nicht gehindert werden, §§ 136, 119, 345, 346.

die Feststellung und gegebenenfalls die Entziehung und Einstellung der geschuldeten Leistungen, bisweilen auch eine Rechtsprechung in Beschlußsachen ob. Inwieweit zu diesem Zwecke bei ihnen kollegialische Spruch- und Beschlußabteilungen gebildet werden, wird die Verordnung des Reichskanzlers zu bestimmen haben.

- B. Sie haben in Angelegenheiten der Angestelltenversicherung Auskunft zu erteilen.
- C. Sie haben die Reichsversicherungsanstalt in bestimmten das Heilverfahren betreffenden Angelegenheiten zu unterstützen. Vgl. darüber oben S. 281.

## § 2.

### Schiedsgerichte.

#### I. Wirkungskreis.

Die Schiedsgerichte werden nach Bedarf durch Kaiserliche Verordnung mit Zustimmung des Bundesrats errichtet. Sitz und Bezirk werden in gleicher Weise bestimmt und erforderlichenfalls abgeändert, § 158. Die Schiedsgerichte unterstehen der Aufsicht der obersten Verwaltungsbehörde, in deren Bezirk ihr Sitz gelegen ist, § 166.

#### II. Zusammensetzung.

Die Schiedsgerichte bestehen aus beamteten Mitgliedern und gewählten Laien im Ehrenamt, die als „Beisitzer“ bezeichnet werden.

A. Als Mitglieder sind tätig, § 159:

1. der Vorsitzende,
2. der Stellvertreter des Vorsitzenden.

Zu 1. Der Vorsitzende wird vom Reichskanzler nach Anhören der obersten Verwaltungsbehörde, für deren Bezirk das Schiedsgericht errichtet ist, aus der Zahl der öffentlichen Beamten ernannt. Der Reichskanzler setzt auch die Amtsdauer und die Bezüge des Vorsitzenden fest. Der Vorsitzende kann das Amt entweder im Hauptamt oder im Nebenamt ausüben. Übt er das Amt im Nebenamt aus, so geschieht die Ernennung für die Dauer des Hauptamtes. Eine vorübergehende Beauftragung eines Beamten mit dem Vorsitz darf die Dauer eines Jahres nicht übersteigen. Der Vorsitzende darf nicht zugleich Mitglied des Oberschiedsgerichts sein, §§ 160 Abs. III, 161.

Der Vorsitzende wird vom Reichskanzler oder seinen Beauftragten vor dem Antritt des Amtes auf die Erfüllung seiner Obliegenheiten verpflichtet, §§ 161, 129 Abs. II.

Er leitet die Geschäfte des Schiedsgerichts, §§ 161, 130.

Zu 2. Für die Stellvertreter des Vorsitzenden gelten hinsichtlich ihrer Ernennung, Besoldung, Amtsdauer und Verpflichtung die gleichen Grundsätze wie für den Vorsitzenden. Doch fehlt es an einer Bestimmung, daß sie aus den öffentlichen Beamten zu ernennen sind und daß eine vorübergehende Übertragung der

Stellvertretung des Vorsitzenden die Dauer eines Jahres nicht übersteigen darf, § 161. Hierüber sowie über das Verhältnis des Vorsitzenden zum Stellvertreter wird die Kaiserliche Verordnung nähere Bestimmungen zu treffen haben.

- B. Für die Beisitzer gelten die gleichen Bestimmungen wie für die Versicherungsvertreter, § 161. Jedoch beträgt ihre Zahl mindestens zwölf, und es können Geldstrafen gegen sie bis zum Betrage von 300 M. verhängt werden, §§ 160, 161. Ihre Mitwirkung ist gesetzlich im Spruchverfahren für Rentenstreitigkeiten vorgesehen, § 273, wo sie nach einer im voraus aufgestellten Reihenfolge zugezogen werden, § 275. Im einzelnen wird hierüber, sowie über ihre Mitwirkung im Beschlußverfahren die Kaiserliche Verordnung, über die Reihenfolge auch eine Verordnung des Reichskanzlers Bestimmungen zu treffen haben.

### III. Die Aufgaben der Schiedsgerichte

bestehen in der Wahrnehmung der Geschäfte der Angestelltenversicherung als höhere Spruch- und Beschlußbehörden. Inwieweit zu diesem Zwecke bei ihnen kollegialische Spruch- und Beschlußabteilungen gebildet werden, wird ebenfalls die Kaiserliche Verordnung zu bestimmen haben.

#### § 3.

### Oberschiedsgericht.

#### I. Wirkungskreis.

Das Oberschiedsgericht bildet die oberste rechtsprechende Behörde<sup>1)</sup> der gesamten Angestelltenversicherung für den Bezirk des ganzen Deutschen Reichs. Ausnahmen von diesem Grundsatz durch Zulassung von Landesoberschiedsgerichten einzelner Bundesstaaten bestehen nicht.

Das Oberschiedsgericht ist eine selbständige Reichsbehörde<sup>2)</sup>, die der Aufsicht des Reichskanzlers (Reichsamt des Innern) untersteht, § 169. Es hat seinen Sitz in Berlin, § 162.

#### II. Zusammensetzung.

Das Oberschiedsgericht besteht aus beamteten „Mitgliedern“ und gewählten Laien im Ehrenamte, die als „Beisitzer“ bezeichnet werden. Es wird ferner in bestimmten Fällen durch ständige Mitglieder des Reichsversicherungsamts und durch richterliche Beamte ergänzt.

A. Als Mitglieder sind tätig, § 164:

1. der Vorsitzende,
2. der Stellvertreter des Vorsitzenden.

<sup>1)</sup> Dagegen stehen dem Oberschiedsgericht im Gegensatz zum Reichsversicherungsamte keine Obliegenheiten der Verwaltung, insbesondere der Aufsicht zu; auch nimmt das Oberschiedsgericht nicht an der Normenbildung teil.

<sup>2)</sup> Dies schließt nicht aus, daß die Obliegenheiten der Beamten des Oberschiedsgerichts durch die Beamten einer anderen Behörde versehen werden.

Hinsichtlich ihrer Ernennung, Besoldung, Amtsdauer und Verpflichtung gelten die gleichen Grundsätze wie für den Vorsitzenden und den Stellvertreter der Schiedsgerichte. Jedoch wird der Vorsitzende für die Dauer seines Hauptamts oder auf Lebenszeit ernannt, § 164. Über die Reihenfolge der Zuziehung zu den Verhandlungen bestimmt der Reichskanzler, § 292.

- B. Auch für die Beisitzer gelten die gleichen Grundsätze wie für die Beisitzer an den Schiedsgerichten, § 164. Über die Reihenfolge ihrer Zuziehung zu den Verhandlungen bestimmt der Reichskanzler, § 292.
- C. Die Zuziehung von je zwei ständigen Mitgliedern des Reichsversicherungsamts und richterlichen Beamten ist für die Entscheidung von Rentenstreitigkeiten im Spruchverfahren gesetzlich vorgesehen, § 288. Die Mitglieder dieser beiden Gruppen werden vom Reichskanzler für die Dauer ihres Hauptamts bestellt; eine vorübergehende Beauftragung darf die Dauer von einem Jahr nicht übersteigen, § 164. Die Reihenfolge ihrer Zuziehung zu den Verhandlungen bestimmt ebenfalls der Reichskanzler, § 292.

### III. Die Aufgaben des Oberschiedsgerichts

bestehen in der Wahrnehmung der Geschäfte der Angestelltenversicherung als oberste Spruch- und Beschlußbehörde. Inwieweit zu diesem Zwecke bei ihnen kollegialische Spruch- und Beschlußabteilungen gebildet werden, wird die Kaiserliche Verordnung zu bestimmen haben.

## Kapitel II.

### Zuständigkeit.

Über den Begriff der Zuständigkeit überhaupt, der sachlichen und der örtlichen Zuständigkeit vgl. oben S. 411.

Die Behörden haben ihre Zuständigkeit von Amts wegen zu prüfen. Eine Vereinbarung der Parteien über die Zuständigkeit ist ohne rechtliche Wirkung (vgl. oben S. 396). Hält eine Behörde nicht sich, sondern eine andere Behörde für zuständig, so gibt sie die Sache an diese ab. Hält auch diese sich nicht für zuständig, so entscheidet die beiden Behörden übergeordnete Behörde, also bei Streit zwischen zwei Rentenausschüssen im Bezirk des gleichen Schiedsgerichts dieses, anderenfalls das Oberschiedsgericht, §§ 232, 274.

#### § 1.

#### Sachliche Zuständigkeit.

Für die Frage, welche unter den verschiedenen Arten von Behörden (Rentenausschüsse, Schiedsgerichte, Oberschiedsgericht) zuständig ist, gilt auch für die Angestelltenversicherung als Regel, daß die sachliche Zuständigkeit dem Aufbau der rechtsprechenden Behörden

folgt, daß also jede Streitsache zum erstenmal („in erster Instanz“) durch den Rentenausschuß zu entscheiden ist, und daß im Falle eines Angriffs gegen die Richtigkeit dieser Entscheidung („Rechtsmittel“) das Schiedsgericht, bei einem Angriff gegen die Entscheidung des Schiedsgerichts das Oberschiedsgericht entscheidet („Instanzen- oder Rechtszug“). Diese Regel wird nur in einigen Ausnahmefällen durchbrochen, unter denen vor allem beachtlich ist, daß einzelne die Zuschuß- und Ersatzkassen betreffende Streitsachen, insbesondere Streitigkeiten zwischen diesen Kassen und der Reichsversicherungsanstalt, in erster und letzter Instanz vom Oberschiedsgericht zu entscheiden sind, §§ 366, 372, 376, 384<sup>1)</sup>.

Die Entscheidung in Spruchsachen hat stets durch eine kollegialisch gebildete Abteilung zu erfolgen, die bei dem Rentenausschuß aus drei Mitgliedern (Vorsitzender oder sein Stellvertreter und je ein Versicherungsvertreter der Arbeitgeber und versicherten Angestellten, § 251), bei dem Schiedsgericht aus fünf Mitgliedern (Vorsitzender oder sein Stellvertreter und je zwei Beisitzer der Arbeitgeber und versicherten Angestellten, § 273 <sup>2)</sup>), bei dem Oberschiedsgericht aus sieben Mitgliedern (Vorsitzender oder sein Stellvertreter, zwei ständige Mitglieder des Reichsversicherungsamts, zwei richterliche Beamte und je ein Beisitzer der Arbeitgeber und versicherten Angestellten, § 288) besteht. Für den Rentenausschuß entscheidet indessen in einzelnen einfachen Sachen<sup>3)</sup> der Vorsitzende allein, § 240.

Für das Beschlußverfahren fehlt es im Gesetz an Vorschriften. Ob und inwieweit hier die Entscheidung durch das einzelne Mitglied oder eine kollegialische Abteilung zu erfolgen hat, wird die Kaiserliche Verordnung zu bestimmen haben.

<sup>1)</sup> Eine weitere Ausnahme der sachlichen Zuständigkeitsordnung ist durch die im Interesse der Einheitlichkeit der Rechtsprechung gegebene Vorschrift getroffen, daß ein Schiedsgericht, das von einer amtlich veröffentlichten grundsätzlichen Entscheidung des Oberschiedsgerichts abweichen will, wenn in dieser Sache die Revision ausgeschlossen ist und das Schiedsgericht daher endgültig zu entscheiden hätte, die Sache nicht selbst entscheidet, sondern unter Begründung seiner Rechtsauffassung dem Oberschiedsgericht vorlegt. Dieses entscheidet dann an Stelle des an sich zuständigen Schiedsgerichts, § 280. Das gleiche gilt, wenn es sich in Beitragsstreitigkeiten um die noch nicht feststehende Auslegung gesetzlicher Vorschriften von grundsätzlicher Bedeutung handelt, falls der Beschwerdeführer innerhalb der Beschwerdefrist oder ein anderer Beteiligter innerhalb einer Woche, nachdem er Gelegenheit sich zu äußern, erhalten hat, die Abgabe an das Oberschiedsgericht beantragt, § 210. Über eine ähnliche Vorschrift der Arbeiterversicherung vgl. S. 412, Anm. 2.

Weitere Ausnahmen vgl. ferner §§ 117, 120, 161, 347.

<sup>2)</sup> Doch ist das Schiedsgericht nicht deshalb beschlußunfähig, weil außer dem Vorsitzenden nur je ein Beisitzer aus den Arbeitgebern und versicherten Angestellten erschienen ist. Sind drei Beisitzer erschienen, so scheidet aus der doppelt besetzten Gruppe der dem Lebensalter nach jüngere aus, § 276.

<sup>3)</sup> Nämlich wenn es sich handelt um Ruhegeld wegen Vollendung des gesetzlichen Alters, Leibrente, Hinterbliebenenrente, Abfindung oder Erstattung. Die Kaiserliche Verordnung kann noch weitere Fälle bestimmen.

Auch bei unzulässiger oder verspäteter Einlegung von Rechtsmitteln kann der Vorsitzende allein entscheiden, §§ 271, 290; vergl. unten S. 459, 460.



## § 2.

**Örtliche Zuständigkeit.**

Fragen der örtlichen Zuständigkeit kommen nur für die erste und zweite Instanz in Betracht.

- a) Eine allgemeine Regelung der örtlichen Zuständigkeit findet sich nur in Spruchsachen für den Fall eines Rentenstreites. Diese Regelung gilt sowohl für die Feststellung der Leistungen wie auch für die Entziehung von Ruhesgeld oder Witwenrente oder die Einstellung und Kürzung von Hausgeld oder Rente, §§ 230—31, 269, 272.

Hiernach ist in erster Instanz örtlich zuständig<sup>1)</sup> derjenige Rentenausschuß, in dessen Bezirk der Versicherte zur Zeit des Antrages wohnt oder beschäftigt ist. Hat der Versicherte keinen Wohn- oder Beschäftigungsort im Inland, oder ist er verstorben oder verschollen, so ist sein letzter inländischer Wohn- oder Beschäftigungsort maßgebend. Ist ein solcher nicht vorhanden, so entscheidet der Sitz des Betriebes, in dem der Versicherte beschäftigt ist oder zuletzt beschäftigt war. Sind hiernach mehrere Rentenausschüsse zuständig, so gebührt demjenigen Rentenausschuß der Vorzug, welcher zuerst angegangen wird.

In zweiter Instanz ist dasjenige Schiedsgericht örtlich zuständig, welches dem Rentenausschuß, dessen Bescheid angefochten wird, übergeordnet ist.

- b) Für andere Streitigkeiten fehlt es an einer allgemeinen Regelung der örtlichen Zuständigkeit, sondern es ist lediglich für jeden einzelnen Fall hierüber Bestimmung getroffen. Dabei ist entweder der Wohnsitz des Versicherten (so bei dem Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 12 und für den Anspruch auf Ersatz von Unterstützungen nach § 85) oder sein Beschäftigungsort (so für Beitragsstreitigkeiten nach den §§ 210, 211) der Regelung der örtlichen Zuständigkeit zugrunde gelegt.

**Zweiter Abschnitt.****Die Parteien.**

Parteien sind die an einer Streitsache unmittelbar beteiligten Personen. Im Spruchverfahren stehen sich stets zwei Parteien als Gegner gegenüber und werden in dieser Eigenschaft im Rentenstreitverfahren als „Kläger“ und „Beklagter“ bezeichnet. Am Beschlußverfahren ist dagegen vielfach nur eine einzige Partei beteiligt.

Um als Partei eine Streitsache zu führen, bedarf es bestimmter rechtlicher Eigenschaften (Kapitel I). Jede Partei kann ferner aus einer einzelnen Person oder aus einer Mehrheit von Personen bestehen (Kapitel II). Die Parteien können endlich die Erledigung ihrer Streitsache selbst betreiben oder sich hierzu gewisser Gehilfen bedienen (Kapitel III).

<sup>1)</sup> Diese Regelung entspricht genau der Regelung der Zuständigkeit für Rentenstreitigkeiten im Spruchverfahren der Krankenversicherung; vgl. oben S. 415.

## Kapitel I.

**Erforderliche Eigenschaften der Partei.**

Um eine Streitsache als Partei führen zu können, bedarf es dreier Eigenschaften: der Parteifähigkeit (§ 1), der Prozeßfähigkeit (§ 2) und der Sachlegitimation (§ 3)<sup>1)</sup>. Das Vorhandensein dieser Eigenschaften ist von Amts wegen zu prüfen, §§ 17 VAO., 14 OVAO.

## § 1.

**Parteifähigkeit.**

- a) Der Begriff der Parteifähigkeit des Versicherungsprozesses ist der gleiche wie der des sonstigen Prozeßrechts. Die Parteifähigkeit ist hiernach die Fähigkeit, Partei in einer Streitsache des sozialen Versicherungsrechts, Träger derjenigen Rechte oder Pflichten zu sein, die den Gegenstand der Streitsache bilden<sup>2)</sup>.
- b) Parteifähig ist, wer rechtsfähig ist, also die natürlichen Personen (Menschen) ohne Rücksicht auf ihr Lebensalter von der Vollendung der Geburt<sup>3)</sup> bis zum Tode und die juristischen Personen (Personenvereinigungen, Anstalten oder Stiftungen, denen die Rechtsordnung die Eigenschaft der Rechtsfähigkeit beilegt). Parteifähig sind ferner nach der Rechtsübung des Reichsversicherungsamts die Zweiganstalten der Unfallversicherung, obwohl sie keine eigene Rechtsfähigkeit besitzen, sondern nur Verwaltungseinrichtungen der Berufsgenossenschaften sind (vgl. oben S. 341). Nicht rechtsfähige Vereine endlich können als solche zwar nicht aktiv als Antragsteller oder Beschwerdeführer, wohl aber passiv als Antragsgegner oder Beschwerdegegner Partei in einer Streitsache sein<sup>4)</sup>.
- c) Als Parteien kommen im Versicherungsprozeß außer den Entschädigungsberechtigten und den Versicherungsträgern vor allem die Ersatzberechtigten, insbesondere die Armenverbände, ferner die Ersatzkassen und Zuschußkassen, die Versicherten und die Unternehmer und sonstigen Arbeitgeber in Betracht.

Soweit juristische Personen, vor allem die Versicherungsträger, an einer Streitsache beteiligt sind, sind nur diese Personen selbst, nicht aber ihre Organe oder Ausführungsbehörden, die sie im einzelnen Fall vertreten, als Partei anzusehen. Doch haben die Mitglieder dieser Organe im Streitverfahren die Stellung einer Partei und können daher nicht als Zeugen vernommen werden.

---

<sup>1)</sup> Nicht bedarf es dagegen einer besonderen „Verhandlungsfähigkeit“, die im Anwaltsprozeß nur Rechtsanwälte besitzen; vgl. unten S. 429.

<sup>2)</sup> Die Parteifähigkeit entspricht also der Rechtsfähigkeit des materiellen Rechts.

<sup>3)</sup> Nicht parteifähig ist dagegen die Leibesfrucht, doch gilt, soweit die Vererbung von Rechten und Ansprüchen in Betracht kommt, § 1923 BGB.

<sup>4)</sup> Z. B. als Arbeitgeber in Beitragsstreitigkeiten oder als Betriebsunternehmer in Katasterstreitigkeiten.

## § 2.

**Prozeßfähigkeit.**

1. Der Begriff der Prozeßfähigkeit des Versicherungsprozesses ist ebenfalls der gleiche wie der des sonstigen Prozeßrechts. Die Prozeßfähigkeit ist hiernach die Fähigkeit, Prozeßhandlungen mit Wirksamkeit vorzunehmen, vor allem prozeßrechtliche Willenserklärungen abzugeben (z. B. Klage zu erheben, Anträge zu stellen, auch durch Anerkenntnis, Verzicht oder Vergleich den Rechtsstreit zu erledigen) oder in Empfang zu nehmen, sei es in eigenem oder in fremdem Namen<sup>1)</sup>.
2. Prozeßfähig ist, wer nach bürgerlichem Rechte die Fähigkeit besitzt, sich persönlich und selbständig durch Verträge zu verpflichten<sup>2)</sup>. Nicht prozeßfähig sind hiernach:
  - a) die juristischen Personen nebst den ihnen hinsichtlich der Parteifähigkeit gleichgestellten Gebilden;
  - b) Minderjährige<sup>3)</sup>, diese jedoch nur, wenn sie das 16. Lebensjahr nicht vollendet haben; anderenfalls sind sie im Versicherungsprozeß selbständig prozeßfähig, §§ 1650, 1658, 1679, 1698, 1701 RVO., 229, 274, 291 AVG<sup>4)</sup>;
  - c) Entmündigte und unter vorläufiger Vormundschaft Stehende;
  - d) Personen in einem nicht nur vorübergehenden die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit.
3. Die prozeßunfähigen Personen werden im Versicherungsprozeß durch ihren gesetzlichen Vertreter vertreten. Wer im einzelnen Falle der gesetzliche Vertreter ist (elterlicher Gewalthaber, Vormund, Pfleger, Vorstand, Beamter), bestimmt sich nach bürgerlichem Recht. Für nicht prozeßfähige Parteien ohne gesetzlichen Vertreter hat die entscheidende Behörde bzw. der Vorsitzende der kollegialischen Abteilung, welcher die Entscheidung obliegt, die Stellung eines gesetzlichen Vertreters zu veranlassen und kann bis zum Eintritt desselben der Partei für das Verfahren einen besonderen Vertreter bestellen. Die nicht prozeßfähige Partei ist jedoch auf ihr Verlangen stets auch selbst zu hören, §§ 18, 60 VAO., 15, 40 OVAO<sup>5)</sup>. Erklärungen einer nicht prozeßfähigen

<sup>1)</sup> Die Prozeßfähigkeit entspricht also der Handlungsfähigkeit des materiellen Rechtes.

<sup>2)</sup> Ausländer, die nach ausländischem Recht prozeßunfähig, nach inländischem Recht dagegen prozeßfähig sind, sind im Versicherungsprozeß prozeßfähig.

<sup>3)</sup> Eine Ausnahme bildet § 112 BGB. (selbständiger Betrieb eines Erwerbsgeschäfts), nicht aber § 113 BGB., der nur das Verhältnis zum Dienstherrn zum Gegenstande hat, soweit der Streit nicht gerade in einem solchen Verhältnis seine Grundlage hat, wie z. B. bei Streit zwischen dem Dienstboten und dem Dienstherrn wegen Erstattung oder Anrechnung von Beiträgen.

<sup>4)</sup> Neben den über 16 Jahre alten Minderjährigen kann jedoch auch ihr gesetzlicher Vertreter Prozeßhandlungen wirksam vornehmen.

<sup>5)</sup> Für die Angestelltenversicherung fehlen hierüber noch entsprechende Vorschriften; sie werden in den Verordnungen über das Verfahren zu erlassen sein.

Partei werden durch nachträgliche Genehmigung ihres gesetzlichen Vertreters wirksam.

### § 3.

#### Sachlegitimation.

##### a) Begriff.

Die Sachlegitimation ist die Befugnis einer Partei, über ein Recht im Prozeß zu verfügen<sup>1)</sup>, die Berechtigung, ein Recht als rechte Partei geltend zu machen. Die Eigenschaft als rechte Partei heißt Aktivlegitimation, die Eigenschaft als rechte Gegenpartei Passivlegitimation.

##### b) Legitimiert ist regelmäßig der Inhaber des streitigen Rechtes bzw. der streitigen Verpflichtung. Um Fragen der Sachlegitimation handelt es sich daher vor allem bei Streit darüber, wer Inhaber eines Rechtes oder einer Verpflichtung ist, wenn z. B. ein Recht von dem ursprünglichen Inhaber auf einen anderen kraft Gesetzes übergegangen oder rechtsgeschäftlich übertragen oder vererbt ist, oder wenn Zweifel darüber bestehen, welcher von verschiedenen Versicherungsträgern entschädigungspflichtig ist. Der Inhaber des Rechts oder der Verpflichtung muß aber auch zur Verfügung befugt sein, und zwar darf ihm die Verfügungsbefugnis weder entzogen, noch darf er darin beschränkt sein. Da die hauptsächlichsten Verfügungsbeschränkungen, vor allem die Konkursöffnung, in dessen nur solche Rechte erfassen, die der Zwangsvollstreckung unterliegen, so werden die versicherungsrechtlichen Ansprüche von solchen Beschränkungen meist nicht betroffen, sodaß der jeweilige Inhaber eines versicherungsrechtlichen Rechtes oder Anspruchs regelmäßig auch zur Geltendmachung desselben im Prozeß legitimiert ist.

## Kapitel II.

### Mehrheit von Personen als Partei.

Als Partei können nicht nur Einzelpersonen, sondern auch Personenmehrheiten auftreten. Sind auf Seiten einer Partei mehrere Personen beteiligt, so kann die Beteiligung für alle eine gleichartige, den Ausgang des Streitverfahrens unmittelbar berührende sein; dann sind die beteiligten Personen sämtlich als Hauptpartei anzusehen (§ 1). Oder aber die Beteiligung kann sich darauf beschränken, daß lediglich die Unterstützung einer Partei durch einen Dritten stattfindet, weil das Obsiegen oder Unterliegen dieser Partei für den Dritten von rechtlichen Folgen begleitet ist; solche die Hauptpartei lediglich unterstützende Dritte werden als Nebenpartei bezeichnet (§ 2).

<sup>1)</sup> Die Sachlegitimation entspricht der Verfügungsbefugnis des materiellen Rechts. Sie ist im Gegensatz zur Parteifähigkeit und Prozeßfähigkeit keine rechtliche Fähigkeit (Können), sondern eine Befugnis (Dürfen).

## § 1.

**Hauptparteien.****1. Zulässigkeit.**

Eine Beteiligung mehrerer Personen an der gleichen Streitsache auf derselben Seite als Hauptpartei („Streitgenossenschaft“) ist zulässig, wenn entweder mehrere in Ansehung des Gegenstandes der Streitsache in Rechtsgemeinschaft stehen (z. B. als Mitberechtigte ein allen gemeinsames Recht verfolgen), oder wenn der Gegenstand der Streitsache auf dem gleichen, einem gleichartigen oder doch im wesentlichen gleichartigen rechtlichen und tatsächlichen Grunde beruht (z. B. Entschädigung mehrerer bei dem gleichen Betriebsunfall verletzter Personen oder mehrerer Hinterbliebener).

**2. Arten.**

Die Streitgenossenschaft ist wie im Zivilprozeß entweder eine freiwillige oder eine notwendige.

- a) Bei der freiwilligen Streitgenossenschaft liegt lediglich eine äußerliche Verbindung mehrerer Streitsachen vor. Die Prozeßhandlungen und Erklärungen, z. B. die Einlegung von Rechtsmitteln, wirken daher lediglich für und wider denjenigen Streitgenossen, welcher sie vornimmt, abgibt oder entgegennimmt, und die Entscheidung kann den einzelnen Streitgenossen gegenüber in verschiedener Weise ausfallen<sup>1)</sup>.
- b) Eine notwendige Streitgenossenschaft liegt dagegen vor, wenn das Rechtsverhältnis allen Beteiligten gegenüber nur einheitlich festgestellt werden kann, z. B. im Falle eines Streites über die auf einen gemeinsamen Höchstbetrag begrenzten Unfallentschädigungsansprüche der hinterbliebenen Witwe und Kinder (vgl. oben S. 331). Hier gelten bei Versäumung eines Termins oder einer Frist die Säumigen durch die Nichtsäumigen als vertreten.

**3. Entstehung.**

Eine Streitgenossenschaft kann in dreifacher Weise entstehen:

- a) Einmal können von vornherein die verschiedenen Streitgenossen gemeinsam vorgehen oder gemeinsam angegriffen werden.
- b) Ferner kann eine Person, die als Streitgenosse aufzutreten berechtigt ist, sich einem bereits anhängigen Verfahren anschließen. In diesem Falle tritt sie ihrerseits in demjenigen Abschnitt in das Verfahren ein, in welchem es sich für die bisher am Verfahren beteiligten Streitgenossen befindet, also z. B. in einer höheren Instanz.
- c) Endlich ist in der Arbeiterversicherung eine Beiladung bisher als Partei nichtbeteiligter Versicherungsträger mit der Wirkung zulässig, daß der beigeladene Versicherungsträger mit allen Rechten und Pflichten einer Hauptpartei in den Prozeß eintritt. Die Bei-

<sup>1)</sup> Wenn z. B. bei gemeinsamer Klage mehrerer Verwandter aufsteigender Linie auf Unfallentschädigung bei dem einen die Bedürftigkeit bejaht, bei dem anderen verneint wird.

ladung besteht darin, daß die Gerichtsbehörde von Amts wegen oder auf Antrag eines Beteiligten dem Dritten unter Mitteilung der Sachlage Gelegenheit gibt, sich innerhalb einer bestimmten Frist zu äußern und an der Verhandlung teilzunehmen<sup>1)</sup>. Hierdurch soll ermöglicht werden, in dem schwebenden Streitverfahren eine erschöpfende Erörterung und Entscheidung der Streitsache herbeizuführen.

Für das Verfahren vor dem Versicherungsamt ist eine solche Beiladung allgemein zugelassen, §§ 1652, 1771, 1789 RVO., 24 VAO., für das Verfahren vor dem Oberversicherungsamt und dem Reichsversicherungsamt dagegen nur hinsichtlich der Träger der Unfallversicherung, §§ 1687, 1703, 1737, 1771, 1789 RVO. Hierbei kann das Reichsversicherungsamt bzw. ein Landesversicherungsamt einen Träger der Unfallversicherung selbst dann zur Leistung einer Entschädigung verurteilen, wenn ein Anspruch gegen ihn bereits rechtskräftig abgelehnt war, §§ 1703, 1737, 1741 RVO. (vgl. unten S. 455).

## § 2.

### Nebenparteien.

Als Nebenparteien kommen solche Dritte in Betracht, die am Ausgange des Verfahrens ein berechtigtes Interesse haben<sup>2)</sup>. Sie können entweder aus eigenem Antriebe dem Verfahren „beitreten“ oder aber von der Gerichtsbehörde von Amts wegen oder auf Antrag eines Beteiligten „zugezogen“ werden. Sie werden von dem Gange des Verfahrens in Kenntnis gesetzt und sind berechtigt, Ausführungen zu machen und Anträge zu stellen. Ihre Rechtsstellung wird jedoch dadurch begrenzt, daß sie lediglich auf eine Unterstützung einer der Hauptparteien beschränkt sind, daher unmittelbar nur für diese, nicht aber für sich selbst das Verfahren betreiben können und in der Entscheidung selbst nichts zuerkannt oder aberkannt erhalten. Darum können sie die Tätigkeit der Hauptpartei zwar ergänzen, nicht aber im Widerspruch mit ihr und gegen ihren Willen Prozeßhandlungen vornehmen, §§ 23 VAO., 18 OVAO.

## Kapitel III.

### Gehilfen der Partei.

Die Parteien sind berechtigt, jede Streitsache in allen Instanzen in eigener Person zu führen<sup>3)</sup>. Im Gegensatz zum Zivilprozeß gibt es also im Versicherungsprozeß keine besondere Verhandlungs-(Postulations-)fähigkeit und keinen Anwaltszwang. Die Parteien sind aber ledig-

<sup>1)</sup> Vgl. auch § 23 RVAO.

<sup>2)</sup> Ihre Stellung entspricht vielfach den Nebenintervenienten im Zivilprozeß. Eine Streitverkündung kann nur in der Form eines Antrags an die Gerichtsbehörde auf Zuziehung bzw. Beiladung erfolgen.

<sup>3)</sup> Jedoch hat, wer nicht im Inlande wohnt, auf Verlangen einen „Zustellungsbevollmächtigten“ zu ernennen, der zur Entgegennahme von Schriftstücken ermächtigt ist, §§ 136 RVO., 336 AVG.

lich berechtigt, nicht verpflichtet, die Streitsache in eigener Person zu führen<sup>1)</sup>. Sie können sich vielmehr hierzu auch bestimmter Gehilfen bedienen, §§ 1662, 1679, 1698, 1701, 1771 RVO., 256, 274, 291 AVG.

Die Parteien können solchen Gehilfen entweder die Befugnis übertragen, an ihrer Stelle als ihre Vertreter selbständig die Streitsache zu führen; dann heißen sie Bevollmächtigte (§ 1). Oder aber die Gehilfen dürfen lediglich neben der Partei zu ihrer Unterstützung und Ergänzung ihres eigenen Vorbringens tätig sein; dann heißen sie Beistände (§ 2).

## § 1.

### Bevollmächtigte.

#### a) Fähigkeit.

Bevollmächtigte können nicht nur Rechtsanwälte<sup>2)</sup>, sondern alle prozeßfähigen Personen sein; jedoch können solche Personen als Prozeßbevollmächtigte von den Gerichtsbehörden zurückgewiesen werden, die das Verhandeln vor Behörden geschäftsmäßig betreiben<sup>3)</sup>. Eine Zurückweisung ist aber in der gesamten sozialen Versicherung unzulässig gegenüber Rechtsanwälten und den von der Justizverwaltung zugelassenen „Prozeßagenten“

<sup>1)</sup> Auch wenn das persönliche Erscheinen einer Partei von der Gerichtsbehörde angeordnet ist, besteht keine Verpflichtung zum Erscheinen; doch können aus dem Nichterscheinen dann ungünstige Schlüsse gezogen werden, §§ 26 VAO., 24 OVAO., 25 RVAO.

<sup>2)</sup> Rechtsanwälte werden nicht an einer bestimmten Versicherungsbehörde zugelassen, sondern können vor allen Gerichtsbehörden der sozialen Versicherung auftreten. Ihr Verhältnis zum Mandanten richtet sich nach den gleichen Grundsätzen wie im ordentlichen Prozeß, jedoch regelt sich der Umfang ihrer Vertretungsmacht nach dem Umfang der in jedem einzelnen Fall erteilten Vollmacht (vgl. oben zu c).

Die Höhe der Gebühren der Rechtsanwälte im Verfahren vor den Versicherungsämtern, Oberversicherungsämtern und dem Reichsversicherungsamt bestimmt sich nach der Kaiserlichen Verordnung vom 24. Dezember 1911 (RGBl. S. 1094), im Verfahren vor den Landesversicherungsämtern nach besonderen von der Landesregierung zu erlassenden Gebührenordnungen. Vereinbarungen über höhere Beträge, als die Gebührenordnung vorsieht, sind nichtig, §§ 1804, 1805. Die Kaiserliche Verordnung sieht als Vergütung für die Tätigkeit eines Rechtsanwalts vor: Im Verfahren vor einem Versicherungsamt 3—30 M., vor einem Oberversicherungsamt 3—50 M., vor dem Reichsversicherungsamt 5—100 M. Bei Verbindung mehrerer Streitfälle zu gemeinsamer Verhandlung und Entscheidung wird die Vergütung für eine Instanz nur einmal gewährt. Für die Teilnahme an Beweisverhandlungen außerhalb des Sitzes der Versicherungsbehörden kann außerdem eine angemessene Entschädigung zubilligt werden. Dagegen werden sonstige Auslagen (Reisen, Schreibgebühren usw.) nicht erstattet, sondern lediglich bei Festsetzung der Gebühren innerhalb des angegebenen Rahmens berücksichtigt.

Für die Angestelltenversicherung fehlt es an gesetzlichen Vorschriften über die Gebühren der Rechtsanwälte; hierüber werden die Verordnungen über das Verfahren Bestimmungen zu treffen haben.

<sup>3)</sup> Wird bei der Verhandlung ein Bevollmächtigter zurückgewiesen, ohne daß es dem Beteiligten vorher rechtzeitig angedroht ist, so ist, falls der Beteiligte nicht erschienen ist oder falls er es bei seinem Erscheinen auf Befragen beantragt, die Verhandlung auszusetzen und eine neue Verhandlungszeit anzuberaumen; §§ 43 VAO., 26, 42 OVAO.

- (§ 157 der Zivilprozeßordnung), in der Arbeiterversicherung auch gegenüber solchen Personen, die zur geschäftsmäßigen Rechtsvertretung vor den Versicherungsbehörden zugelassen<sup>1)</sup> sind, §§ 1663, 1679, 1698, 1701, 1771 RVO., 19 VAO., 257, 274, 291 AVG.
- b) Die Prozeßbevollmächtigten bedürfen einer schriftlichen Vollmacht<sup>2)</sup> 3). Nur Ehegatten, Verwandte oder Verschwägerter der aufsteigenden Linie und volljährige Verwandte oder Verschwägerter der absteigenden Linie können auch ohne den Nachweis einer Vollmacht zugelassen werden. Das Gleiche gilt für Rechtsanwälte, Prozeßagenten und zugelassene Personen; indessen ist ihnen die Nachbringung einer schriftlichen Vollmacht aufzugeben<sup>4)</sup>, §§ 19 VAO., 14 OVAO., 24 RVAO. Die Vollmacht ist von Amts wegen zu prüfen, §§ 17 VAO., 14 OVAO<sup>5)</sup>. Ein Recht des Gegners, Beglaubigung der Vollmacht zu verlangen, besteht nicht.
- c) Der Umfang der Vertretungsmacht ist im Gegensatz zur Prozeßvollmacht des Zivilprozesses nicht gesetzlich bestimmt, sondern richtet sich nach dem Inhalt der in jedem einzelnen Fall erteilten Vollmacht. Doch ermächtigt die Vollmacht im Zweifel auch zur Bestellung eines Unterbevollmächtigten sowie zum Abschluß von Vergleichen. Die Gerichtsbehörden sind befugt, mit den Bevollmächtigten solange zu verhandeln, bis das Erlöschen oder die Kündigung der Vollmacht zu den Akten angezeigt ist.

Die Erklärungen des Bevollmächtigten gelten als Erklärungen der Partei. Die Zustellung von Schriftstücken hat, wenn ein Bevollmächtigter bestellt ist, an diesen zu erfolgen, §§ 38 VAO., 24, 42 OVAO.; Zustellungen an die Partei selbst sind in diesem Falle ohne rechtliche Wirkung.

## § 2.

### Beistände.

Als Beistände können ebenfalls alle prozeßfähigen Personen auftreten. Hinsichtlich ihrer Zurückweisung gilt das gleiche wie für die Prozeßbevollmächtigten.

<sup>1)</sup> Über einen Antrag auf Zulassung vor einem Versicherungsamt oder Oberversicherungsamt entscheidet das letztere, auf Beschwerde die oberste Verwaltungsbehörde, vor dem Reichsversicherungsamt oder einem Landesversicherungsamt dieses. Die Zulassung darf nur aus wichtigem Grunde versagt werden, ferner nicht aus Gründen, die sich auf die religiöse oder politische Betätigung des Antragstellers stützen, §§ 1663 Abs. III u. IV, 1714 RVO.

Das AVG. kennt eine besondere Zulassung vor den Behörden der Angestelltenversicherung nicht.

<sup>2)</sup> Beglaubigung des Handzeichens durch eine öffentliche Behörde ersetzt die Schriftform.

<sup>3)</sup> Jedoch muß die Partei die Prozeßführung gegen sich gelten lassen, wenn sie auch nur mündlich Vollmacht erteilt oder wenn sie die Prozeßführung ausdrücklich oder stillschweigend genehmigt hat, §§ 14 OVAO., 19 VAO.

<sup>4)</sup> In der Angestelltenversicherung werden die Verordnungen über das Verfahren hierüber Bestimmungen zu treffen haben.

<sup>5)</sup> Die Vollmachten sind stempelfrei, §§ 138 RVO., 338 AVG.



Die Beistände sind neben der Partei auf deren Verlangen zu hören, § 16 VAO. Die Partei ist jedoch berechtigt, das von dem Beistand Vorgetragene zu berichtigen oder zu widerrufen.

### Dritter Abschnitt.

## Verfahren.

Die Vorschriften über den Gang des Verfahrens<sup>1)</sup> lassen sich in fünf Gruppen zerlegen:

Jede Streitsache des sozialen Versicherungsrechts wird zunächst von einer Behörde zum erstenmal („in unterster Instanz“) geprüft und entschieden (Kapitel II). Ist eine Partei mit dieser Entscheidung nicht zufrieden, so darf sie die Entscheidung regelmäßig durch ein „Rechtsmittel“ anfechten und dadurch die Entscheidung einer „höheren Instanz“ anrufen (Kapitel III). Mit einer Erschöpfung der zulässigen Rechtsmittel ist die Streitsache erledigt. Nur in Ausnahmefällen gibt es gegenüber Entscheidungen, die mit Rechtsmitteln nicht mehr angegriffen werden können, durch „Wiederaufnahme des Verfahrens“ einen weiteren Rechtsbehelf (Kapitel IV). Die regelmäßigen Verfahrensvorschriften gelten nicht ausnahmslos für alle Streitsachen des sozialen Versicherungsrechts, vielmehr sind für einzelne Fälle „besondere Arten des Verfahrens“ vorgesehen (Kapitel V). Sind die erhobenen Ansprüche in einem ordentlichen oder außerordentlichen Verfahren durch unanfechtbare Entscheidung festgestellt, so werden sie, falls sie nicht freiwillig befriedigt werden, im Wege der „Zwangsvollstreckung“ zur Durchsetzung gebracht (Kapitel VI).

Dieser fünffachen Gliederung des Verfahrens werden in Kapitel I die allgemeinen Grundsätze des Verfahrens vorausgeschickt.

### Kapitel I.

## Allgemeine Grundsätze des Verfahrens.

Der Versicherungsprozeß wird durch zwei allgemeine Grundsätze beherrscht:

Einmal durch den Grundsatz der Erforschung der materiellen Wahrheit: Im Versicherungsprozeß handelt es sich um öffentlich-rechtliche Rechte und Pflichten, deren Verwirklichung im öffentlichen Interesse liegt. Die Gerichtsbehörden haben daher alles zu tun, um dieses Ziel durch Erforschung und Aufklärung des Sachverhalts zu erreichen oder ihm nahezukommen (§ 1).

Der zweite Grundsatz des Versicherungsprozesses läßt sich als der Grundsatz der Vertrauenswürdigkeit des Verfahrens bezeichnen:

<sup>1)</sup> Ein zur Zeit des Inkrafttretens des neuen Rechts bereits anhängiges Verfahren ist regelmäßig nach den Vorschriften des bisherigen Rechtes zu erledigen, Art. 85.

Die am Versicherungsprozeß beteiligten Parteien sind meist wenig geschäftsgewandte Leute; damit sie den Gang des Verfahrens zu übersehen vermögen und Zutrauen zu der Rechtsprechung gewinnen, bedarf es daher einerseits möglicher Einfachheit und Durchsichtigkeit unter Verzicht auf alle nicht unbedingt erforderlichen Formvorschriften, andererseits der Vermeidung alles Dunkelen und Geheimnisvollen, das eine Nachprüfung des Verfahrens durch die Partei erschweren und zu Mißtrauen Anlaß geben könnte (§ 2).

§ 1.

**Der Grundsatz der Erforschung der materiellen Wahrheit.**

Der Erforschung der materiellen Wahrheit dienen drei Grundsätze:

- I. Der Grundsatz des Amts-(Offizial-)Betriebs;
  - II. der Grundsatz der Untersuchungs-(Inquisitions-)Maxime;
  - III. der Grundsatz der freien Beweiswürdigung.
- Zu I. Der Amtsbetrieb bildet den Gegensatz zum Parteibetrieb. Während bei dem Parteibetrieb, wie er im Zivilprozeß für das Verfahren vor den Landgerichten und den Gerichten höherer Instanz vorgeschrieben ist, der Prozeßbetrieb durch die Parteien erfolgt, wird im Versicherungsprozeß in Übereinstimmung mit dem Strafprozeß der Prozeß durch die Gerichtsbehörden von Amts wegen betrieben. Die Gerichtsbehörde ibernimmt, ohne daß es eines besonderen Antrags durch die Partei bedarf, von sich aus Termin an, die Gerichtsbehörde und nicht die Partei erläßt die Ladungen zu diesem Termin, sie nimmt selbständig alle Maßnahmen vor, die sie im Interesse des Fortganges des Verfahrens für zweckmäßig hält, und stellt die ergangene Entscheidung den Parteien zu.
- Zu II. Die Untersuchungsmaxime bildet den Gegensatz zur Verhandlungsmaxime.

Nach der Verhandlungsmaxime, die den Zivilprozeß beherrscht, unterliegt die Beschaffung und Begrenzung des Prozeßstoffes dem Willen der Partei. Der Richter schöpft seine Kenntnis des Sachverhalts lediglich aus dem Vorbringen der Parteien und ist für die Beurteilung des Falles auf diejenigen Tatsachen beschränkt, welche die Parteien ihm vortragen (*quod non est in actis, non est in mundo*).

Nach der Untersuchungsmaxime dagegen, die den Versicherungsprozeß in Übereinstimmung mit dem Strafprozeß beherrscht, hat die Gerichtsbehörde den Sachverhalt von Amts wegen aufzuklären. Sie hat zu diesem Zwecke alle diejenigen Maßnahmen, insbesondere Beweiserhebungen, vorzunehmen, die sie zur Aufklärung des Sachverhalts für erforderlich hält. Sie hat dies nach eigenem Ermessen ohne Rücksicht darauf zu tun, ob diese Maßnahmen dem Willen auch nur einer der beiden Parteien entsprechen, und braucht andererseits eine von einer

Partei beantragte Maßnahme nicht vorzunehmen, wenn sie diese Maßnahme zur Aufklärung des Sachverhalts nicht für erforderlich hält, §§ 1652 RVO., 24 VAO., 241 AVG.

Daher gilt für den Versicherungsprozeß nicht der Grundsatz des Zivilprozesses, daß das Geständnis einer Partei bezüglich einer Tatsache für den Richter bindende Kraft hat, vielmehr ist die Gerichtsbehörde, falls an der Richtigkeit der zugestandenem Tatsache Zweifel bestehen, berechtigt und verpflichtet, diese Zweifel aufzuklären. Damit entfällt zugleich das im Zivilprozeß vorgesehene Versäumnisverfahren gegen einen nicht erschienenen Beklagten. In solchem Falle gelten nicht, wie im Zivilprozeß, die vom Kläger vorgebrachten Tatsachen als vom Beklagten zugestanden, vielmehr hat auch im Falle des Ausbleibens des Beklagten die Gerichtsbehörde von Amts wegen die Richtigkeit aller für die Entscheidung erheblichen Tatsachen nachzuprüfen. Das gleiche gilt, wenn der Kläger den Termin versäumt. Endlich ist selbst das Anerkenntnis einer Partei bezüglich einer Verpflichtung für die Gerichtsbehörde nicht unter allen Umständen bindend.

Der Grundsatz der Untersuchungsmaxime erleidet indessen eine dreifache Beschränkung:

- A. Einmal entscheidet die Gerichtsbehörde lediglich innerhalb der erhobenen Ansprüche, §§ 31 VAO., 33 OVAO., 31 RVAO. Sie darf höchstens soviel, niemals mehr zusprechen, als die Partei beantragt.
- B. Andererseits besteht das Verbot der sogen. *reformatio in peius*. Darunter versteht man den Grundsatz, daß eine Partei auf Grund eines von ihr selbst eingelegten Rechtsmittels gegen die Entscheidung einer früheren Instanz von der höheren Instanz niemals weniger zugesprochen erhalten darf als auf Grund der angefochtenen Entscheidung, auch wenn sich in der höheren Instanz herausstellt, daß das angefochtene Urteil der anfechtenden Partei zuviel und nicht zuwenig zugesprochen hat.
- C. Endlich sind die Parteien berechtigt, die Streitsache selbständig durch einen Vergleich zu erledigen, §§ 1666, 1679, 1698, 1701, 1771 RVO., ohne daß die Gerichtsbehörde befugt ist, falls sie den Inhalt des Vergleichs für dem materiellen Rechte widersprechend ansieht, den Abschluß des Vergleichs zu verhindern oder eine von dem Inhalte des Vergleichs abweichende Entscheidung zu treffen <sup>1)</sup> <sup>2)</sup>.

<sup>1)</sup> Natürlich kann sie von dem Vergleich abraten.

<sup>2)</sup> Freilich kann ein solcher Vergleich nur das Rechtsverhältnis erledigen, welches den unmittelbaren Gegenstand der Streitsache bildet, nicht aber auch andere, erst künftigher entstehende Rechte und Ansprüche umfassen. Unzulässig ist also z. B. ein Vergleich über Beschränkung einer Unfallrente auf eine bestimmte Höhe ohne Rücksicht auf eine etwaige Besserung oder Ver-

Zu III. Die freie Beweiswürdigung steht im Gegensatz zu gesetzlichen Beweisregeln. Sie bedeutet, daß das Gericht nach freiem Ermessen zu entscheiden hat, §§ 31 VAO., 33 OVAO., 31 RVAO., d. h. lediglich nach seiner auf Grund der Verhandlung und einer etwaigen Beweisaufnahme geschöpften freien Überzeugung. Während im Zivilprozeß hinsichtlich der Bewertung öffentlicher Urkunden und eines von einer Partei geleisteten oder verweigerten Eides noch einzelne gesetzliche Beweisregeln gelten, herrscht im Versicherungsprozeß wie im Strafprozeß der Grundsatz der freien Beweiswürdigung im weitesten Umfange. Das Gericht kann nach seiner Überzeugung, die sich freilich auf sachliche Gründe und nicht auf Willkür stützen muß, der einen oder der anderen Partei Glauben schenken, eine Urkunde für echt oder unecht, einen Zeugen für glaubwürdig oder unglaubwürdig halten. Einen Parteieid gibt es im Gegensatz zum Zivilprozeß im Versicherungsprozeß nicht.

Nur in wenigen Ausnahmefällen durchbrechen einzelne gesetzliche Beweisregeln den Grundsatz der freien Beweiswürdigung, so, wenn nach § 210 AVG. die in Beitragsstreitigkeiten der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung ergehende Feststellung der Gerichtsbehörden der Arbeiterversicherung bzw. der Angestelltenversicherung darüber, daß eine Person der Arbeiterversicherung bzw. der Angestelltenversicherung untersteht, für die Gerichtsbehörden der anderen Versicherung „bindend“ ist, so, wenn im Falle des § 217 Abs. II RVO. das Gutachten des Arztes, über den sich die Beteiligten einigen, oder des beamteten Arztes für „maßgebend“ erklärt wird, oder wenn in der Unfallversicherung aus einer unbegründeten Weigerung eines Entschädigungsberechtigten, bestimmten Anordnungen der Berufsgenossenschaft Folge zu leisten, von dieser der für den Berechtigten nach Lage der Sache mögliche ungünstigste Schluß gezogen werden darf (vgl. oben S. 335) und die Gerichtsbehörden einer solchen Auffassung der Berufsgenossenschaft folgen müssen, auch wenn sie diese Auffassung nicht für zutreffend (jedoch nach Lage der Sache für möglich) halten<sup>1)</sup>.

Die freie Beweiswürdigung ist für den Versicherungsprozeß noch durch einen Grundsatz erweitert, durch den sich der Versicherungsprozeß sowohl vom Zivilprozeß wie vom Strafprozeß wesentlich unterscheidet, nämlich durch den Grundsatz, daß es im Versicherungsprozeß eine Beweislast nicht gibt. Während im Zivilprozeß jede Partei diejenigen Tatsachen, auf die sich ihr Anspruch gründet, im Falle des Bestreitens

---

schlimmerung der Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit des Rentenempfängers. Vielmehr kann ein Vergleich nur über die Höhe der Rente unter Berücksichtigung des augenblicklichen Grades der Beeinträchtigung geschlossen werden.

<sup>1)</sup> Über eine weitere Einschränkung des freien Ermessens vgl. § 1704 RVO.

durch die Gegenpartei zu beweisen hat, während im Strafprozeß dem Angeklagten seine Schuld nachgewiesen werden muß, fehlt es im Versicherungsprozeß an jeder Verteilung der Beweislast. Das Gericht hat vielmehr von Amts wegen alle Beweise zu erheben und nach seinem Ermessen zu würdigen. Und da in vielen Fällen ein strikter Beweis überhaupt nicht möglich ist, insbesondere wenn es sich um die Frage des ursächlichen Zusammenhanges zwischen einem Unfall und einer bei dem Verletzten bestehenden krankhaften Erscheinung handelt, so tritt an die Stelle des Beweises einer Tatsache ihre überwiegende Wahrscheinlichkeit: Wenn die gesamte Verhandlung dem Richter die Überzeugung beibringt, daß für die eine oder andere Alternative die überwiegende Wahrscheinlichkeit spricht (nicht dagegen die bloße Möglichkeit), so darf das Gericht auch hierauf seine Entscheidung stützen.

Auch von dem Grundsatz, daß keiner Partei eine Beweislast obliegt, gibt es vereinzelte, indessen wenig bedeutsame Ausnahmen. So bedarf es im Falle der §§ 1393 Nr. 3 RVO., 51 Nr. 3 AVG. der „nachweislichen“ Verhinderung der Fortsetzung der Berufstätigkeit, so muß nach § 1420 RVO. der Versicherte bei versäumtem Umtausche der Quittungskarte beweisen, daß die Anwartschaft erhalten ist, so wird in der Unfallversicherung verlangt, daß ein Verletzter, der wegen Änderung der Verhältnisse Erhöhung oder Wiedergewährung seiner Rente verlangt, die einen solchen Anspruch begründenden Tatsachen glaubhaft machen muß, damit das Verfahren eingeleitet werde; ist dies freilich geschehen, so liegt wiederum dem Verletzten die Beweislast nicht mehr ob.<sup>1)</sup>

## § 2.

### Der Grundsatz der Vertrauenswürdigkeit.

Dem Zwecke, das Verfahren derartig auszugestalten, daß die Beteiligten, auch wenn sie geschäftsunkundig sind, Vertrauen zu der Rechtsprechung gewinnen, dienen fünf Grundsätze:

- I. Der Grundsatz der Formfreiheit;
- II. der Grundsatz der Mündlichkeit;
- III. der Grundsatz der Unmittelbarkeit;
- IV. der Grundsatz der Öffentlichkeit;
- V. der Grundsatz der Kostenfreiheit.

Zu I. An Formen wird im Versicherungsprozeß grundsätzlich nur soviel verlangt, wie erforderlich ist, damit überhaupt ein geordnetes Verfahren stattfinden kann. Wo vereinzelte Formvorschriften bestehen, hat die Gerichtsbehörde von Amts wegen auf ihre Einhaltung oder Nachholung hinzuwirken. Eine

<sup>1)</sup> Vgl. auch § 1635 RVO.

Abweisung erhobener Ansprüche wegen Nichtbeobachtung lediglich prozessualer Formen, wie sie im Zivilprozeß häufig ist, findet dagegen im Versicherungsprozeß grundsätzlich nicht statt.

Zu II. Der Grundsatz der Mündlichkeit bedeutet nicht, daß im Versicherungsprozeß überhaupt nichts geschrieben wird, vielmehr geschieht die Vorbereitung jedes Verfahrens durch Schriftsätze, die Entscheidung ist in allen Fällen schriftlich abzusetzen, über den Gang der Verhandlung wird eine Niederschrift aufgenommen, und das Beschlußverfahren ist sogar, soweit nicht die Entscheidung vor einer kollegialischen Abteilung (Beschluß-Ausschuß, -Kammer, -Senat) stattfindet, ausschließlich schriftlich.

Der Grundsatz der Mündlichkeit bedeutet vielmehr lediglich, daß die Gerichtsbehörde nur auf Grund und nach Maßgabe der mündlichen Verhandlung entscheiden und daher einerseits nichts berücksichtigen darf, was bei der mündlichen Verhandlung nicht vorgetragen ist, auch wenn es in den Schriftsätzen steht, andererseits alles das berücksichtigen muß, was in der mündlichen Verhandlung vorgetragen ist, auch wenn es in den Schriftsätzen nicht enthalten war.

Der Grundsatz der Mündlichkeit beherrscht nicht das gesamte Streitverfahren, sondern lediglich die Verhandlung vor dem erkennenden Gericht, und zwar in Spruchsachen stets §§ 1660, 1679, 1698, 1701, 1771 RVO., 251, 274, 291 AVG.<sup>1)</sup>, in Beschlußsachen dagegen nur dann, wenn die Verhandlung vor der kollegialischen Abteilung stattfindet und der Vorsitzende die mündliche Verhandlung daselbst anordnet. Eine solche Anordnung muß im Verfahren vor den Oberversicherungsämtern und dem Reichsversicherungsamt ergehen, wenn die Kammer oder der Senat die mündliche Verhandlung beschließt, oder wenn ein Beteiligter die mündliche Verhandlung in bestimmten Angelegenheiten beantragt, die persönliche Verhältnisse der Mitglieder von Organen der Versicherungsträger, der gewählten Mitglieder der Versicherungsbehörden oder der Angestellten der Berufsgenossenschaften, insbesondere deren Disziplinarsachen, zum Gegenstande haben, §§ 61 VAO., 42 OVAO., 39 RVAO.<sup>2)</sup>.

Der mündliche Sachvortrag erfolgt durch ein Mitglied der Gerichtsbehörde selbst und wird gegebenenfalls durch die Parteien oder ihre Bevollmächtigten und Beistände ergänzt.

Zu III. Der Grundsatz der Unmittelbarkeit bedeutet, daß die Gerichtsbehörde sich die Kenntnis des Sachverhalts aus eigener

<sup>1)</sup> Die Vorentscheidungen des Vorsitzenden allein in der Krankenversicherung und seine Entscheidungen in der Angestelltenversicherung ergehen jedoch ohne mündliche Verhandlung, §§ 1657 RVO., 240 AVG.

<sup>2)</sup> Entsprechende Bestimmungen für die Angestelltenversicherung werden die Verordnungen über das Verfahren zu treffen haben.

unmittelbarer Wahrnehmung verschaffen muß. Zu diesem Zweck hat daher die Verhandlung sowie die Beweisaufnahme unmittelbar vor dem zur Entscheidung berufenen Gerichte stattzufinden. Dieser Grundsatz ist indessen für den Versicherungsprozeß hinsichtlich der Beweisaufnahme nur soweit durchgeführt, als die Beweisaufnahme vor der Gerichtsbehörde selbst nicht erheblichen Schwierigkeiten unterliegt, insbesondere wegen großer Entfernung des Aufenthalts der zu vernehmenden Personen von dem Sitze der Gerichtsbehörde. In diesem Falle kann das Gericht die erforderlichen Maßnahmen im Wege der Rechtshilfe auch durch andere Behörden oder Organe der Versicherungsträger vornehmen lassen (vgl. §§ 1652 RVO., 241 AVG. und oben S. 397).

- Zu IV. Der Grundsatz der Öffentlichkeit bedeutet, daß jedermann, nicht nur die Beteiligten, zu den Gerichtssitzungen freien Zutritt hat. Er gilt für die mündliche Verhandlung im Spruchverfahren, nicht dagegen im Beschlußverfahren, §§ 1660, 1790 RVO., 255 AVG. Hierbei beschränkt sich jedoch die Öffentlichkeit nur auf die eigentliche Verhandlung vor dem entscheidenden Gerichte. Nicht öffentlich sind dagegen Verhandlungen außerhalb der Sitzung, insbesondere Beweiserhebungen, § 57 VAO., nicht öffentlich ist ferner die Beratung und Abstimmung, §§ 50 VAO., 34 OVAO., 30 RVAO.

Die Öffentlichkeit kann ausnahmsweise ausgeschlossen werden, und zwar aus Gründen des öffentlichen Wohles oder der Sittlichkeit. Die Verhandlung über die Ausschließung der Öffentlichkeit findet in diesem Fall in nichtöffentlicher Sitzung statt, falls einer der Beteiligten es beantragt oder das Gericht es für angemessen erachtet. Doch muß der Beschluß, welcher die Öffentlichkeit ausschließt, stets öffentlich verkündet und es muß bei der Verkündung angegeben werden, ob die Ausschließung aus Gründen des öffentlichen Wohles oder der Sittlichkeit erfolgt. Die Entscheidung selbst ist öffentlich zu verkünden, auch wenn die Öffentlichkeit der Verhandlung ausgeschlossen war. Doch kann für die Verkündung der Urteilsgründe die Öffentlichkeit durch einen besonderen Beschluß ausgeschlossen werden, §§ 1660, 1671 RVO., 255, 262 AVG., 51, 56 VAO., 27 OVAO., 33 RVAO.

- Zu V. Hinsichtlich der Kosten des Verfahrens ist zwischen gerichtlichen und außergerichtlichen Kosten zu unterscheiden.
- A. Gerichtliche Gebühren werden regelmäßig nicht erhoben, §§ 1803 RVO., 312 AVG. Eine Ausnahme von diesem Grundsatz besteht lediglich in zwei Fällen:
1. Im Spruchverfahren der Krankenversicherung legt das Oberversicherungsamt dem unterliegenden Teil eine Gebühr auf, die für je 100 M des Streitgegenstandes 2 M,

- jedoch nicht über 20 M, beträgt und einerseits auf die Hälfte ermäßigt werden kann, wenn die Streitsache durch Anerkenntnis, Verzicht oder Vergleich erledigt ist, andererseits auf den doppelten Betrag, jedoch nicht über 20 M, erhöht werden kann, wenn eine Beweisaufnahme stattgefunden hat oder sonst umfangreiche Erhebungen oder Verhandlungen notwendig waren, § 47 OVAO.
2. Bei allen Streitsachen des sozialen Versicherungsrechts können einem Beteiligten solche Kosten auferlegt werden, die er durch Mutwillen, Verschleppung oder Irreführung veranlaßt hat, §§ 1802 RVO., 311 AVG.
- B. Außergerichtliche Kosten (d. s. insbesondere etwaige Ausgaben der Parteien für Anfertigung von Schriftsätzen, Porti, Reisekosten zum Termin und Anwaltskosten<sup>1)</sup>) hat die unterliegende Partei der anderen Partei insoweit zu erstatten, als dies nach Lage der Sache angemessen erscheint. Ob und in welchem Umfange dies der Fall ist, wird in jeder Streitsache von Amtswegen geprüft und in der Entscheidung festgesetzt, §§ 1670 RVO., 35 VAO., 44–45 OVAO., 40 RVAO.<sup>2)</sup>.

## Kapitel II.

### Verfahren in erster Instanz.

Das Verfahren in erster Instanz ist im wesentlichen dasselbe in Spruch- wie in Beschlusssachen, soweit sich nicht daraus Abweichungen ergeben, daß eine mündliche Verhandlung im Spruchverfahren regelmäßig, im Beschlusverfahren dagegen nur in Ausnahmefällen stattfindet (vgl. oben S. 437). Die Entscheidungen ergehen nur insoweit im Spruchverfahren, als das Gesetz dies vorschreibt, mangels einer ausdrücklichen Vorschrift dagegen stets im Beschlusverfahren, § 1780 RVO.<sup>3)</sup>.

Jedes Verfahren bedarf zunächst einer Einleitung und Vorbereitung durch die Parteien, welche regelmäßig durch Schriftsätze (Klage, Beschwerde, Antrag) das Verfahren zunächst anregen („anhängig machen“) und die erforderlichen Grundlagen beschaffen (§ 1). Soweit hierdurch der Sachverhalt noch nicht geklärt ist, hat das Gericht von Amts wegen die weitere Aufklärung der Sache zu veranlassen (vgl. oben S. 433), indem es die erforderlichen Beweise erhebt (§ 2). Wenn nicht infolge

<sup>1)</sup> Darüber, daß kein Anwaltszwang besteht, sondern daß die Parteien jede Streitsache selbst führen können, vgl. oben S. 429.

<sup>2)</sup> Nach der Rechtsübung werden regelmäßig die Versicherungsträger im Falle des Untorliegens zur Erstattung der den Entschädigungsberechtigten entstandenen Kosten verurteilt, nicht aber umgekehrt.

<sup>3)</sup> Das gleiche muß auch für das AVG. angenommen werden. Näheres hierüber dürften erst die Kaiserlichen Verordnungen bringen.



besonderer Umstände ein Stillstand des Verfahrens eingetreten ist (§ 3), kommt es nunmehr zur mündlichen Verhandlung, soweit eine solche vorgeschrieben ist (§ 4). Ist eine Streitsache durch eine kollegialische Abteilung (Ausschuß, Kammer, Senat) zu entscheiden, so geht der Entscheidung eine Beratung und Abstimmung der Richter voraus (§ 5). Den Abschluß des Verfahrens bildet endlich die Entscheidung selbst (§ 6).

## § 1.

### Einleitung und Vorbereitung.

- a) Das Verfahren wird regelmäßig<sup>1)</sup> dadurch eingeleitet, daß seitens eines Beteiligten ein Antrag auf Erlaß einer Entscheidung gestellt wird. Solche Anträge sind bei der zuständigen Behörde zu stellen; eine unzuständige Behörde hat sie an die zuständige Behörde weiterzugeben, §§ 1650 RVO., 229 AVG.

Die Anträge sind schriftlich<sup>2)</sup> oder mündlich zu stellen. Wird ein Antrag mündlich gestellt, so ist darüber eine Niederschrift aufzunehmen. Die Anträge sollen den Anspruch bestimmt bezeichnen, insbesondere den in Anspruch genommenen Träger der Versicherung oder den beteiligten sonstigen Verpflichteten und den etwa erteilten Bescheid sowie die Tatsachen oder Beweismittel angeben, die zur Begründung des Anspruchs dienen, §§ 13 VAO., 13 OVAO., 22, 37 RVAO. Erforderlichenfalls hat das Gericht die Ergänzung zu veranlassen und dahin zu wirken, daß die erforderlichen und sachdienlichen Anträge gestellt werden, § 14 VAO.

- b) Ist ein Gegner vorhanden, so ist eine Abschrift der eingereichten Schriftstücke beizufügen, §§ 20 VAO., 16, 40 OVAO., 22, 37 RVAO. Das Gericht stellt den Beteiligten den Antrag und die sonstigen Schriftstücke oder deren wesentlichen Inhalt zu<sup>3)</sup> mit dem Anheimgen, binnen einer Frist, die in der Regel nicht mehr als zwei Wochen betragen soll, eine Gegenerklärung abzugeben. Dabei ist

<sup>1)</sup> Ausnahmsweise genügt aber auch zur Einleitung eines Beschlußverfahrens, daß der zur Entscheidung berufenen Behörde eine Tatsache bekannt wird, die zu einer Entscheidung Anlaß gibt, so vor allem in Straf- und Disziplinarsachen; vgl. aber auch § 661 RVO.

<sup>2)</sup> Und zwar in deutscher Sprache; Schriftstücke, die nicht in deutscher Sprache abgefaßt sind, brauchen nicht berücksichtigt zu werden, §§ 11 VAO., 9 OVAO., 42 RVAO.

<sup>3)</sup> Die Zustellungen erfolgen im Versicherungsprozeß durch jede geeignete Mitteilung, z. B. durch einfachen Brief. Dies gilt auch dann, wenn durch die Zustellung eine Frist in Lauf gesetzt wird, sofern nur das Schriftstück dem Empfänger ausgehändigt ist und diese Tatsache irgendwie erwiesen ist. In allen Fällen genügt ein eingeschriebener Brief. Der Postschein begründet noch 2 Jahre seit seiner Ausstellung die Vermutung dafür, daß in der ordnungsmäßigen Frist nach der Einlieferung zugestellt worden ist. Wer nicht im Inlande wohnt, hat auf Verlangen einen Zustellungsbevollmächtigten zu benennen. Ist der Aufenthalt unbekannt oder wird der Zustellungsbevollmächtigte nicht in der gesetzten Frist benannt, so kann die Zustellung durch einwöchigen Aushang in den Geschäftsräumen der Behörde oder Stelle ersetzt werden; die Frist darf nicht kürzer als 1 Monat sein, §§ 135, 136 RVO., 335, 336 AVG.

darauf hinzuweisen, daß auch verhandelt und entschieden werden kann, wenn die Gegenerklärung nicht innerhalb der Frist abgegeben ist, §§ 21 VAO., 16, 40 OVAO., 23 RVAO. Die eingegangene Gegenerklärung ist dem Antragsteller, eine etwaige Erwiderung dem Gegner mitzuteilen usw. Werden die Akten, in welchen sich die auf den Antrag bezüglichen Vorverhandlungen befinden, nicht mit dem Antrag eingereicht, so sind sie vom Gericht einzufordern, §§ 22 VAO., 17, 40 OVAO., 22 RVAO.

- c) Ist auf Grund des Schriftwechsels und der Vorakten der Sachverhalt geklärt, so beraumt der Vorsitzende, wenn es einer mündlichen Verhandlung bedarf (vgl. oben S. 437), nunmehr hierzu einen Termin an; wenn es einer mündlichen Verhandlung nicht bedarf, so fällt das Gericht die Entscheidung (vgl. unten § 6). Ist der Sachverhalt dagegen nicht genügend geklärt, so werden zunächst die erforderlichen Beweise erhoben.

## § 2.

### Erhebung des Beweises.

- a) Die Erhebung des Beweises liegt dem Vorsitzenden ob, der die Sache nach allen Richtungen vorzubereiten hat. Als Beweismittel kommen Augenschein<sup>1)</sup>, Zeugen und Sachverständige<sup>2)</sup> sowie Urkunden<sup>3)</sup>, insbesondere amtliche Auskünfte, in Betracht, §§ 1652, 1789 RVO., 241, 252 AVG. Einen Parteieid gibt es dagegen weder in der Form, daß eine Partei der anderen einen Eid zuschieben, noch daß das Gericht einer Partei einen Eid auferlegen kann.
- b) Vor der Erhebung der Beweise ist den Beteiligten eine Nachricht über Zeit, Ort und Gegenstand der Beweiserhebung mit dem Bemerkten zuzustellen, daß ihnen die Anwesenheit auf ihre Kosten freisteht. Zwischen der Benachrichtigung und dem Tage der Be-

<sup>1)</sup> Über Einnahme des Augenscheins vgl. §§ 1580 RVO., 242 AVG.

<sup>2)</sup> Über die Pflicht, sich als Zeuge oder Sachverständiger vernehmen zu lassen, gelten die Vorschriften der Zivilprozeßordnung entsprechend; die Aussage darf jedoch nicht deshalb verweigert werden, weil die RVO. oder das AVG. eine Schweigepflicht begründet, §§ 1652, 1574 RVO., 243 AVG. Mit der Ladung ist regelmäßig der Gegenstand der Vernehmung mitzuteilen, §§ 27 VAO., 20, 40 OVAO. Eine Vertheidigung findet nur statt, wenn dies erforderlich ist, um eine wahre Aussage herbeizuführen. Ob die Aussage oder Eidesleistung verweigert werden darf, entscheidet der Vorsitzende; gegen seine Entscheidung geht die Beschwerde an das Oberversicherungsamt bzw. an das Schiedsgericht, §§ 1652 RVO., 243 AVG. Zeugen und Sachverständige, die nicht erscheinen oder die Aussage ohne hinreichenden Grund verweigern, können in eine Geldstrafe bis zu 300 M genommen werden; auf Beschwerde entscheidet das Oberversicherungsamt bzw. das Schiedsgericht, §§ 1652, 1577 RVO., 244 AVG. Zeugen und Sachverständige erhalten Gebühren wie bei Vernehmung vor dem ordentlichen Gerichte. Auf Beschwerde gegen die Festsetzung der Gebühren entscheidet das Oberversicherungsamt bzw. das Schiedsgericht, §§ 1652, 1579 RVO., 246 AVG.

<sup>3)</sup> Darüber, daß hinsichtlich aller Urkunden, ohne Unterschied zwischen öffentlichen und privaten Urkunden, freie Beweiswürdigung besteht, vgl. oben S. 435; einen Urkundeneditionseid, wie die Zivilprozeßordnung ihn kennt, gibt es im Versicherungsprozeß nicht.

weiserhebung soll in der Regel ein Zeitraum von mindestens drei Tagen liegen<sup>1)</sup>, §§ 1652, 1573 RVO., 241 AVG., 25 VAO., 25 Abs. II, 40 OVAO.

- c) Die Beteiligten sind berechtigt, den Zeugen oder Sachverständigen oder einem anderen Beteiligten diejenigen Fragen vorlegen zu lassen, welche sie zur Aufklärung der Sache für dienlich halten. Auch kann ihnen der Vorsitzende gestatten, selbst Fragen zu stellen. Zweifel über die Zulässigkeit der Frage entscheiden im Verfahren vor dem Versicherungsamt der Vorsitzende, im Verfahren vor den kollegialischen Abteilungen der anderen Versicherungsbehörden (Kammer, Senat) diese Abteilungen, §§ 1652, 1573 RVO., 241 AVG., 25 Abs. III VAO., 19, 40 OVAO.
- d) Über die Beweisaufnahme ist eine Niederschrift aufzunehmen. Den Zeugen und Sachverständigen ist ihre niedergeschriebene Aussage unmittelbar nach der Vernehmung vorzulesen oder zur Durchsicht vorzulegen und Gelegenheit zur Berichtigung und Ergänzung zu geben; in der Niederschrift ist ein Vermerk hierüber aufzunehmen. Die Niederschrift ist von dem Vorsitzenden und dem Schriftführer zu unterschreiben, §§ 28 VAO., 32, 40 OVAO.
- e) Den Beteiligten ist der Inhalt und auf Verlangen eine Abschrift der Beweisverhandlungen mitzuteilen, der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte sind im Verfahren der Angestelltenversicherung stets die gesamten Vorgänge mitzuteilen. Wieweit ärztliche Zeugnisse und Gutachten mitzuteilen sind, bestimmt der Vorsitzende, §§ 1653 RVO., 248 AVG.

### § 3.

#### Stillstand des Verfahrens.

Ein Stillstand des Verfahrens kann auf Grund bestimmter Tatbestände entweder unmittelbar kraft Gesetzes eintreten oder durch das Gericht angeordnet werden. In ersterem Falle spricht man von „Unterbrechung“, in letzterem von „Aussetzung“ des Verfahrens. Dagegen kann ein Stillstand des Verfahrens im Versicherungsprozeß im Gegensatz zum Zivilprozeß nicht durch Vereinbarung der Parteien herbeigeführt werden (sogen. „Ruhe“ des Verfahrens).

#### I. Unterbrechung des Verfahrens.

- A. Das Verfahren wird kraft Gesetzes in folgenden Fällen unterbrochen, §§ 29 VAO., 21, 40 OVAO.:
  1. Tod einer Partei;
  2. Verlust der Prozeßfähigkeit einer Partei;
  3. Tod oder Aufhören der Vertretungsbefugnis des gesetzlichen Vertreters einer nicht prozeßfähigen Partei (nicht dagegen des Prozeßbevollmächtigten);

<sup>1)</sup> Vgl. hierzu auch § 30 VAO.

4. Anordnung einer Nachlaßverwaltung;
  5. Aufhören der Gerichtstätigkeit infolge eines Krieges oder anderen Ereignisses (iustitium).
- B. Die Unterbrechung beginnt mit dem Eintreten des Unterbrechungsgrundes und zwar ohne Rücksicht auf die Kenntnis des Gerichts oder der Parteien von dem Unterbrechungsgrunde. Die Unterbrechung endet in den Fällen zu 1—4 mit der Aufnahme des Verfahrens durch den Rechtsnachfolger bzw. mit der Anzeige des neuen gesetzlichen Vertreters oder Nachlaßverwalters von seiner Bestellung oder der Anzeige des Gegners an diesen, daß er beabsichtige, das Verfahren fortzusetzen, im Fall zu 5 mit dem Wegfalle des Gerichtsstillstandes.

Die Aufnahme erfolgt durch einen Antrag bei Gericht; das Gericht teilt den Antrag einer etwaigen Gegenpartei zur Kenntnisnahme mit. Das Gericht hat darauf hinzuwirken, daß eine Aufnahme baldmöglichst stattfindet, indem es von sich aus die Rechtsnachfolger ermittelt und sie zur Aufnahme veranlaßt. Verweigern sie die Aufnahme<sup>1)</sup>, so kann sie das Gericht zur Aufnahme und zugleich zur Verhandlung über die Hauptsache laden. Wer Rechtsnachfolger ist, bestimmt sich, soweit das soziale Versicherungsrecht keine Sondervorschriften enthält (vgl. oben S. 209, 266, 329) nach bürgerlichem Rechte.

- C. Die Wirkung der Unterbrechung des Verfahrens besteht darin, daß einmal der Lauf einer jeden Frist aufhört und nach Beendigung der Unterbrechung in ihrem vollen Umfange neu beginnt, und daß andererseits alle während der Unterbrechung von einer Partei in Ansehung der Hauptsache vorgenommenen Prozeßhandlungen der anderen Partei gegenüber ohne rechtliche Wirkung sind. Auch jede Tätigkeit des Gerichts, soweit sie nicht auf Beendigung der Unterbrechung gerichtet ist, ist während der Dauer der Unterbrechung unzulässig. Ist eine Entscheidung in Unkenntnis der Unterbrechung erlassen, so ist sie zwar nicht schlechthin nichtig, jedoch ist von Amts wegen die Aufnahme des Verfahrens zu betreiben und dahin zu wirken, daß von den Rechtsnachfolgern oder neuen gesetzlichen Vertretern die zulässigen Rechtsmittel eingelegt werden, um das zu Unrecht ergangene Urteil auf diese Weise zu beseitigen. Durch eine erst nach dem Schluß einer mündlichen Verhandlung eintretende Unterbrechung des Verfahrens wird indessen die Verkündung der auf Grund dieser Verhandlung zu erlassenden Entscheidung nicht gehindert.

## II. Aussetzung des Verfahrens.

- A. Die Aussetzung des Verfahrens durch Anordnung des Gerichts erfolgt im Versicherungsprozeß im Gegensatz zum Zivilprozeß nicht nur in bestimmten gesetzlich aufgezählten Fällen, sondern nach

<sup>1)</sup> Vgl. indessen §§ 1942—66 BGB. und 239 Abs. V der Zivilprozeßordnung.

freiem Ermessen des Gerichts immer dann, wenn dies nach Lage der Sache wünschenswert erscheint. Solche Fälle sind z. B. im Spruchverfahren, wenn der Anspruch von einem familienrechtlichen oder erbrechtlichen Verhältnis abhängt, dessen Feststellung den Beteiligten im ordentlichen Rechtsweg aufgegeben werden kann, §§ 1654 RVO., 249 AVG., oder im Beschlußverfahren, wenn über die Zugehörigkeit eines Betriebes zu einer oder der anderen Berufsgenossenschaft eine Katasterstreitigkeit schwebt (vgl. oben S. 345, Anm. 3) und wegen eines in diesem Betrieb erfolgten Unfalles gleichzeitig die Versicherungsträger im Spruchverfahren über die Entschädigungslast streiten (vgl. unten S. 466ff).

- B. Die Aussetzung beginnt mit der die Aussetzung anordnenden Entscheidung. Sie erfolgt von Amts wegen oder auf Antrag einer Partei und ist in der Regel den Parteien zuzustellen. Die Aussetzung endigt mit der Aufnahme des Verfahrens auf Antrag einer Partei oder auf Veranlassung des Gerichts.
- C. Die Wirkungen der Aussetzung sind die gleichen wie bei der Unterbrechung des Verfahrens.

#### § 4.

#### Mündliche Verhandlung.

- a) Soweit eine mündliche Verhandlung vorgeschrieben ist (vgl. oben S. 437), findet sie regelmäßig am Sitze der Gerichtsbehörde statt, §§ 37 VAO., 23 OVAO. Die Verhandlungszeit wird vom Vorsitzenden bestimmt und den Beteiligten bekannt gemacht, §§ 1655 RVO., 253 AVG. Zwischen der Mitteilung der Verhandlungszeit und dieser selbst soll ein Zeitraum von mindestens einer Woche liegen („Ladungsfrist“), §§ 39 VAO., 25, 42 OVAO.

Die Parteien sind in der Mitteilung der Verhandlungszeit darauf hinzuweisen, daß ihre Ansprüche von Amts wegen geprüft werden, daß ihr persönliches Erscheinen oder das Erscheinen eines Vertreters daher nicht erforderlich ist, und daß vielmehr auch im Falle des Ausbleibens verhandelt und entschieden werden kann. Jedoch kann das persönliche Erscheinen der Parteien angeordnet werden. In diesem Falle ist in der Ladung darauf hinzuweisen, daß aus dem Nichterscheinen ungünstige Schlüsse gezogen werden können<sup>1)</sup>, §§ 1655 RVO., 253 AVG., 40 VAO., 24, 40, 42 OVAO., 25 RVAO.

- b) Die Verhandlung wird vom Vorsitzenden geleitet. Ihm liegt die Aufrechterhaltung der Ordnung in der Sitzung ob. Wer den zu diesem Zweck ergehenden Anordnungen nicht nachkommt, kann auf Beschluß des Gerichts aus dem Sitzungszimmer entfernt und bis zur Dauer von 24 Stunden in Haft festgehalten werden. Das Gericht kann ferner Parteien, Zeugen, Sachverständige oder bei

<sup>1)</sup> Darüber, daß es ein Versäumnisverfahren niemals gibt, vgl. oben S. 434.

der Verhandlung nicht beteiligte Personen sowie Rechtsanwälte, die sich einer Ungebühr schuldig machen, in eine Ordnungsstrafe bis zu 100 M oder bis zu 3 Tagen Haft nehmen, Rechtsanwälte aber nur in eine Geldstrafe. Auf Beschwerde gegen die Festsetzung der Ordnungsstrafe entscheidet das Oberversicherungsamt bzw. das Schiedsgericht, §§ 1664 RVO., 258 AVG.

- c) Die mündliche Verhandlung beginnt nach dem Aufrufe der Sache mit der Darstellung des Sachverhalts durch den Vorsitzenden oder durch eine andere vom Vorsitzenden bestimmte bei der Gerichtsbehörde beschäftigte Person, falls ein Berichterstatter ernannt ist<sup>1)</sup>, durch diesen. Darauf sind die erschienenen Beteiligten zu hören. Der Vorsitzende hat das Sach- und Streitverhältnis mit ihnen zu erörtern und dahin zu wirken, daß sie über alle erheblichen Tatsachen sich vollständig erklären sowie die angemessenen und sachdienlichen Anträge stellen. Ein etwa erheblicher Beweis ist, soweit tunlich, insbesondere sofern die Beweismittel zur Stelle sind, sogleich im Termin zu erheben. Der Vorsitzende hat den Beisitzern auf Verlangen zu gestatten, Fragen an die Parteien, Parteivertreter, Beistände, Zeugen und Sachverständigen zu stellen. Zweifel über die Zulässigkeit einer Frage entscheidet im Verfahren vor dem Versicherungsamt der Vorsitzende, im Verfahren vor den anderen Versicherungsbehörden die Kammer oder der Senat, §§ 44 VAO., 28 OVAO., 27 RVAO. Ist die Sache vollständig geklärt, so schließt der Vorsitzende die Verhandlung.
- d) Über die mündliche Verhandlung wird eine Niederschrift aufgenommen. Die Niederschrift muß insbesondere die Namen der beteiligten Personen enthalten, den Gang der Verhandlung im allgemeinen wiedergeben und wichtige Erklärungen, insbesondere von dem Inhalte der Schriftsätze erheblich abweichende Anträge, sowie die Aussagen von Zeugen und Sachverständigen aufnehmen, endlich die getroffene Entscheidung wiedergeben. Die Niederschrift ist von dem Vorsitzenden und dem Schriftführer zu unterzeichnen, im Verfahren vor dem Reichsversicherungsamt auch von dem Berichterstatter, falls die Niederschrift eine Urteilsformel enthält. Ist der Vorsitzende verhindert, so genügt die Unterschrift des Schriftführers bzw. des Berichterstatters und des Schriftführers<sup>2)</sup>.

<sup>1)</sup> Im Spruchverfahren vor dem Oberversicherungsamt kann, im Verfahren vor dem Reichsversicherungsamt muß ein Berichterstatter ernannt werden, §§ 17 Abs. IV OVAO., 25 Abs. II RVAO. Im Beschlußverfahren vor dem Oberversicherungsamt ist stets dasjenige Mitglied Berichterstatter, dem die Bearbeitung der Sache nach der Geschäftsverteilung in erster Linie obliegt, § 42 OVAO. Im Verfahren vor dem Reichsversicherungsamt haben die Berichterstatter vor dem Verhandlungstermin einen Bericht nebst Gutachten zu den Akten zu geben, § 25 Abs. III RVAO.

<sup>2)</sup> Im Verfahren vor dem Oberversicherungsamt tritt in Beschlußsachen an die Stelle des verhinderten Vorsitzenden das zweite Mitglied, § 42 Abs. V OVAO.

Die Tatsache der Verhinderung ist in der Niederschrift zu vermerken, §§ 1672 RVO., 263 AVG., 45, 46 VAO., 29–31 OVAO., 28, 39 RVAO.

### § 5.

#### Beratung und Abstimmung.

Die Beratung und Abstimmung schließen sich unmittelbar an die mündliche Verhandlung, soweit eine solche stattgefunden hat. Sie sind nicht öffentlich. Außer den zur Entscheidung Berufenen und dem Schriftführer dürfen nur die bei der Gerichtsbehörde beschäftigten Personen zugegen sein, denen der Vorsitzende der Behörde die Anwesenheit zu ihrer Ausbildung gestattet hat.

Beratung und Abstimmung werden vom Vorsitzenden geleitet. Er stellt die Fragen und sammelt die Stimmen. Meinungsverschiedenheiten über den Gegenstand, die Fassung und die Reihenfolge der Fragen und über das Ergebnis der Abstimmung entscheidet das Gericht. Kein Mitglied des Gerichts darf die Abstimmung über eine Frage verweigern, weil es bei der Abstimmung über eine vorhergehende Frage in der Minderheit geblieben ist, §§ 50 VAO., 34, 42 OVAO., 30, 32 Abs. IV RVAO.

Die Abstimmung geschieht in folgender Reihenfolge:

1. Im Verfahren vor dem Versicherungsamte stimmen in Spruchsachen wie in Beschlusssachen zuerst die Versicherungsvertreter, und zwar zunächst der dem Lebensalter nach jüngere, dann der ältere; der Vorsitzende stimmt zuletzt, § 50 VAO.
2. Im Verfahren vor dem Oberversicherungsamt ist zwischen Spruch- und Beschlußverfahren zu unterscheiden.
  - a) Im Spruchverfahren stimmt zuerst ein etwa ernannter Berichterstatter, hierauf die übrigen Mitglieder der Kammer nach der Reihenfolge ihres Lebensalters, und zwar der jüngere vor dem älteren; der Vorsitzende stimmt in allen Fällen zuletzt, § 34 OVAO.
  - b) Im Beschlußverfahren ist die Reihenfolge die gleiche, jedoch stimmt das zweite Mitglied des Oberversicherungsamts erst nach den Beisitzern, sofern es nicht Berichterstatter ist, § 42 Abs. IV OVAO.
3. Im Verfahren vor dem Reichsversicherungsamt werden die Stimmen in nachfolgender Reihenfolge abgegeben, §§ 32, 39 RVAO:
  - a) von den Berichterstattern,
  - b) von den Versicherten,
  - c) von den Arbeitgebern,
  - d) von den richterlichen Beamten,
  - e) von den ständigen Mitgliedern,
  - f) von den vom Bundesrat gewählten Mitgliedern,
  - g) vom Vorsitzenden<sup>1)</sup>.

<sup>1)</sup> In der ersten Gruppe richtet sich die Reihenfolge der Abstimmung nach der Reihenfolge der Bestellung zum Berichterstatter, in der zweiten und dritten Gruppe nach dem Lebensalter, in der vierten und fünften Gruppe nach dem

Das Ergebnis der Abstimmung richtet sich nach Stimmenmehrheit; ergibt sich bei der Abstimmung der Beschlußkammer oder des Beschlußsenats Stimmgleichheit, so gibt der Vorsitzende den Ausschlag, §§ 1667, 78 Abs. III, 1790 RVO., 260 AVG., 39 Abs. III RVAO. Bildet sich bei Abstimmung über die Höhe von Beträgen keine Mehrheit, so werden die für den größeren Betrag abgegebenen Stimmen den für den zunächst geringeren Betrag abgegebenen Stimmen solange hinzugerechnet, bis sich eine Mehrheit ergibt, §§ 1667 RVO., 260 AVG.

Die Abstimmung der einzelnen Mitglieder des Gerichts darf keinen schriftlichen Ausdruck finden. Über den Hergang der Beratung und das Stimmenverhältnis ist zu schweigen, §§ 50 VAO., 34, 42 OVAO.

## § 6.

### Entscheidung.

#### I. Arten der Entscheidungen.

Die Entscheidungen des sozialen Versicherungsrechts unterscheiden sich einmal nach ihrem Inhalt, andererseits nach dem Abschnitt des Verfahrens, in dem sie ergehen.

A. Nach ihrem Inhalt zerfallen die Entscheidungen in

1. Urteile,
2. Bescheide,
3. Beschlüsse,
4. Verfügungen.

Diese verschiedenen Arten von Entscheidungen werden indessen vom Gesetz wie von der Rechtsprechung nicht scharf gesondert, sondern es werden die Benennungen vielfach untereinander vertauscht. Im wesentlichen aber haben sie folgende Bedeutung:

- Zu 1. Urteile sind solche Entscheidungen, die im Spruchverfahren nach vorangegangener mündlicher Verhandlung ergehen und den Anspruch (Entschädigungsanspruch oder Ersatzanspruch) ganz oder teilweise erledigen. Sie können nur auf Verurteilung zur Gewährung einer Leistung oder auf Abweisung lauten; Urteile, die lediglich eine Feststellung zum Inhalt haben, sind unzulässig<sup>1</sup>). Die Urteile müssen auf die Verpflichtung zur Leistung oder auf Abweisung unmittelbar erkennen; Beweisurteile oder bedingte Urteile gibt es daher im Versicherungsprozeß nicht.
- Zu 2. Unter dem Namen Bescheide werden vier verschiedene Gruppen von Entscheidungen zusammengefaßt:

Dienstalter im Reichsversicherungsamt, bei gleichem Dienstalter nach dem Lebensalter, wobei der jüngere vor dem älteren stimmt. Die vom Bundesrat gewählten Mitglieder stimmen, soweit sie dem Bundesrat angehören, in umgekehrter Reihenfolge, wie sie ihnen im Bundesrat zusteht, anderenfalls nach dem Dienstalter, wobei der jüngere dem älteren vorgeht; Mitglieder von Landesversicherungsämtern stimmen im Großen Senat vor den ständigen Mitgliedern des Reichsversicherungsamts. §§ 32, 39 RVAO.

<sup>1</sup>) Ausgenommen die im Berufungs- und Revisionsverfahren ergehenden Urteile im Fall des § 1743 RVO.



- a) Einmal werden als Bescheide diejenigen Entscheidungen bezeichnet, die im Beschlußverfahren ergehen und das Verfahren erledigen. Dann stehen sie den unter 3c genannten Beschlüssen gleich.
- b) Ferner bezeichnet man als Bescheide die im Spruch- oder Beschlußverfahren den Beteiligten zugehenden Mitteilungen, welche eine Entscheidung nicht enthalten, z. B. Mitteilungen über den Gang des Verfahrens. Dann entsprechen sie den zu 4 genannten Verfügungen.
- c) Weiter werden die Entscheidungen im Spruchverfahren der Angestelltenversicherung, durch welche über den Entschädigungsanspruch in erster Instanz entschieden wird, vom Gesetz als Bescheide bezeichnet (vgl. z. B. § 265 AVG.). Solche Bescheide entsprechen den unter 1 genannten Urteilen.
- d) Endlich bezeichnet das Gesetz als Bescheide die nicht im Streitverfahren, sondern im Feststellungsverfahren ergehenden Entscheidungen der Versicherungsträger, durch die diese ihre Leistungen festsetzen oder die Gewährung von Leistungen ablehnen.

Zu 3. Als Beschlüsse werden drei Gruppen von Entscheidungen bezeichnet:

- a) Einmal diejenigen Entscheidungen im Spruchverfahren, die zwar den Anspruch selbst erledigen, aber ausnahmsweise nicht nach vorangegangener mündlicher Verhandlung ergehen, z. B. im Fall verspäteter Einlegung eines Rechtsmittels.
- b) Ferner diejenigen Entscheidungen im Spruchverfahren, die zwar nach vorangegangener mündlicher Verhandlung ergehen, nicht aber den Anspruch selbst erledigen, sondern entweder lediglich von prozeßleitender Bedeutung sind, wie die Beweisbeschlüsse, oder einen lediglich prozeßrechtlichen Inhalt haben, z. B. Fragen der Sitzungspolizei, der Berechtigung eines Zeugen oder Sachverständigen, die Aussage oder Eidesleistung zu verweigern, usw. betreffen<sup>1)</sup>.
- c) Endlich werden als Beschlüsse die Entscheidungen im Beschlußverfahren bezeichnet, die, ohne Rücksicht, ob nach vorangegangener mündlicher Verhandlung oder ohne eine solche, eine Beschlußsache erledigen. Dann entsprechen sie den Bescheiden im Falle zu 2a.

Zu 4. Unter Verfügungen endlich versteht man die Anordnungen eines Einzelrichters, insbesondere des Vorsitzenden, soweit sie nicht im Spruchverfahren den Anspruch selbst betreffen. Sie entsprechen also vielfach den Bescheiden in den Fällen zu 2a und b

<sup>1)</sup> In solchen Fällen ergeht ein Beschluß, kein Zwischenurteil, da Zwischenurteile grundsätzlich im Versicherungsprozeß unstatthaft sind (vgl. unten S. 450) und nach § 1574 RVO., 243 AVG. lediglich die Vorschriften der Zivilprozeßordnung über die Verpflichtung, sich als Zeuge oder Sachverständiger vernehmen zu lassen, nicht aber über das hierbei zu beobachtende Verfahren gelten.

sowie den Beschlüssen im Falle zu 3b, umfassen aber auch die prozeßleitenden Verfügungen im Spruchverfahren außerhalb der mündlichen Verhandlung, insbesondere die auf Vornahme von Beweiserhebungen gerichteten Anordnungen<sup>1)</sup>).

B. Nach dem Abschnitt des Verfahrens, in welchem die Entscheidungen ergehen, unterscheidet man:

1. Vorentscheidungen,
2. Zwischenentscheidungen,
3. Endentscheidungen.

Zu 1. Vorentscheidungen sind vorläufige Entscheidungen, welche an Stelle der an sich durch das vollbesetzte Gericht zu erlassenden Entscheidungen durch den Vorsitzenden allein ergehen können, an Stelle deren die Beteiligten aber regelmäßig innerhalb bestimmter Frist eine Entscheidung des vollbesetzten Gerichts verlangen können, widrigenfalls die vorläufige Entscheidung die gleiche Wirkung erlangt wie die eigentliche Entscheidung.

Vorentscheidungen sind in zwei Fällen zugelassen:

- a) Im Spruchverfahren vor dem Versicherungsamt oder Oberversicherungsamt (nicht dagegen vor dem Reichsversicherungsamt oder einem Landesversicherungsamt)<sup>2)</sup> sowie im Beschlußverfahren vor dem Versicherungsamt kann der Vorsitzende in allen Sachen ohne mündliche Verhandlung eine Vorentscheidung treffen. Gegen die Entscheidung kann entweder das Rechtsmittel, das gegen das Urteil bzw. den Beschluß zulässig wäre, eingelegt oder bei dem gleichen Gericht der Antrag auf mündliche Verhandlung gestellt werden<sup>3)</sup>. Die Vorentscheidung muß hierauf unter Angabe der Frist verweisen. Ist der Antrag auf mündliche Verhandlung verspätet gestellt, so wird er als unzulässig verworfen. Ist von beiden Rechtsbehelfen Gebrauch gemacht, so findet die mündliche Verhandlung statt. Die Vorentscheidung steht für die Rechtsmittel und die Wiederaufnahme des Verfahrens einem Urteil gleich, wenn mündliche Verhandlung nicht beantragt worden ist, §§ 1657—59, 1679, 1698 Abs. II, 1701 Abs. II RVO., 59, 60 VAO.
- b) Im Beschlußverfahren vor dem Reichsversicherungsamt kann in einer Beschlußsache, die vor dem Beschlußsenat zu verhandeln ist, der Vorsitzende des Senats eine Beschwerde ohne Verhandlung im Senat zurückweisen, falls er mit dem Berichterstatter darüber einig ist, daß die Beschwerde unzulässig oder verspätet eingelegt ist. Der Antragsteller kann binnen

<sup>1)</sup> Vgl. aber auch §§ 1721 RVO., 38 Satz 2 RVAO.

<sup>2)</sup> Über § 1713 RVO. vgl. unten S. 460; dort handelt es sich lediglich um ein Verfahren dritter Instanz.

<sup>3)</sup> Gegen Vorentscheidungen in anderen Spruchsachen wie Rentenstreitsachen ist jedoch nicht der Antrag auf mündliche Verhandlung, sondern nur das Rechtsmittel zulässig, § 1776 RVO.

einer Woche nach Zustellung des Beschlusses die Entscheidung des Beschlußsenats anrufen; der Beschluß muß hierauf hinweisen, § 38 RVAO.

2. Zwischenentscheidungen sind solche Entscheidungen, die die Streitsache nicht erledigen, sondern im Laufe des Verfahrens ergehen. Während Bescheide, Beschlüsse und Verfügungen im Lauf eines Streitverfahrens nach Bedarf ergehen können, dürfen Urteile und die den Urteilen gleichstehenden Bescheide der Rentenausschüsse (vgl. A 2 zu c) regelmäßig als Zwischenentscheidungen nicht ergehen, da sie grundsätzlich den gesamten Streitstoff erledigen sollen.

Eine Ausnahme hiervon besteht lediglich insofern, als im Verfahren der Arbeiterversicherung, falls besondere Umstände dies rechtfertigen, eine Vorabentscheidung über den Grund des Anspruchs ergehen darf, während über die Höhe des Anspruchs die Streitsache anhängig bleibt. In solchem Falle ist eine vorläufige Entschädigung anzuordnen und dem Betrage nach festzustellen. Die Feststellung der vorläufigen Leistung ist endgültig, die vorläufigen Zahlungen werden angerechnet, § 1668 RVO.

3. Endentscheidungen sind solche Entscheidungen, welche die Streitsache für die Instanz erledigen. Sie ergehen, soweit sie in der Form von Urteilen erlassen werden, regelmäßig über den ganzen Anspruch (Vollurteile). Urteile über einen Teil des Anspruchs (Teilurteile) sind regelmäßig nur insoweit zulässig, als sie auf Grund eines teilweisen Anerkenntnisses ergehen.

## II. Gang des Entscheidungsverfahrens.

In dem äußeren Verlauf des Entscheidungsverfahrens sind vier Momente zu unterscheiden:

- A. das Zustandekommen der Entscheidung;
  - B. die Verkündung der Entscheidung, soweit sie vorgeschrieben ist;
  - C. die schriftliche Abfassung der Entscheidung;
  - D. die Ausfertigung und Zustellung der Entscheidung.
- Zu A. Die Entscheidung kommt, soweit sie nicht von einer kollegialischen Behörde zu erlassen ist, durch Beschlußfassung desjenigen zustande, welcher die Streitsache bearbeitet. Jedoch ist der Vorsitzende jeder Versicherungsbehörde der Arbeiterversicherung befugt, sich die Entscheidung auch in solchen Fällen vorzubehalten, die von einem anderen Mitglied bearbeitet werden, §§ 9 VAO., 2 OVAO., 2 RVAO. Soweit eine Entscheidung durch eine kollegialische Abteilung auf Grund einer Verhandlung zu erlassen ist, dürfen nur diejenigen Richter an der Entscheidung mitwirken, die an der Verhandlung teilgenommen haben, §§ 49 VAO., 34, 42 OVAO., 31 RVAO.
- Zu B. Die Entscheidungen werden verkündet, wenn sie auf Grund einer mündlichen Verhandlung ergehen. Die Verkündung ist jedoch nur für die Urteilsformel vorgeschrieben, während es der

Verkündung der Entscheidungsgründe nur insoweit bedarf, wie dies für erforderlich oder angemessen gehalten wird. Die Verkündung der Entscheidung schließt sich in der Regel unmittelbar an die mündliche Verhandlung bzw. die derselben folgende Beratung und Abstimmung an. Doch kann die Verkündung auch auf eine spätere Sitzung vertagt werden, die in der Regel sofort anzuberaumen ist und binnen 1 Woche stattfinden soll, §§ 51, 52 VAO., 35, 42 OVAO., 33 RVAO. Die Verkündung findet im Spruchverfahren öffentlich statt, auch wenn die Öffentlichkeit der Verhandlung ausgeschlossen war, im Beschlußverfahren dagegen ebenso wie die mündliche Verhandlung in nicht-öffentlicher Sitzung, §§ 1671, 1790 RVO., 262 AVG., 33 RVAO.

Zu C. Die Entscheidungen werden schriftlich abgefaßt und mit Gründen versehen, die Entscheidungen der Versicherungsämter jedoch nur insoweit, als sie durch Rechtsmittel anfechtbar sind, §§ 1671 RVO., 262 AVG., 34 VAO. Die schriftliche Abfassung enthält eine gedrängte Darstellung des Sachverhalts unter Hervorhebung der Anträge (Tatbestand) und die Entscheidungsgründe; äußerlich davon zu trennen ist die Entscheidungsformel. Im Eingange sind ferner die Richter, die am Verfahren beteiligten Personen sowie der Sitzungstag, an dem die Entscheidung ergangen ist, zu bezeichnen und anzugeben, ob mündlich verhandelt ist<sup>1)</sup>. Die Urschrift der Entscheidung wird im Verfahren vor dem Versicherungsamt und Oberversicherungsamte lediglich vom Vorsitzenden und im Fall seiner Behinderung von dem dem Lebensalter nach ältesten Versicherungsvertreter bzw. Beisitzer unterschrieben, im Beschlußverfahren vor dem Oberversicherungsamt im Fall der Behinderung des Vorsitzenden von dem zweiten Mitglied, im Verfahren vor dem Reichsversicherungsamt oder dem Oberschiedsgerichte vom Vorsitzenden, dem Berichterstatter und einem anderen Mitglied, im Falle der Behinderung des Vorsitzenden oder des Berichterstatters von einem anderen rechtskundigen Mitgliede des Senats, das bei der Entscheidung mitgewirkt hat, §§ 1671, 1720 RVO., 262, 295 AVG., 53, 54 VAO., 36, 42 OVAO., 34, 35, 39 RVAO.

Zu D. Urteile und Entscheidungen der kollegialischen Abteilungen sind den Beteiligten in Ausfertigung zuzustellen, und zwar im Verfahren vor dem Versicherungsamte binnen zwei Wochen, im Verfahren vor dem Oberversicherungsamte binnen drei Wochen nach Verkündung der Entscheidung. Die Zustellung erfolgt regelmäßig an die Beteiligten selbst, falls sie einen gesetzlichen Vertreter oder Bevollmächtigten haben, an diesen. Hat eine

---

<sup>1)</sup> Die Bescheide der Rentenausschüsse müssen ferner den Vermerk enthalten, daß sie rechtskräftig werden, wenn der Berechtigte nicht binnen einem Monat nach der Zustellung Berufung bei dem Schiedsgericht einlegt, § 262 AVG.

Partei mehrere Bevollmächtigte, so genügt die Zustellung an einen derselben, §§ 1790 Abs. II RVO., 55 VAO., 37, 42 OVAO. Die Ausfertigungen erhalten im Verfahren vor dem Versicherungsamt oder Oberversicherungsamte die Überschrift, die für die gerichtlichen Urteile vorgeschrieben (z. B. „im Namen des Königs“) bzw. die bei gemeinsamen Gerichtsbehörden mehrerer Bundesstaaten zwischen den beteiligten Landesregierungen vereinbart ist, im Verfahren vor dem Reichsversicherungsamte die Überschrift „im Namen des Reichs“, §§ 58 VAO., 38, 42 OVAO., 35, 39 RVAO.

### III. Berichtigung und Ergänzung.

Bei Unrichtigkeiten oder Auslassungen kann ausnahmsweise nachträglich eine Berichtigung oder Ergänzung der Entscheidung stattfinden.

- A. Eine Berichtigung findet statt, wenn in der Entscheidung Schreib- oder Rechenfehler oder ähnliche offenbare Unrichtigkeiten vorkommen. Die Berichtigung ist jederzeit auf Antrag oder von Amts wegen vorzunehmen. Im Verfahren vor dem Versicherungsamt und Oberversicherungsamte bzw. vor dem Rentenausschuß und Schiedsgericht entscheidet der Vorsitzende allein über die Berichtigung, im Verfahren vor dem Reichsversicherungsamt oder Landesversicherungsamte bzw. vor dem Oberschiedsgericht entscheiden der Vorsitzende und diejenigen Mitglieder, welche die Entscheidung unterschrieben haben, ob zu berichtigen ist, und zwar ohne mündliche Verhandlung. Wird die Berichtigung vorgenommen, so wird die Verfügung auf der Urschrift der Entscheidung und den Ausfertigungen vermerkt. Gegen die Berichtigung ist regelmäßig Beschwerde zulässig; die Entscheidungen des Reichsversicherungsamts und der Landesversicherungsämter bzw. des Oberschiedsgerichts sowie alle Entscheidungen, welche die Berichtigung ablehnen, sind indessen unanfechtbar, §§ 1673, 1721 RVO., 264, 296 AVG., 41 OVAO.
- B. Eine Ergänzung der Entscheidung findet statt, wenn die Entscheidung einen von einer Partei erhobenen Haupt- oder Nebenanspruch oder den Kostenpunkt ganz oder teilweise übergangen hat. Die Ergänzung erfolgt nur auf Antrag. Über den Antrag kann ohne mündliche Verhandlung entschieden werden, wenn es sich um einen Nebenanspruch oder um den Kostenpunkt handelt. Die ergänzende Entscheidung wird auf der Urschrift des Urteils und den Ausfertigungen vermerkt, §§ 1674 RVO., 265 AVG., 41 OVAO.

### IV. Wirkung der Entscheidung.

Die Wirkung der Entscheidung wird als Rechtskraft bezeichnet. Einer Rechtskraft sind alle Entscheidungen fähig, die entweder mit Rechtsmitteln angegriffen werden können oder aus dem Grunde nicht angegriffen werden können, weil ausnahmsweise das

Gesetz ein Rechtsmittel ausschließt, indem es die Entscheidung für endgültig erklärt. Einer Rechtskraft nicht fähig sind dagegen solche Entscheidungen, gegen die lediglich die Dienstaufsichtsbeschwerde besteht<sup>1)</sup>.

Man unterscheidet die formelle und die materielle Rechtskraft einer Entscheidung.

A. Formelle Rechtskraft einer Entscheidung liegt vor, wenn die Entscheidung mit Rechtsmitteln (Berufung, Revision, Rekurs, Beschwerde, weitere Beschwerde) nicht mehr angegriffen werden kann<sup>2)</sup>.

Die formelle Rechtskraft tritt in drei Fällen ein:

1. einmal, wenn die zur Einlegung eines Rechtsmittels bestimmte Frist (regelmäßig 1 Monat) verstrichen ist, ohne daß von der Befugnis zur Einlegung eines Rechtsmittels Gebrauch gemacht ist. In diesem Falle tritt die Rechtskraft mit dem Ablaufe der Rechtsmittelfrist ein.
2. Wenn die Entscheidung eine endgültige ist, weil sie durch die höchste in dem betreffenden Streitverfahren zuständige Instanz erlassen ist. In diesem Falle tritt die Rechtskraft mit der Verkündung der Entscheidung ein.
3. Wenn vor Ablauf der Rechtsmittelfrist auf die Einlegung eines Rechtsmittels seitens des Berechtigten verzichtet ist. In diesem Falle tritt die Rechtskraft mit dem Zeitpunkt ein, in welchem die Verzichtserklärung der Gerichtsbehörde oder dem Gegner zugeht.

Die formelle Rechtskraft ist entweder eine absolute oder eine relative. Absolute Rechtskraft liegt vor, wenn die Entscheidung von keiner Seite mehr mit Rechtsmitteln angegriffen werden kann, relative Rechtskraft liegt vor, wenn die Entscheidung nur von einer einzelnen Partei nicht mehr angegriffen werden kann, wohl aber von einer anderen Partei. Eine relative Rechtskraft gibt es nur hinsichtlich der Bescheide der Versicherungsträger, die ihre eigene Entscheidung nicht durch Rechtsmittel angreifen können und daher an die getroffene Entscheidung bereits mit ihrer Zustellung an die Gegenpartei gebunden sind<sup>3)</sup>.

B. Unter materieller Rechtskraft einer Entscheidung versteht man den Grundsatz, daß die Entscheidung das streitige Rechtsverhältnis zwischen den an der Streitsache Beteiligten in rechtlich bindender Weise feststellt (*ius facit inter partes*). Es wird also durch

<sup>1)</sup> Einer Rechtskraft fähig sind nicht nur die Entscheidungen der Versicherungsbehörden, sondern auch die mit Rechtsmitteln angreifbaren Entscheidungen der Versicherungsträger, insbesondere die Feststellungsbescheide der Träger der Unfallversicherung und Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

<sup>2)</sup> Wohl aber durch Wiederaufnahme des Verfahrens; vgl. unten S. 462 ff.

<sup>3)</sup> Dies hat zur Folge, daß diejenigen Punkte des Bescheides, die überhaupt der Rechtskraft fähig sind, in einem von der Gegenpartei eingeleiteten Rechtsmittelverfahren zu ungunsten derselben nicht mehr abgeändert werden können (Verbot der *reformatio in peius*; vgl. oben S. 434).

die Entscheidung für die Beteiligten ein Rechtszustand geschaffen, dessen selbständige Grundlage lediglich die Entscheidung bildet.

Dieser Grundsatz erleidet indessen teils Einschränkungen, teils Durchbrechungen.

1. Der Grundsatz erleidet eine dreifache Einschränkung, nämlich
  - a) hinsichtlich des Inhalts der Entscheidung,
  - b) hinsichtlich der Streitsache (eadem res),
  - c) hinsichtlich der beteiligten Personen (eadem persona).
- Zu a) Die Entscheidung geht nicht in ihrem gesamten Inhalt in Rechtskraft über, sondern lediglich hinsichtlich des Inhalts der Urteilsformel, insbesondere also soweit über einen erhobenen Anspruch entschieden ist. Dagegen gehen die Gründe nur insoweit in Rechtskraft über, als Sinn und Tragweite der Urteilsformel aus ihnen zu entnehmen ist, während Feststellungen in den Entscheidungsgründen, auf welche sich die Urteilsformel nicht stützt, nicht rechtskräftig werden. Die Entscheidung über die Höhe des Krankengeldes umfaßt also zugleich die Tatsache der Arbeitsunfähigkeit, die Entscheidung über die Höhe der Invalidenrente zugleich die Aufrechterhaltung der Anwartschaft bezüglich dieser Rente, die Entscheidung über die Höhe der Unfallrente zugleich die Höhe des Jahresarbeitsverdienstes und die Frage, ob ein Unfall beim Betriebe vorliegt. Wenn dagegen eine Abweisung lediglich „zurzeit“<sup>1)</sup> oder wegen prozessualer Mängel ergeht, so liegt über den Anspruch als solchen eine Entscheidung noch gar nicht vor und kann daher auch nicht in Rechtskraft übergehen.
- Zu b) Die Rechtskraft erfaßt lediglich diejenige Streitsache, in welcher die Entscheidung ergangen ist, also insbesondere den streitigen Anspruch. Andere ähnlich liegende Streit-sachen oder Ansprüche, auch wenn sie ganz oder zum Teil auf den gleichen Voraussetzungen beruhen, werden von der Rechtskraft nicht ergriffen. So werden die Ansprüche der Hinterbliebenen im Falle des Todes durch eine rechtskräftige Abweisung der Ansprüche des Kranken, Invaliden oder von einem Unfall Betroffenen nicht berührt, so stehen die Ansprüche auf Invalidenrente und Altersrente<sup>2)</sup>, ja sogar die Ansprüche auf Angehörigenrente und Hinterbliebenenrente der Unfallversicherung selbständig nebeneinander<sup>3)</sup>, so steht die Rechts-

1) Z. B. Abweisung des Anspruchs auf Altersrente, weil die Wartezeit noch nicht erfüllt ist, oder des Anspruchs auf Krankenrente der Invalidenversicherung, weil die Invalidität noch nicht 26 Wochen bestanden hat.

Wird der Antrag wiederholt, so hat die Abweisung zur Zeit wenigstens insofern Bedeutung, als rechtskräftig feststeht, daß zur Zeit der früheren Entscheidung der Anspruch unbegründet war. Der neue Antrag kann daher nur auf neue rechtsbegründende Tatsachen gestützt werden.

2) Bestritten.

3) Anders soweit notwendige Streitgenossenschaft vorliegt; vgl. oben S. 428.

kraft eines ablehnenden Bescheides eines Trägers der Unfallversicherung der Erhebung eines neuen Anspruchs auf Grund desselben Unfalls nicht entgegen, wenn der Anspruch auf einer anderen Unfallfolge beruht.

- Zu c) Die Rechtskraft der Entscheidung wirkt nur zwischen den gleichen Parteien und ihren Rechtsnachfolgern<sup>1) 2)</sup>. Nur auf dem Gebiet der Unfallversicherung wirkt die Rechtskraft insofern über die Parteien hinaus, als die Bewilligung einer Entschädigung seitens einer Berufsgenossenschaft die Durchführung des Entschädigungsanspruchs gegen eine andere Berufsgenossenschaft ausschließt.
2. Die materielle Rechtskraft wird durch eine Reihe von Ausnahmen durchbrochen:
- a) Die Versicherungsträger der Unfall-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung können, falls sie sich bei erneuter Prüfung überzeugen, daß eine Entschädigung zu Unrecht ganz oder teilweise abgelehnt, entzogen, eingestellt oder zu niedrig festgestellt ist, trotz Rechtskraft des ablehnenden, entziehenden oder einstellenden Bescheides zugunsten des Entschädigungsberechtigten die Entschädigung jederzeit neu feststellen, bzw. den Rentenausschuß zu einer neuen Feststellung veranlassen, §§ 619, 955, 1117, 1319, 1372 RVO., 79 AVG.
  - b) In der Unfallversicherung ist für die Feststellung von Dauerrenten (vgl. oben S. 365) die für die vorläufigen Renten getroffene Feststellung der Grundlagen der Rentenberechnung nicht bindend, § 1585 Abs. II RVO.
  - c) In der Unfallversicherung sind an der Frage, welcher von mehreren Versicherungsträgern haftet, mehrere Versicherungsträger beteiligt, so daß diese Frage nicht nur zwischen dem Entschädigungsberechtigten und einem einzelnen Versicherungsträger festgestellt werden kann. Darum kann einmal im Rekursverfahren sowie in den besonderen Arten des Verfahrens<sup>3)</sup> ein Versicherungsträger, gegen den ein Entschädigungsanspruch bereits rechtskräftig abgelehnt war, trotzdem beigeladen und zur Entschädigung verurteilt werden, §§ 1703, 1737, 1741 RVO., und es kann andererseits, falls wegen desselben Unfalls Ent-

---

<sup>1)</sup> Dabei gelten als Rechtsnachfolger nicht nur die kraft Erbfolge oder zulässiger Übertragung des Anspruchs eintretenden Personen, sondern auch die Versicherungsträger, wenn im Fall von Ersatzansprüchen der Entschädigungsanspruch des Rentenberechtigten kraft Gesetzes auf sie übergeht, oder wenn durch Änderung im Bestande einer Genossenschaft oder durch Übergang einzelner Betriebe in das Kataster einer anderen Genossenschaft die neue Genossenschaft Entschädigungsansprüche zu befriedigen hat, die aus Unfällen in den ausgeschiedenen Betrieben erwachsen sind, §§ 643, 673 RVO.

<sup>2)</sup> Um mehrfache Prozesse über die gleiche Frage zu vermeiden, ist daher vielfach eine Beiladung zulässig; vgl. oben S. 428.

<sup>3)</sup> Also bei Streit mehrerer Versicherungsträger über die Entschädigungslast und im Verteilungsverfahren; vgl. unten Kapitel V.



schädigungsansprüche gegen mehrere Versicherungsträger rechtskräftig anerkannt worden sind, die zu Unrecht ergangene Entscheidung aufgehoben und über etwaige Ersatzansprüche entschieden werden, § 1706 RVO.

- d) Über die Neufeststellung oder Einstellung der Entschädigung wegen Änderung der Verhältnisse vgl. oben S. 242 und S. 365.
- e) Über die Wiederaufnahme des Verfahrens vgl. unten Kapitel IV.

### Kapitel III.

## Rechtsmittel.

Unter einem Rechtsmittel versteht man einen Angriff gegen die (tatsächliche oder rechtliche) Richtigkeit einer Entscheidung mit dem Ziel, daß diese Entscheidung durch eine andere ersetzt werde. Die Entscheidung, welche angegriffen werden soll, ist regelmäßig die Entscheidung einer Versicherungsbehörde; dann geht der Rechtszug an die nächsthöhere Behörde als „übergeordnete Instanz“. Die angegriffene Entscheidung kann im Versicherungsprozeß aber auch die Entscheidung eines Versicherungsträgers sein; dann fehlt es in prozeßrechtlichem Sinne an einer Entscheidung „in erster Instanz“, vielmehr beginnt ein eigentliches Streitverfahren sogleich in der Rechtsmittelinstanz.

Rechtsmittel sind nur insoweit zulässig, als die angefochtene Entscheidung den gestellten Anträgen nicht entspricht. Soweit dagegen ein Beteiligter alles das zugesprochen erhalten hat, was er in einer früheren Instanz beansprucht hatte, steht ihm gegen eine solche Entscheidung ein Rechtsmittel nicht zu<sup>1)</sup>. Die Zulässigkeit von Rechtsmitteln ist ferner auf den Inhalt der Urteilsformel beschränkt, während ein Rechtsmittel lediglich gegen den Inhalt der Entscheidungsgründe nicht stattfindet. Über das Verbot der *reformatio in peius* vgl. oben S. 434.

Durch den Gebrauch (die „Einlegung“) eines Rechtsmittels wird ein neues Verfahren vor dem Rechtsmittelgericht eröffnet über die Frage, ob der Antrag auf Aufhebung oder Abänderung der angefochtenen Entscheidung gerechtfertigt ist oder nicht. Für dieses Verfahren gelten im wesentlichen die gleichen Grundsätze wie für das Verfahren in erster Instanz, und zwar im Rechtsmittelverfahren des Spruchverfahrens die Grundsätze über das Verfahren in der ersten Instanz des Spruchverfahrens, im Rechtsmittelverfahren des Beschlußverfahrens die Grundsätze über das Verfahren in der ersten Instanz des Beschlußverfahrens. Es bedarf daher im folgenden nur der Untersuchung, in welchen wichtigsten Punkten das Rechtsmittelverfahren von dem Verfahren in erster Instanz abweicht.

<sup>1)</sup> Daraus erklärt sich die relative Rechtskraft der Bescheide der Versicherungsträger (vgl. oben S. 453), da hier der Bescheid den Antrag ersetzt.

Die Einlegung von Rechtsmitteln ist im Spruchverfahren stets, im Beschlußverfahren vielfach an eine bestimmte Frist<sup>1)</sup> geknüpft. Diese Frist beträgt, soweit das Gesetz nichts anderes vorschreibt, einen Monat nach Zustellung der angefochtenen Entscheidung. Für Seeleute, die sich außerhalb Europas aufhalten, wird die Frist von derjenigen Stelle bestimmt, welche die angefochtene Entscheidung erlassen hat; sie muß mindestens drei Monate von der Zustellung an betragen, §§ 128 RVO., 328 AVG.

Wird das Rechtsmittel erst nach Ablauf der Frist eingelegt, so wird es ohne erneute sachliche Prüfung der Streitsache als unzulässig verworfen<sup>2)</sup>. Jedoch wird gegen die Versäumung der Frist einem Beteiligten auf seinen Antrag die Wiedereinsetzung in den vorigen Stand gewährt, wenn er entweder durch Naturereignisse oder andere unabwendbare Zufälle an der Einhaltung der Frist gehindert worden oder wenn die verspätet eingegangene Rechtsmittelschrift der Post mindestens drei Tage vor Ablauf der Frist zur Bestellung übergeben worden ist. Der Antrag auf Wiedereinsetzung ist im ersteren Falle nach Wegfall des Hindernisses binnen einer Frist zu stellen, deren Dauer durch die Dauer der versäumten Frist bestimmt wird, im zweiten Falle binnen einem Monat nach dem Tage, an welchem den Beteiligten bekannt wird, daß sie die Frist versäumt haben, in beiden Fällen aber spätestens bis zum Ablauf von zwei Jahren vom Ende der versäumten Frist an, §§ 131, 132 RVO., 331, 332 AVG.<sup>3)</sup>

Die Rechtsmittel haben regelmäßig keine aufschiebende Wirkung („Suspensiveffekt“), vielmehr tritt die in der angefochtenen Entscheidung ausgesprochene Folge (Verpflichtung zur Zahlung, Einstellung der Entschädigung usw.) sofort ohne Rücksicht darauf ein, ob ein Rechtsmittel eingelegt wird oder nicht, §§ 130 RVO., 330 AVG.<sup>4)</sup>. Die Rechtsmittel haben dagegen sogen. „Devolutiv-effekt“, d. h. die Streitsache wird auf Grund der Einlegung des Rechtsmittels nicht von der gleichen Instanz noch einmal geprüft, welche die angefochtene Entscheidung erlassen hatte, sondern die Entscheidung der Streitsache wird, auch wenn jene Instanz die Anfechtung für begründet hält und daher bereit wäre, die Entscheidung abzuändern, durch die Einlegung des Rechtsmittels stets auf die höhere Instanz „abgewälzt“.

<sup>1)</sup> Über die (dem bürgerlichen Recht entsprechende) Berechnung der Fristen vgl. §§ 124—127 RVO., 324—327 AVG.

<sup>2)</sup> Vgl. jedoch §§ 1711 RVO., 287 AVG.

<sup>3)</sup> Näheres über das Verfahren bei Wiedereinsetzung in den vorigen Stand vgl. §§ 133, 134 RVO., 333, 334 AVG.

<sup>4)</sup> Ausnahmen vgl. §§ 1682, 1683, 1710, 1779, 1794, 1797 RVO., 277, 291 AVG. Doch müssen zu Unrecht bezahlte oder nicht bezahlte Beträge nach rechtskräftiger Entscheidung zurückgezahlt bzw. nachgezahlt werden. Die Träger der Unfallversicherung und Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung brauchen indessen eine Entschädigung nicht zurückzufordern, die sie vor rechtskräftiger Entscheidung zahlen mußten, §§ 620, 955, 1117, 1320, 1372 RVO., 80 AVG.

Der Versicherungsprozeß kennt fünf Rechtsmittel: Gegen Urteile und den Urteilen gleichgestellte Entscheidungen (Feststellungsbescheide der Versicherungsträger der Unfallversicherung und der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung der Arbeiterversicherung und Bescheide der Rentenausschüsse) geht zur Herbeiführung einer Entscheidung zweiter Instanz die Berufung (§ 1), zur Herbeiführung einer Entscheidung dritter Instanz die Revision und der Rekurs (§ 2), gegen andere Entscheidungen, vor allem gegen die Entscheidungen, die im Beschlußverfahren ergehen, geht zur Herbeiführung einer Entscheidung zweiter Instanz die Beschwerde, zur Herbeiführung einer Entscheidung dritter Instanz die weitere Beschwerde (§ 3).

### § 1.

#### **Berufung.**

Die Berufung richtet sich im Verfahren der Arbeiterversicherung einmal gegen die Urteile des Versicherungsamts, die im Spruchverfahren in erster Instanz ergangen sind (also in Rentenstreitsachen der Krankenversicherung und in anderen Spruchsachen der gesamten Arbeiterversicherung), andererseits gegen die Feststellungsbescheide der Versicherungsträger der Unfallversicherung und Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung, im Verfahren der Angestelltenversicherung gegen die Bescheide der Rentenausschüsse in Rentenstreitsachen. Die Berufung geht im Verfahren der Arbeiterversicherung stets an das Oberversicherungsamt, im Verfahren der Angestelltenversicherung an das Schiedsgericht<sup>1)</sup>.

Die Einlegung der Berufung geschieht in Sachen der Krankenversicherung bei dem Versicherungsamt, das sie mit den Vorverhandlungen dem Oberversicherungsamt einreicht, § 1680 RVO., im übrigen bei dem Oberversicherungsamt bzw. Schiedsgericht. Eine unzuständige Stelle hat die Berufung sogleich an die zuständige Stelle abzugeben.

Das Berufungsgericht hat den gesamten Sachverhalt in tatsächlicher wie in rechtlicher Beziehung neu zu prüfen; neue Tatsachen dürfen vorgebracht, neue Beweise erhoben werden (novum iudicium).

Das Urteil ergeht, falls die angefochtene Entscheidung sich als richtig erweist, auf Zurückweisung der Berufung, falls die angefochtene Entscheidung sachlich ungerechtfertigt erscheint, auf Abänderung dieser Entscheidung in dem vom Berufungsgericht für richtig erkannten Sinne, falls das Verfahren an einem erheblichen Mangel leidet, auf Aufhebung der angefochtenen Entscheidung; in letzterem Falle kann das Berufungsgericht die Sache an die Vorinstanz oder den Versicherungsträger zurückverweisen sowie die Gewährung einer vorläufigen Entschädigung anordnen, §§ 1690 RVO., 278 AVG. Ein Bescheid eines Trägers der Unfallversicherung oder Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung der Arbeiterversicherung, der eine Kapitalabfindung fest-

<sup>1)</sup> Über die örtliche Zuständigkeit vgl. oben S. 415 ff. u. S. 424.

stellt, kann jedoch nur entweder bestätigt oder aufgehoben werden, § 1689 RVO. Der Vorsitzende allein kann durch eine Vorentscheidung (vgl. oben S. 449) die Berufung ohne mündliche Verhandlung zurückweisen, und zwar im Verfahren der Arbeiterversicherung stets, im Verfahren der Angestelltenversicherung bei verspäteter oder unzulässiger Einlegung der Berufung, §§ 1657, 1679 RVO., 271 AVG.

Steht es fest, daß das Urteil des Berufungsgerichts mit einem Rechtsmittel nicht mehr anfechtbar ist, so vermerkt der Vorsitzende unter Hinweis auf die gesetzlichen Vorschriften am Schlusse des Urteils, daß hiergegen kein Rechtsmittel mehr zulässig ist, §§ 1692 RVO., 279 AVG.<sup>1)</sup>.

## § 2.

### Revision und Rekurs.

Revision und Rekurs sind die Rechtsmittel gegen die Urteile der Berufungsgerichte, also der Obergewerksämter in der Arbeiterversicherung, der Schiedsgerichte in der Angestelltenversicherung. Beide Rechtsmittel gehen in der Arbeiterversicherung an das Reichsversicherungsamt bzw. ein Landesversicherungsamt, in der Angestelltenversicherung an das Oberschiedsgericht.

Die Einlegung beider Rechtsmittel hat bei dem Rechtsmittelgericht zu erfolgen, und zwar in schriftlicher Form; eine unzuständige Stelle hat die Rechtsmittelschrift an die zuständige Stelle weiterzugeben. Die Rechtsmittelschrift soll die Gründe bezeichnen, aus denen das Berufungsurteil angefochten wird, doch ist das Rechtsmittelgericht nicht auf eine Prüfung dieser Gründe beschränkt, sondern kann das angefochtene Urteil gegebenenfalls auch aus anderen Gründen aufheben, §§ 1709 RVO., 285 AVG., 22 RVAO. Nur darf, falls das im übrigen zulässige Rechtsmittel sich auch auf solche Ansprüche bezieht, für die das Rechtsmittel ausgeschlossen ist (vgl. unten), über diese Ansprüche nur dann entschieden werden, wenn den zulässigen Anträgen ganz oder zum Teil entsprochen wird, §§ 1707 RVO., 283 AVG.

Die Entscheidung geht, falls die angefochtene Entscheidung sich als richtig erweist, auf Zurückweisung des Rechtsmittels, falls die angefochtene Entscheidung sachlich ungerechtfertigt erscheint, entweder auf Abänderung dieser Entscheidung in dem vom Rechtsmittelgericht für richtig erkannten Sinne oder auf Aufhebung dieser Entscheidung und Zurückverweisung an eine der Vorinstanzen oder an den Versicherungsträger. Dabei kann die Gewährung einer vorläufigen Leistung angeordnet werden. Die Stelle, an welche die Sache überwiesen wird, ist an die rechtliche Beurteilung gebunden, die der Aufhebung des angefochtenen Urteils zugrunde liegt, §§ 1715 RVO., 293 AVG. Bei verspäteter oder unzulässiger Einlegung des Rechtsmittels kann endlich der Vorsitzende, falls er mit dem Berichterstatter über die Verspätung oder Unzulässigkeit einig ist, das Rechtsmittel ohne münd-

---

<sup>1)</sup> Vgl. hierzu §§ 1711 RVO., 287 AVG.

liche Verhandlung durch eine Vorentscheidung (vgl. oben S. 449) als unzulässig verwerfen. Ist das Rechtsmittel als verspätet verworfen, so kann jedoch der Antragsteller binnen 1 Woche nach Zustellung des Beschlusses die Entscheidung des vollbesetzten Gerichts anrufen; die Entscheidung muß hierauf hinweisen, §§ 1713 RVO., 290 AVG.

Im einzelnen gelten für Revision und Rekurs folgende Bestimmungen:

### I. Revision.

Die Revision ist im Gegensatz zum Rekurs im wesentlichen auf die Rüge von Rechtsirrtümern beschränkt (*revisio in iure*), während der tatsächliche Sachverhalt vom Berufungsgericht endgültig festgestellt ist.

A. Die Revision kann daher nur gestützt werden, §§ 1697 RVO., 286 AVG.:

1. auf eine Rechtsverletzung; eine solche liegt vor, wenn eine Rechtsnorm nicht oder nicht richtig angewendet worden ist<sup>1)</sup>;
2. auf einen Verstoß wider den klaren Inhalt der Akten; ein solcher liegt insbesondere dann vor, wenn eine Tatsache festgestellt worden ist, für die sich in den Akten kein genügender Anhalt findet, oder wenn ein Beweis oder eine Behauptung über eine erhebliche Tatsache, die zu einer anderen Entscheidung hätte führen können, in der Entscheidung völlig übergangen, also weder im Tatbestand noch in den Entscheidungsgründen berücksichtigt ist;
3. auf wesentliche Mängel des Verfahrens, und zwar einschließlich des Feststellungsverfahrens.

In den Fällen zu 1) und 2) ist die Revision indessen nur dann begründet, wenn die angefochtene Entscheidung auf der Rechtsverletzung oder dem Aktenverstoß beruht, während im Falle zu 3) ohne weiteres unterstellt wird, daß die angefochtene Entscheidung durch den Verfahrensmangel beeinflußt worden ist.

B. Die Revision ist das regelmäßige Rechtsmittel gegen die Berufungsurteile: Sie findet bei den Rentenstreitsachen der Krankenversicherung und (Arbeiter- wie Angestellten-) Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung sowie bei den sonstigen Spruchsachen der gesamten sozialen Versicherung statt, §§ 1694, 1777 RVO., 281 AVG. Doch ist sie in einzelnen einfachen Sachen ausgeschlossen, in denen somit das Berufungsgericht endgültig entscheidet. Es sind das folgende Fälle:

1. In der Krankenversicherung, § 1695 RVO.:
  - a) Höhe des Kranken-, Haus- oder Sterbegeldes;
  - b) Unterstützungsfälle, in denen der Kranke nicht oder weniger als 8 Wochen arbeitsunfähig war;

<sup>1)</sup> Im Gegensatz zum Zivilprozeß ist im Versicherungsprozeß jede Rechtsnorm des Reichs- oder Landesrechts revisibel.

- c) Wochenhilfe;
  - d) Familienhilfe;
  - e) Abfindung;
  - f) Kosten des Verfahrens.
2. In der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung der Arbeiterversicherung, § 1696 RVO.:
- a) Höhe, Beginn und Ende der Rente;
  - b) Kapitalabfindung;
  - c) Witwengeld;
  - d) Waisenaussteuer;
  - e) Kosten des Verfahrens.
3. In anderen Spruchsachen als Rentenstreitsachen, wenn es sich bei Erstattungs- und Ersatzansprüchen um vorübergehende Leistungen handelt, jedoch mit Ausnahme der Erstattungs- und Ersatzansprüche, die im 5. Buche der Reichsversicherungsordnung geregelt sind, § 1778.
4. In der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung der Angestelltenversicherung, § 282 AVG.:
- a) Höhe, Beginn und Ende von Ruhegeld oder Leibrente;
  - b) Hinterbliebenenrente;
  - c) Abfindung oder Erstattung;
  - d) Kosten des Verfahrens.

## II. Rekurs.

Der Rekurs ermöglicht, ebenso wie die Berufung, dagegen anders als die Revision, die erneute Prüfung des gesamten Sachverhalts nicht nur in rechtlicher, sondern auch in tatsächlicher Beziehung (novum iudicium). Im Rekursverfahren können daher jederzeit neue Tatsachen vorgebracht und neue Beweise erhoben werden.

Ein Rekurs findet lediglich gegen die Berufungsurteile im Verfahren der Unfallversicherung statt, und auch hier nur in Rentenstreitsachen, nicht dagegen in den sonstigen Spruchsachen, §§ 1700, 1777 RVO. Auch die Zulässigkeit des Rekurses ist wie die der Revision in den einfacheren Sachen ausgeschlossen. Unzulässig ist der Rekurs hiernach in folgenden 10 Fällen, in denen es sich handelt um, § 1700 RVO.:

- a) Krankenbehandlung oder Hauspflege;
- b) Renten für eine Erwerbsunfähigkeit, die zur Zeit der Entscheidung des Rekursgerichtes unstreitig oder nach rechtskräftiger Feststellung vorübergegangen ist;
- c) Rententeile, die bei dauernder Erwerbsunfähigkeit für begrenzte und bereits abgelaufene Zeiträume zu gewähren sind;
- d) Heilanstaltspflege;
- e) Angehörigenrente;
- f) Sterbegeld;
- g) vorläufige Renten;

- h) Neufeststellung von Dauerrenten wegen Änderung der Verhältnisse<sup>1)</sup>;
- i) Kapitalabfindung;
- k) Kosten des Verfahrens.

Die Entscheidung kann in Rekursachen nicht nur den oben S. 459 angegebenen Inhalt haben, sondern für den Fall, daß die Entschädigungspflicht eines Versicherungsträgers bereits endgültig feststeht, wegen des gleichen Unfalles aber ein Verfahren gegen einen anderen Versicherungsträger anhängig wird, auch auf Einstellung dieses zweiten Verfahrens lauten, § 1705 RVO.

### § 3.

#### Beschwerde und weitere Beschwerde.

Beschwerde und weitere Beschwerde sind insbesondere die Rechtsmittel des Beschlußverfahrens. Die Beschwerde geht gegen die Entscheidungen der Versicherungsträger oder Versicherungsbehörden, die weitere Beschwerde gegen eine in der Beschwerdeinstanz ergangene Entscheidung der Versicherungsbehörden, §§ 1791—93, 1797 RVO. Die auf weitere Beschwerde ergangenen Entscheidungen des Oberversicherungsamts sind endgültig, eine dritte Beschwerde findet also niemals statt, § 1798 RVO.

Sind Beschwerde oder weitere Beschwerde unzulässig oder verspätet, so werden sie, ohne daß es der Anhörung der Beteiligten bedarf, verworfen<sup>2)</sup>. Anderenfalls sind die Beteiligten zu hören. Ist das Rechtsmittel unbegründet, so wird es zurückgewiesen; ist es begründet, so kann die zur Entscheidung berufene Stelle entweder selbst entscheiden, indem sie die angefochtene Entscheidung abändert, oder aber sie kann auch die angefochtene Entscheidung aufheben und die Sache an eine Vorinstanz oder an den Versicherungsträger, dessen Entscheidung angefochten wird, zurückverweisen. Die Stelle, an welche die Sache überwiesen wird, ist an die rechtliche Beurteilung gebunden, die der Aufhebung der angefochtenen Entscheidung zugrunde liegt, §§ 1795, 1796, 1797 Abs. II RVO.

## Kapitel IV.

### Wiederaufnahme des Verfahrens.

Unter Wiederaufnahme des Verfahrens versteht man die Erneuerung des Verfahrens über eine Streitsache, die bereits durch eine rechtskräftige Entscheidung erledigt ist, und gegebenenfalls

<sup>1)</sup> Neuerung der RVO. zum Zwecke der Entlastung des Reichsversicherungsamts.

<sup>2)</sup> Über die hierbei zulässige Vorentscheidung im Verfahren vor dem Reichsversicherungsamt vgl. § 38 RVAO. und dazu oben S. 449/50.

die Aufhebung und Ersetzung dieser Entscheidung durch eine andere<sup>1)</sup>. Die Wiederaufnahme des Verfahrens ist regelmäßig unzulässig und nur ausnahmsweise unter bestimmten vom Gesetz erschöpfend aufgezählten Voraussetzungen zugelassen, bei deren Vorliegen die Verurteilung eines Rechtsbehelfs unbillig erscheinen würde.

Die Wiederaufnahme findet jedoch auch in diesen Fällen nur gegen Urteile statt, die im Spruchverfahren ergangen sind, während eine Wiederaufnahme im Beschlußverfahren grundsätzlich und im Spruchverfahren gegen andere Entscheidungen als gegen Urteile unzulässig ist. Den Urteilen werden aber die Feststellungsbescheide der Träger der Unfallversicherung und Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung hinsichtlich der Wiederaufnahme des Verfahrens vielfach gleichgestellt, da auch diese Bescheide der Rechtskraft fähig sind (vgl. oben S. 453, Anm. 1)<sup>2)</sup>.

Die Voraussetzungen der Wiederaufnahme bestehen teilweise in bestimmten wesentlichen formellen Mängeln des Verfahrens ohne Rücksicht auf den Inhalt des Urteils, teilweise in bestimmten wesentlichen materiellen Mängeln, die einen für eine Partei ungünstigen Einfluß auf den Inhalt des Urteils geäußert haben. Im ersteren Falle kann die Entscheidung mit der Nichtigkeitsklage angefochten werden (§ 1), im zweiten Falle findet gegen die Entscheidung die Restitutionsklage statt (§ 2)<sup>3)</sup>. Das Verfahren in dem beide Klagen zu erledigen sind, ist im wesentlichen das gleiche (§ 3)<sup>4)</sup>.

## § 1.

### Nichtigkeitsklage.

Die Nichtigkeitsklage ist in 4 Fällen zulässig, in denen ein Verstoß gegen wesentliche Verfahrensvorschriften stattgefunden hat, §§ 1722 RVO., 297 AVG.:

1. Wenn die entscheidende Stelle nicht vorschriftmäßig besetzt war;
2. wenn eine Person bei der Entscheidung mitgewirkt hat, die von der Mitwirkung aus einem gesetzlichen Grund ausgeschlossen war, sofern

---

<sup>1)</sup> Die Wiederaufnahme unterscheidet sich also dadurch von den Rechtsmitteln, daß sie sich gegen eine bereits rechtskräftige Entscheidung wendet, während die Rechtsmittel eine noch nicht rechtskräftige Entscheidung anfechten sollen.

<sup>2)</sup> Darüber, daß diese Versicherungsträger auch ohne förmliche Wiederaufnahme des Verfahrens zugunsten des Entschädigungsberechtigten die Entschädigung jederzeit neu feststellen können, vgl. §§ 619, 955, 1117, 1319, 1372 RVO., 79 AVG. und dazu oben S. 455.

<sup>3)</sup> Werden beide Klagen gleichzeitig erhoben, so wird die Entscheidung über die Restitutionsklage bis zur Entscheidung über die Nichtigkeitsklage ausgesetzt.

<sup>4)</sup> Gegen Entscheidungen, die vor dem Inkrafttreten des neuen Rechtes rechtskräftig geworden oder die im Verfahren nach den alten Vorschriften erledigt und nach diesem Tage rechtskräftig geworden sind, findet die Wiederaufnahme des Verfahrens nach den Vorschriften der RVO. statt, Art. 96.



nicht dieses Hindernis durch Ablehnung oder Rechtsmittel ohne Erfolg geltend gemacht worden ist;

3. wenn bei der Entscheidung eine Person mitgewirkt hat, obgleich sie als befangen abgelehnt und die Ablehnung für begründet erklärt worden war;
4. wenn eine Partei in dem Verfahren nicht nach Vorschrift der Gesetze vertreten war, sofern sie nicht die Führung des Streites ausdrücklich oder stillschweigend genehmigt hat.

In den Fällen zu 1 und 3 ist jedoch die Wiederaufnahme unstatthaft, wenn der Anfechtungsgrund durch ein Rechtsmittel geltend gemacht werden konnte.

Eine Nichtigkeitsklage findet lediglich gegen die Entscheidungen der Versicherungsbehörden einschließlich der Rentenausschüsse statt, nicht dagegen gegen die Feststellungsbescheide der Versicherungsträger der Unfallversicherung und Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung der Arbeiterversicherung, §§ 1722, 1744 RVO., 297, 310 AVG.

## § 2.

### Restitutionsklage.

Die Restitutionsklage findet in 6 Fällen statt, §§ 1723 RVO., 298 AVG.:

1. Wenn eine Urkunde, auf die sich die Entscheidung stützt, fälschlich angefertigt oder verfälscht war;
2. wenn durch Beeidigung eines Zeugnisses oder eines Gutachtens, auf das sich die Entscheidung stützt, der Zeuge oder Sachverständige vorsätzlich oder fahrlässig die Eidespflicht verletzt hat;
3. wenn der Vertreter der Partei oder der Gegner oder sein Vertreter die Entscheidung durch eine mit öffentlicher Strafe bedrohte Handlung erwirkt hat;
4. wenn eine Person bei der Entscheidung mitgewirkt hat, die bei der Verhandlung ihre Amtspflichten gegen die Partei verletzt hat, sofern diese Verletzung mit öffentlicher Strafe bedroht ist;
5. wenn ein strafgerichtliches Urteil, auf das sich die Entscheidung stützt, durch ein anderes rechtskräftig gewordenes Urteil aufgehoben worden ist;
6. wenn eine Partei nachträglich eine Urkunde, die eine ihr günstigere Entscheidung herbeigeführt haben würde, auffindet oder zu benutzen in stand gesetzt wird.<sup>1)</sup>

Die Restitutionsklage ist nur zulässig, einmal wenn die Partei ohne ihr Verschulden den Anfechtungsgrund in dem früheren Verfahren, insbesondere durch Einlegung eines Rechtsmittels, nicht geltend machen konnte, §§ 1725 RVO., 300 AVG., andererseits in den Fällen zu 1—4, wenn entweder wegen der strafbaren Handlung eine rechtskräftige

<sup>1)</sup> Diese Urkunde muß aber bereits zur Zeit der Entscheidung vorhanden gewesen sein, nicht also z. B. neue ärztliche Gutachten.

strafgerichtliche Verurteilung ergangen ist, oder wenn ein gerichtliches Strafverfahren aus anderen Gründen als wegen Mangels an Beweis nicht eingeleitet oder nicht durchgeführt werden konnte, §§ 1724 RVO., 299 AVG.

Die Restitutionsklage findet sowohl gegen die Entscheidungen der Versicherungsbehörden wie gegen die Feststellungsbescheide der Versicherungsträger der Unfallversicherung und Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung statt, gegenüber den letzteren findet indessen in der Arbeiterversicherung der Fall 4 der Restitutionsklage (strafbare Verletzung der Amtspflichten) keine Anwendung, §§ 1744 RVO., 310 AVG.

### § 3.

#### Verfahren bei Wiederaufnahme.

Die Wiederaufnahme erfolgt auf Antrag eines Beteiligten oder von Amts wegen. Der Antrag ist bei der zuständigen Behörde zu stellen. Eine nicht zuständige Behörde hat ihn an die zuständige Behörde weiterzugeben, §§ 1729, 1730, 1744 RVO., 304, 305, 310 AVG.

Zuständig ist die Spruchstelle, deren Urteil oder Bescheid angefochten wird. Sind mehrere Entscheidungen angefochten, die von Spruchstellen verschiedener Ordnung erlassen sind, so entscheidet die Spruchstelle höherer Ordnung. Jedoch entscheidet, falls die Restitutionsklage gegen ein in der Revisionsinstanz ergangenes Urteil des Reichsversicherungsamts, eines Landesversicherungsamts oder des Oberschiedsgerichts auf einen der Gründe zu 1, 2, 5 oder 6 gestützt wird, an Stelle dieser Behörden das Obergversicherungsamt bzw. Schiedsgericht, §§ 1727, 1744 RVO., 302, 310 AVG.

Der Antrag ist binnen einem Monat nach dem Tage zu stellen, an dem die Partei den Anfechtungsgrund erfährt<sup>1)</sup>, spätestens aber innerhalb von 5 Jahren vom Tage der Rechtskraft an<sup>2)</sup>. Ist der Antrag verspätet oder unzulässig, so kann ihn der Vorsitzende der Spruchstelle ohne mündliche Verhandlung durch eine mit Gründen versehene Vorentscheidung verwerfen, der Vorsitzende eines Spruchsenats oder des Oberschiedsgerichts jedoch nur, wenn er mit dem Berichterstatter darüber einig ist. Der Antragsteller kann in diesem Falle binnen einer Woche nach der Zustellung die Entscheidung des vollbesetzten Gerichts anrufen; die Vorentscheidung muß darauf verweisen. Ist der Antrag rechtzeitig gestellt und zulässig, so wird die Hauptsache, soweit der Anfechtungsgrund sie betrifft, neu verhandelt. Für das neue Verfahren gelten die Vorschriften, die für diejenige Instanz maßgebend sind,

<sup>1)</sup> Falls die Wiederaufnahme wegen mangelnder Vertretung beantragt wird, binnen einem Monat nach dem Tage, an dem die Entscheidung der Partei selbst, oder, wenn die Partei nicht fähig war, den Streit selbst zu betreiben, nach dem Tage, an dem die Entscheidung dem gesetzlichen Vertreter der Partei zugestellt worden ist.

<sup>2)</sup> Bei mangelnder Vertretung vom Tage der Zustellung an die Partei bzw. ihren Vertreter.

bei der das neue Verfahren anhängig geworden ist. Rechtsmittel gegen die in diesem Verfahren ergehenden neuen Entscheidungen sind insoweit zulässig, als sie gegen die Entscheidungen der mit der Wiederaufnahme befaßten Instanzen überhaupt gegeben sind, §§ 1731—33, 1744 RVO., 306—08, 310 AVG.

## Kapitel V.

### Besondere Arten des Verfahrens.

In einzelnen Fällen erscheint das ordentliche Verfahren mit seinen drei Instanzen zu umständlich und schwerfällig; in solchen Fällen gibt es daher, wie im Zivilprozeß, so auch im Versicherungsprozeß besondere Arten des Verfahrens, die eine Abkürzung und Beschleunigung bezwecken. Dieser Zweck wird dadurch erreicht, daß an Stelle der regelmäßig bestehenden drei Instanzen sogleich das Reichsversicherungsamt oder Landesversicherungsamt in erster und letzter Instanz entscheidet.

Dieses beschleunigte Verfahren ist indessen nur in geringem Umfange zugelassen, nämlich lediglich für bestimmte Streitigkeiten zwischen verschiedenen Trägern der Unfallversicherung, bei denen entweder im Interesse des Entschädigungsberechtigten eine Beschleunigung erforderlich erscheint, oder aber der Streit sich im wesentlichen nicht um Rechts- sondern um Zweckmäßigkeitsfragen dreht, bezüglich deren eine Entscheidung durch eine einzige Instanz daher ausreicht.

Aus diesen Gesichtspunkten heraus ist ein besonderes Verfahren lediglich in zwei Fällen zugelassen<sup>1)</sup>, nämlich bei Streit mehrerer Träger der Unfallversicherung einmal darüber, wer von ihnen entschädigungspflichtig ist (§ 1), andererseits über eine angemessene Verteilung der Entschädigungslast (§ 2). Beide Verfahren können miteinander verbunden werden<sup>2)</sup>.

#### § 1.

#### Streit mehrerer Versicherungsträger über die Entschädigungspflicht.

A. Das Verfahren ist unter drei Voraussetzungen zulässig, § 1735:

1. Die mehreren in Betracht kommenden Versicherungsträger müssen übereinstimmend anerkennen, daß ein entschädigungspflichtiger Unfall vorliegt.

<sup>1)</sup> Die RVO. zählt freilich in dem Abschnitt über besondere Arten des Verfahrens 4 Fälle auf. Die Fälle zu 3 und 4 (Feststellung der Anwartschaft auf Witwenrente, § 1743, und Anfechtung endgültiger Bescheide der Versicherungsträger, § 1744) stehen aber weder unter sich noch mit den Fällen zu 1 und 2 in innerem Zusammenhange, noch stellen sie überhaupt eine besondere Art des Verfahrens dar, d. h. eine von dem sonstigen Prozeßrecht abweichend geregelte Art von Prozessen. Sie gehören vielmehr teils in das Feststellungsverfahren der Invalidenversicherung teils zur Wiederaufnahme des Verfahrens und sind daher dort behandelt (vgl. oben S. 242 und S. 462 ff.).

<sup>2)</sup> Übergangsbestimmungen vgl. Art. 91.

2. Sie müssen jedoch darüber streiten, wer von ihnen dem Betroffenen die Entschädigung für diesen Unfall zu gewähren hat.
  3. Es darf noch von keinem der Versicherungsträger der Entschädigungsanspruch durch einen Bescheid vorbehaltlos anerkannt sein<sup>1)</sup>.
- B. Der Gang des Verfahrens ist folgender, §§ 1735—38:
1. Der zunächst in Anspruch genommene Träger der Versicherung wendet dem Entschädigungsberechtigten eine vorläufige Fürsorge zu, um ihn vor Hilfsbedürftigkeit zu schützen.
  2. Er teilt dem anderen Versicherungsträger die Verhandlungen mit und fordert ihn zur Anerkennung der Entschädigungspflicht auf.
  3. a) Erkennt dieser die Entschädigungspflicht an, so ist das Verfahren damit erledigt, der anerkennende Versicherungsträger stellt die geschuldeten Leistungen im ordentlichen Entschädigungsverfahren durch berufungsfähigen Bescheid fest und ersetzt dem ersten Versicherungsträger seine Aufwendungen (vgl. 1).  
b) Lehnt er dagegen die Entschädigungspflicht ab oder erklärt er sich nicht binnen 6 Wochen, so legt der erste Versicherungsträger die Sache dem Reichsversicherungsamt oder Landesversicherungsamt unter Darstellung des Sach- und Streitverhältnisses vor mit dem Antrag, den anderen Versicherungsträger für entschädigungspflichtig zu erklären.
  4. Beim Reichsversicherungsamt oder Landesversicherungsamt findet nunmehr ein Spruchverfahren über die Frage der Entschädigungspflicht statt. Die erforderlich erscheinenden Beweise werden von Amts wegen erhoben, und auch sonst richtet sich das Verfahren im wesentlichen nach den gleichen Grundsätzen wie im Rekursverfahren. Etwa beteiligte sonstige Versicherungsträger werden beigeladen (vgl. oben S. 428). Sie können auch dann zur Entschädigung verurteilt werden, wenn der Anspruch gegen sie bereits rechtskräftig abgelehnt war. Wenn jedoch im Rekursverfahren die Entschädigungspflicht eines Versicherungsträgers verneint worden war, weil ein anderer Versicherungsträger entschädigungspflichtig sei, so kann die Entschädigungspflicht des anderen Versicherungsträgers nunmehr nicht aus dem Grunde verneint werden, weil der in dem früheren Verfahren befreite Versicherungsträger entschädigungspflichtig sei. Die Entscheidung wird außer den beteiligten Versicherungsträgern auch dem Entschädigungsberechtigten zugestellt.
  5. Der für entschädigungspflichtig erklärte Versicherungsträger stellt die geschuldeten Leistungen im ordentlichen Entschädigungs-

---

<sup>1)</sup> Dagegen kann der Entschädigungsanspruch durch Bescheid abgelehnt sein. Auch kann über die Verpflichtung eines der anderen Versicherungsträger bereits eine rechtskräftige Entscheidung vorliegen. Nicht erheblich ist es ferner, ob der Entschädigungsanspruch als solcher rekursfähig ist, sondern es genügt z. B. ein Anspruch auf Sterbegeld.

verfahren durch Bescheid fest und ersetzt gegebenenfalls dem ersten Versicherungsträger seine Aufwendungen (vgl. 1).

## § 2.

### Verteilungsverfahren.

Das Verteilungsverfahren bezweckt eine angemessene Verteilung der Entschädigungslast unter mehrere beteiligte Versicherungsträger.

A. Das Verfahren findet unter drei Voraussetzungen statt, § 1739:

1. Es muß ein entschädigungspflichtiger Unfall vorliegen<sup>1)</sup>.
2. Die Beschäftigung, bei der sich der Unfall ereignet hat, muß bei mehreren Betrieben oder Tätigkeiten stattgefunden haben, die bei verschiedenen Versicherungsträgern versichert sind, z. B. bei Anspannen eines Pferdes, das sowohl im Fuhrwerksbetriebe wie im landwirtschaftlichen Betrieb eines Unternehmers benutzt wird.
3. Die Belastung eines einzelnen Versicherungsträgers muß eine große Unbilligkeit darstellen (also nur bei bedeutenden Entschädigungsbeträgen und bei nicht nur ganz geringfügiger Beteiligung eines anderen Versicherungsträgers)<sup>2)</sup>.

B. Der Gang des Verfahrens ist folgender, §§ 1739—42:

1. Hält ein beteiligter Versicherungsträger eine Verteilung der Entschädigungslast wegen Vorliegens der zu A genannten Voraussetzungen für angemessen, so setzt er sich mit den anderen beteiligten Versicherungsträgern über die Verteilung in Verbindung.
2. a) Einigen sich die beteiligten Versicherungsträger, so ist das Verfahren damit erledigt. Der hauptsächlich beteiligte Versicherungsträger erläßt die erforderlichen Bescheide und kommt dem Entschädigungsberechtigten gegenüber als Schuldner allein in Betracht; er erhält indessen gemäß der getroffenen Vereinbarung die geschuldeten Beträge von den anderen beteiligten Versicherungsträgern teilweise ersetzt.
- b) Einigen sich die beteiligten Versicherungsträger nicht, so legt der erste Versicherungsträger die Sache dem Reichsversicherungsamt oder Landesversicherungsamt unter Darstellung des Sach- und Streitverhältnisses zur Entscheidung vor mit dem Antrage, die Verteilung vorzunehmen.
3. Beim Reichsversicherungsamt oder Landesversicherungsamt findet nunmehr ein Spruchverfahren über die Frage einer angemessenen Verteilung der Entschädigungslast statt. Die erforderlich erscheinenden Beweise werden von Amts wegen erhoben, und auch sonst richtet sich das Verfahren im wesentlichen nach

<sup>1)</sup> Da das Verteilungsverfahren auch mit einem Rekursverfahren verbunden werden kann, so ist es nicht erforderlich, daß die Entschädigungspflichtigkeit des Unfalls bereits feststeht. Im Verteilungsverfahren wird sie freilich nicht geprüft, wohl aber in dem damit verbundenen Rekursverfahren.

<sup>2)</sup> Dagegen ist es unerheblich, ob die Verpflichtung eines der Versicherungsträger bereits rechtskräftig festgestellt oder abgelehnt ist.

den gleichen Grundsätzen wie im Rekursverfahren. Etwa beteiligte sonstige Versicherungsträger werden beigeladen. Ein Versicherungsträger kann auch dann noch verurteilt werden, einen Teil der Entschädigung aufzubringen, wenn der Anspruch des Entschädigungsberechtigten gegen ihn schon rechtskräftig abgelehnt war. Die Entscheidung wird lediglich den beteiligten Versicherungsträgern zugestellt.

4. Dem Entschädigungsberechtigten bleibt stets nur ein einziger Versicherungsträger haftbar. Soweit die übrigen Versicherungsträger zur Mittragung der Entschädigungspflicht verurteilt sind, haben sie jenem Versicherungsträger lediglich die nach Maßgabe der getroffenen Entscheidung anteilig geschuldeten Beträge zu erstatten.

## Kapitel VI.

### Zwangsvollstreckung.

Werden die geschuldeten und gegebenenfalls im Versicherungsprozeß festgestellten Leistungen auch auf Grund der ergangenen Entscheidung nicht freiwillig bewirkt, so werden sie zwangsweise begetrieben. Das hierbei zu beobachtende Vollstreckungsverfahren ist verschieden, je nachdem es sich um Leistungen der Versicherungsträger, insbesondere also Entschädigungs- oder Ersatzleistungen (§ 1), oder aber ob es sich um Leistungen sonstiger Verpflichteter, insbesondere also um Leistung von Beiträgen, Rückständen, Sicherheit oder Strafgeldern handelt (§ 2).

#### § 1.

#### Zwangsvollstreckung gegen Versicherungsträger.

Die Zwangsvollstreckung gegen Versicherungsträger erfolgt durch deren Aufsichtsbehörden, also gegen die Krankenkassen durch die Versicherungsämter, gegen die Berufsgenossenschaften und Versicherungsanstalten durch das Reichsversicherungsamt oder Landesversicherungsamt, gegen die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte durch den Reichskanzler (Reichsamt des Innern). Die Berechtigten ersuchen die Aufsichtsbehörde um Vornahme der erforderlichen Maßregeln. Diese bestehen in der Arbeiterversicherung (vgl. oben S. 59) in Zwangsstrafen gegenüber den Mitgliedern der Organe und erforderlichenfalls darin, daß die Aufsichtsbehörde durch ihre Beauftragten die verweigerte Leistung auf Kosten bzw. aus den Mitteln des Versicherungsträgers bewirken läßt, in der Angestelltenversicherung in disziplinarischen Maßregeln gegenüber den beamteten Mitgliedern des Direktoriums<sup>1)</sup>.

<sup>1)</sup> Dagegen ist der ordentliche Rechtsweg auf Grund eines rechtskräftigen Bescheids oder Urteils eines Versicherungsträgers oder einer Versicherungsbehörde unzulässig.

Stehen in der Vollstreckungsinstanz streitige Rechtsfragen zur Entscheidung (z. B. die Befugnis zur Aufrechnung u. a.), so hat der Versicherungsträger einen berufungsfähigen Bescheid zu erlassen; erforderlichenfalls ist er hierzu durch die Aufsichtsbehörde anzuhalten.

Werden die Ansprüche der Post auf Rückzahlung der ausgelegten Beträge von den Berufsgenossenschaften oder Versicherungsanstalten nicht rechtzeitig befriedigt und sind bereite Bestände zur Deckung nicht verfügbar, so leitet das Reichsversicherungsamt oder Landesversicherungsamt auf Antrag der Post die Zwangsbeitreibung ein, §§ 781, 782, 1028, 1185, 1410 RVO.

Bei Leistungsunfähigkeit der Versicherungsträger treten für die Versicherungsanstalten und Berufsgenossenschaften Reich oder Bundesstaat, für die Krankenkassen regelmäßig Gemeindeverbände an ihre Stelle, §§ 1335, 647, 305, 389 Abs. II, 390 RVO.

## § 2.

### Zwangsvollstreckung gegen sonstige Verpflichtete.

Die Zwangsvollstreckung gegen andere Verpflichtete als die Versicherungsträger, insbesondere die Zwangsvollstreckung wegen rückständiger Beiträge, Vorschüsse, Sicherheitsleistung oder Straf gelder geschieht wie die Beitreibung von Gemeindeabgaben nach dem hierfür landesgesetzlich bestehenden Verwaltungszwangsverfahren<sup>1)</sup>, §§ 28, 146 RVO., 227, 359 AVG. Das gleiche gilt für außergerichtliche Kosten, falls deren Erstattung in der Entscheidung vorgesehen ist (vgl. oben S. 439). Die Höhe der Kosten wird in der Entscheidung von Amts wegen festgestellt. Zur Beitreibung hat sich die erstattungsberechtigte Partei der Vermittlung des Versicherungsamts zu bedienen, §§ 1670 RVO., 32, 35 VAO., 45, 46 OVAO.

Um die Einleitung der Zwangsbeitreibung hat der Versicherungsträger die zuständige Gemeindebehörde zu ersuchen. Dieser steht eine Nachprüfung der rechtskräftigen Festsetzung oder richtigen Berechnung der beizutreibenden Forderung nicht zu. Widersprüche gegen die Art und Weise der Zwangsvollstreckung, die Zulässigkeit der Pfändung bestimmter Sachen und das bei der Zwangsvollstreckung beobachtete Verfahren sind bei der Vollstreckungsbehörde oder der vorgesetzten Dienstbehörde zu erheben. Die Kosten der Zwangsvollstreckung werden zugleich mit den geschuldeten Beträgen beigetrieben.

<sup>1)</sup> Für Preußen kommt in Betracht die Verordnung vom 15. November 1899 (Gesetzsammlung S. 545), abgeändert durch Verordnung vom 18. März 1904 (Gesetzsammlung S. 36) und Ausführungsanweisung vom 28. November 1899, abgeändert durch Erlaß vom 4. Juli 1904 (Ministerialblatt der Handels- und Gewerbeverwaltung S. 438).

## Statistik.

Um einen Überblick über den Umfang und die Bedeutung des sozialen Versicherungsrechts zu geben, werden hier die wichtigsten Ergebnisse der Statistik nach dem Stand des Jahres 1910 zusammengestellt.

In der Krankenversicherung belief sich die Zahl der versicherten Personen auf 13 953 900 und zwar 10 290 300 Männer und 3 663 600 Frauen. Die Summe der während des Jahres gezahlten Entschädigungen betrug 356 800 000 Mark, das Vermögen der Krankenkassen 296 436 700 Mark.

In der Invalidenversicherung betrug die Zahl der versicherten Personen 15 659 300, unter denen 10 856 000 Männer und 4 803 300 Frauen waren. Die Summe der gezahlten Entschädigungen belief sich auf 196 800 000 Mark und das Vermögen der Versicherungsträger erreichte die Höhe von 1 662 158 700 Mark.

Die Unfallversicherung erstreckte sich auf 24 153 600 Personen, nämlich 15 095 100 Männer und 9 058 500 Frauen. An Entschädigungen wurden 164 400 000 Mark bezahlt.

Alle diese Zahlen sind in raschem Anwachsen begriffen und werden infolge der Neuerungen der Reichsversicherungsordnung und die Einführung der Angestelltenversicherung erhebliche Steigerungen erfahren.



# Sachregister.

Es bedeuten:

- AV. = Angestelltenversicherung.  
 IV. = Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung der RVO.  
 KV. = Krankenversicherung.  
 UV. = Unfallversicherung.

Die Zahlen verweisen auf die Seiten des Buchs.

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <p><b>Abfindung</b> 93, 94 (KV.), 199, 201, 204, 241 (IV.), 263, 264 (AV.), 326, 327, 332 (UV.).</p> <p><b>Abkürzung der Wartezeit</b> 184 ff. (IV.), 256 (AV.).</p> <p><b>Ablehnung</b> 52 (Wahlen), 93 (Krankenhauspflege), 102(erweiterte Krankenpflege), 241, 242 (Bescheid), 398 (Richter).</p> <p><b>Abmeldung</b> 133.</p> <p><b>Abschlag von der Arzntaxe</b> 155.</p> <p><b>Abstimmung</b> 446, 447.</p> <p><b>Abstufung</b> 128 (Stimmrecht), 151 (Leistungen und Beiträge der Ersatzkassen), 141 (Kassenbeiträge).</p> <p><b>Abteilungssitzung</b> 411.</p> <p><b>Akademiker</b> 72.</p> <p><b>Alimentationsforderung</b> 49.</p> <p><b>Allgemeine Ortskrankenkasse</b> 108 ff., 117 ff.</p> <p><b>Alter</b> 193, 200, 201 (KV.), 260 ff. (AV.).</p> <p><b>Altersgrenze</b> 80 (KV.), 170, 177, 178, 189 ff., 205, 207 (IV.), 250, 264 (AV.).</p> <p><b>Altersheim</b> 201 (IV.), 262 (AV.).</p> <p><b>Altersrente</b> 183 ff., 200, 241.</p> <p><b>Altersschwäche</b> 84.</p> <p><b>Ämtliche Nachrichten des RVA.</b> 27, 66, 169.</p> <p><b>Ämtsbetrieb</b> 433.</p> | <p><b>Ämstsenthebung</b> 55.</p> <p><b>Änderung der Verhältnisse</b> 207 (IV.), 265 (AV.), 365, 366 (UV.).</p> <p><b>Anerkennung der Gültigkeit von Beiträgen</b> 230.</p> <p><b>Anerkennungsgebühr</b> 257.</p> <p><b>Anerkenntnis</b> 434.</p> <p><b>Angehörigenrente</b> 326, 370.</p> <p><b>Angehörigenversicherung</b> 47 (Allgemeines), 95, 96 (Krankenhilfe), 98 (Wochenhilfe), 99 (Sterbegeld), 105 (Erlöschten), 106, 107 (Ruhens), 142 (Zusatzbeiträge).</p> <p><b>Angestellte</b> 121, 123, 124, 136 ff., (KV.), 217 (IV.), 250, 268 (AV.), 348, 349 (UV.).</p> <p><b>Anlage des Vermögens</b> 148 (Krankenkassen), 232, 233 (Versicherungsanstalten), 280, 281 (Reichsversicherungsanstalt), 258 (Berufsgenossenschaften).</p> <p><b>Anleitung des RVA.</b> 66, 169.</p> <p><b>Anmeldung</b> 78, 80, 132, 133.</p> <p><b>Annahmeverzug des Berechtigten</b> 105 (KV.), 208 (IV.), 265 (AV.), 334 (UV.).</p> <p><b>Anspruchskonkurrenz s. Zusammentreffen.</b></p> <p><b>Anstaltspflege</b> 199 (IV.), 262, 263 (AV.), 326 (UV.).</p> | <p><b>Ansteckende Krankheit eines Dienstboten</b> 103.</p> <p><b>Anteil der Versicherungsanstalten</b> 197, 198 (Invalidenrente), 200 (Altersrente), 202 (Hinterbliebenenentschädigung), 203 (Witwenrente), 205 (Waisenrente).</p> <p><b>Anwartschaft</b> 45 (Allgemeines), 186 ff., (IV.), 256 ff. (AV.).</p> <p><b>Anwartschaftsfrist</b> 187, 188.</p> <p><b>Apotheken</b> 91, 155 (KV.), 305, 306, 367 (UV.).</p> <p><b>Apothekergehilfen und Lehrlinge</b> 68 (KV.), 170, 177 (IV.), 250 (AV.).</p> <p><b>Appretierung</b> 171.</p> <p><b>Arbeiter</b> 42 ff. (Begriff), 67 (KV.), 170 (IV.), 299 (UV.).</p> <p><b>Arbeiterfrage</b> 2.</p> <p><b>Arbeiterschutz</b> 2.</p> <p><b>Arbeitshaus</b> 72, 106 (KV.), 210 (IV.), 266 (AV.).</p> <p><b>Arbeitslohn s. Entgelt.</b></p> <p><b>Arbeitslosenrente</b> 329.</p> <p><b>Arbeitslosenversicherung</b> 9.</p> <p><b>Arbeitsmarkt</b> 192.</p> <p><b>Arbeitsnachweis</b> 342.</p> <p><b>Arbeitsstätte</b> 126.</p> <p><b>Arbeitstag</b> 92.</p> <p><b>Arbeitsunfähigkeit</b> 84, 79, 142, 143 (KV.), 179 (IV.), 259 (AV.).</p> |
|---|--|--|

- Arbeitsverdienst als Grundlohn 87.
- Armenunterstützung 4 (Allgemeines), 159 ff. (KV.), 247 (IV.), 293 (AV.), 377, 378, 387 (UV.).
- Arznei 90 (KV.), 319 (UV.)
- Arzneitaxe 155.
- Ärzte 154, 155 (KV.), 215 (IV.), 252 (AV), 367 (UV.).
- Ärztliche Behandlung 89 (KV.), 318, 319, 367, 371 (UV.).
- Ärztliches Zeugnis 80 (KV.), 180, 240, 241 (IV.).
- Arztwahl 90.
- Assistenzarzt 72.
- Aufbereitungsanstalt 305.
- Aufbringung der Mittel 40, 41 (Allgemeines), 140 ff. (KV.), 218 ff. (IV.), 271 ff. (AV.), 249 ff. (UV.).
- Aufgebotsverfahren 123.
- Aufleben der Anwartschaft 189 ff.
- Auflösung 118, 119, 123, 129 (Krankenkassen), 124, 125 (Kassenverbände), 216 (Versicherungsanstalten), 287, 288 (Zusatzkassen), 345, 346 (Berufsgenossenschaften).
- Aufrechnung 105, 106 (KV.), 208 (IV.), 265 (AV.), 334 (UV.).
- Aufrundung 243 (IV.), 272, 275 (AV.).
- Aufsicht 58 ff., (Allgemeines), 136, 155 (Krankenkassen), 217, 218 (Versicherungsanstalten), 269 (Direktorium), 347 (Berufsgenossenschaften).
- Aufsichtsamt für Privatversicherung 238.
- Auftraggeberzuschuß 146.
- Aufwärter 69.
- Augenschein 441.
- Ausbildungszeit 73 (KV.), 174, 175 (IV.), 252, 258 (AV.).
- Ausdehnungsgesetz 6.
- Auseinandersetzung 121, 122 (KV.), 216 (IV.), 346 (UV.).
- Ausführungsbehörden 360.
- Ausführungsgesetz zur RVO. 25.
- Ausgabestelle 222 (Quitungskarten), 275 (Versicherungskarten).
- Ausgestaltung gemeinsamer Ortskrankenkassen 115.
- Aushilfsarbeiten 72 (KV.), 172 (IV.), 251 (AV.).
- Auskunfterteilung 402, 420.
- Ausland 30 (Internation. Recht), 106, 157 (KV.), 174, 202, 210 (IV.), 327 (UV.).
- Ausscheiden 79, 102 (Erwerbslosigkeit), 118 (A. aus Kassen).
- Ausschließung von Richtern 397, 398.
- Ausschlußfrist 49.
- Ausschuß 128, 129 (Krankenkassen), 214 (Versicherungsanstalten).
- Aussetzung des Verfahrens 443, 444.
- Ausstrahlung inländischer Betriebe 29.
- Austritt freiwillig Versicherter 80.
- Ausweisung 106.
- Autonomie 55, 56.
- Bader** 89.
- Badeanstalt 305, 306.
- Baggerei 305.
- Baubetrieb 113 (KV.), 305, 306, 308, 355, 360 (UV.).
- Bauherr 113.
- Bauhof 305.
- Baukrankenkassen 108, 113.
- Bauunfallversicherungsgesetz 6, 8, 297.
- Beamte 73, 136 ff. (KV.), 173 ff., 217 (IV.), 252, 268 (AV.), 302, 348, 349, 387 ff. (UV.).
- Befreiung von der Versicherungspflicht 73 ff. (KV.), 175, 176 (IV.), 252, 253, 288 ff. (AV.).
- Begnädigung 56.
- Begräbnis 99 (Sterbegeld), 160, 293 (B. durch Armenverband).
- Behördeneigenschaft 215 (Versicherungsanstalt), 268 (Reichsversicherungsanstalt), 270 (Rentenausschuß),
- Beiladung 428, 429.
- Beistand 431, 432.
- Beisitzer 403 ff. (Oberversicherungsamts), 421 (Schiedsgericht), 422 (Oberschiedsgericht).
- Beitrag 49 (Allgemeines), 140 ff. (KV.), 220 ff. (IV.), 271 ff. (AV.), 283 (Ersatzkassen), 349 ff. (UV.).
- Beitragsersatzung 229 (IV.), 256, 277, 278 (AV.).
- Beitragsmarke 221.
- Beitragsmonat 255 ff.
- Beitragspflicht 41.
- Beitragsstelle 273.
- Beitragsstreitigkeit 28 (Bindende Vorentscheidung), 144 (KV.), 230, 231 (IV.), 278, 279 (AV.).
- Beitragswoche 179 ff., 197, 200.
- Beitritt Versicherungsberechtigter 39, 40 (Allgemeines), 80 (KV.).
- Beratung 446, 447.
- Berechnung der Entschädigung 31.
- Bergleute 149.
- Bergwerk 305.
- Berichtigung 231 (Markenbestand), 279 (Versicherungskarten), 452 (Entscheidungen).
- Berufsinvalidität 192.
- Berufsmäßigkeit der Arbeit 45.
- Berufsunfähigkeit 252, 259, 261 ff.
- Berufswechsel 191.
- Berufung 458, 459.
- Besatzung von Schiffen 69.
- Beschäftigung, versicherte 303 ff., 309.
- Beschäftigungsort 126 (KV.), 213 (IV.).
- Bescheid 241, 242, 243 (IV.), 364, 365 (UV.), 447, 448 (Streitverfahren).
- Beschluß 448.
- Beschlußausschuß 401, 402.

- Beschlußkammer 405.  
 Beschlußsachen 395.  
 Beschlußsenat 410.  
 Beschlußverfahren 414, 416, 417, 423.  
 Beschränkte Leistungen 96.  
 Beschränkt freie Arztwahl 90.  
 Beschwerde 462.  
 Besoldungsplan 137, 139.  
 Besondere Ortskrankenkasse 115, 116, 118 ff.  
 Besonderes Oberversicherungsamt 402.  
 Besserungsanstalt 72, 106 (KV.), 210 (IV.), 266 (UV.).  
 Betrieb, versicherter 303 ff.  
 Betriebsbeamte 68 (KV.), 170, 181 (IV.), 250 (AV.) 300, 301, 352 (UV.).  
 Betriebsgefahr 315, 316.  
 Betriebskassen 282.  
 Betriebskrankenkasse 110 ff. (Zulassung), 112 (Errichtung), 113, 114 (Umfang. Landwirtschaftliche B.), 118 ff. (Änderung), 128 (Ausschuß), 139, 140 (Angestellte), 213 (Invalidenversicherung am Betriebssitz).  
 Betriebssitz 126.  
 Betriebsstätte 126 (KV.), 313 (UV.).  
 Betriebsteil 304, 308.  
 Betriebsunternehmer s. Unternehmer.  
 Betriebsverwaltung 126.  
 Betriebsverzeichnis 345.  
 Bevollmächtigter 430.  
 Beweiserhebung 214 (IV.), 441, 442 (Streitverfahren).  
 Beweislast 435, 436.  
 Beweisregel 435.  
 Beweiswürdigung 435, 436.  
 Bewilligung von Entschädigungen 239 ff.  
 Bewirkung der Leistung 154 ff. (KV.), 243 ff. (IV.), 290, 291 (AV.), 366 ff. (UV.).  
 Bilanz 122 (KV.), 280 (AV.).  
 Binnenlotsen 301.  
 Binnenschifffahrt 69 (KV.), 170 (IV.), 250 (AV.), 305, 339, 340, 354, 355, 360 (UV.).  
 Bleivergiftung 311.  
 Blitzschlag 315.  
 Botschaft, Kaiserliche 4, 5, 25.  
 Bracker 305.  
 Brauerei 305.  
 Brennerei 300.  
 Brille 90.  
 Bruchband 90.  
 Bruchleiden 311.  
 Brunnenarbeit 308.  
 Buchhalter 68.  
 Bühnenmitglied 69, 71, 72 (KV.), 176, 177 (IV.), 250 (AV.).  
 Bureauangestellte 250.  
 Bürgerlichrechtliche Ansprüche 161 ff. (KV.), 225, 248 (IV.), 293, 294 (AV.), 378 ff. (UV.).  
 Cessio legis 61 (Allgemeines), 162, (KV.), 248 (IV.), 294 (AV.), 379, 390, 391 (UV.).  
 Cession s. Übertragung.  
**Dampfkessel** 306.  
 Dauerrente 195 (IV.), 365 (UV.).  
 Dauer-Ruhegeld 261.  
 Deckungskapital 285, 288.  
 Dekorateur 305, 306, 308.  
 Delegierter 343.  
 Desinfektion 148.  
 Devolutiveffekt 457.  
 Diakonissen 73.  
 Dieners 68.  
 Diensthote 3, 10 (frühere Fürsorge), 68, 70, 74, 75, 103, 110, 142, 152, 162, 163, 164 (KV.), 170 (IV.).  
 Dienstleistung s. vorübergehende D.  
 Dienstordnung 129, 137 (KV.), 348 (UV.).  
 Diplomingenieur 175.  
 Direktor 402, 403 (Oberversicherungsamt), 407 (Reichsversicherungsamt).  
 Direktorium 51, 268.  
 Disziplinarverfahren 54, 55.  
 Domänenbeamte 175.  
 Doppelversicherung 163, 248.  
 Durchschnittsverdienst 87, 88 (Grundlohn), 191, 192 (Verdienstgrenze).  
 Ehegatte 70 (KV.), 251 (AV.), 299, 300, 301, 302 (UV.).  
 Eheschließung 203, 207 (IV.), 265, 278, (AV.), 330, 332 (UV.).  
 Ehrenamt 51 ff.  
 Eidesleistung 240 (IV.), 441 (Streitverfahren).  
 Einführungsgesetz zur RVO. 12.  
 Einheit des Leistungsgrunds 60, 62.  
 Einkommen s. Jahresarbeitsverdienst.  
 Einreden 49.  
 Einspruch 364.  
 Einstellung von Renten 242, 243.  
 Eintragungspflicht 78, 79, 81.  
 Eintrittsgeld 149.  
 Einwendung 49.  
 Einziehungsvorfahren 227, 228.  
 Eisenbahnbau 126.  
 Eisenbahnbeamter 252.  
 Eisenbahnbetrieb 3, 305, 360.  
 Eisgewinnung 305, 306.  
 Elektrische Anlagen 306.  
 Endbescheid 364, 365.  
 Endentscheidung 450.  
 Enkel 205 (IV.), 331 (UV.).  
 Entgelt 71 (KV.), 171 (IV.), 251 (AV.), 299 (UV.).  
 Enthebung vom Amt 55.  
 Entlassung von Kassenangestellten 138 ff.  
 Entschädigungsanspruch 37 ff., 45.  
 Entschädigungsleistung s. Gegenstand.  
 Entschädigungspflichtiger Tatbestand 45, 46 (Allgemeines), 83 ff. (KV.), 188, 189, 191 ff., 195, 196 (IV.), 258 ff. (AV.), 310 ff. (UV.).  
 Entscheidung 447 ff.  
 Entstehungsgeschichte der RVO. 9, 10.  
 Entstehungsgeschichte des AVG. 12, 13.  
 Entwertung 223, 224 (IV.), 276 (AV.).  
 Entwurf der RVO. 10.  
 Entwurf des AVG. 12.  
 Entziehung der Rente 207,



- Genossenschaftliche Fürsorge 4.  
 Genossenschaftsversammlung 51, 343.  
 Gerberei 306.  
 Gerichtliche Vertretung 130 (KV.), 215 (IV.), 343 (AV.).  
 Gerichtsbehörden 396 ff.  
 Gerichtsgebrauch 27.  
 Gerichtsgewalt 397.  
 Gesamtbetrieb 304, 307, 308, 339, 340.  
 Gesamthöchstbetrag 61, 62 (Allgem.), 163 (KV.), 292 (AV.), 375, 377 (UV.).  
 Gesamtschuldner 224 (IV.), 371 (UV.).  
 Gesamtsitzung des RVA. 411.  
 Geschäftsbericht 280.  
 Geschäftsbücher 231.  
 Geschäftsführer 250 (AV.), 348 (UV.).  
 Geschäftsgang vor den Versicherungsbehörden 26.  
 Geschäftsjahr 231.  
 Geschäftsleiter 136.  
 Geschäftsordnung 129 (Kassenausschuß), 130 (Kassenvorstand), 269 (Direktorium), 270 (Verwaltungsrat, Rentenausschuß).  
 Geschichtliche Entwicklung 3 ff.  
 Gesellen 68 (KV.), 170 (IV.), 299 (UV.).  
 Gesellschaften 133.  
 Gesetz 24, 25.  
 Gesetzeskonkurrenz 61, 379.  
 Gesetzliche Ansprüche 62 (Allgem.), 161 ff. (KV.), 248 (IV.), 293, 294 (AV.), 379 (UV.).  
 Gesinde s. Dienstbote.  
 Geständnis 434.  
 Gesundheitliche Belchrung 148.  
 Gesundheitszeugnis 80.  
 Gewerbekrankheit 311, 312.  
 Gewerbeunfallversicherungsgesetz 8.  
 Gewohnheitsrecht 26, 27.  
 Gleichwertigkeit 111, 114, 119, 120 (Kassenleistun- gen), 173, 175 (Freiheit von der IV.), 236 (Sonderanstalten), 252 (Freiheit von der AV.), 283 (Ersatzkassen), 302 (Freiheit von der UV.).  
 Gräberei 305.  
 Grenzen des sozialen Versicherungsrechts 28 ff.  
 Grenzgebiet 106 (KV.), 202, 210 (IV.), 263, 266 (AV.).  
 Großer Senat 410.  
 Gruben 305.  
 Grundbetrag 197 (Invalidenrente), 202 (Hinterbliebenenentschädigung), 205 (Waisenrente).  
 Grundlohn 31 (Übergangsrecht), 87, 88 (Systeme), 103 (Landwirtschaft), 104 (unständig Beschäftigte, Hausgewerbtreibende), 109 (Orts- und Landkassenpflichtige), 114 (landwirtschaftliche Betriebskrankenkassen), 141 (Beitragsbemessung), 181 (Lohnklassen).  
 Grundsätze des Verfahrens 432 ff.  
 Grundsätzliche Entscheidung 27, 28.  
 Grundstücksgeschäfte 130 (KV.), 215, 233 (IV.), 258 (UV.).  
 Gültigkeitsdauer der Marken 221.  
 Gutachten des Versicherungsamts 240, 241.  
 Güterpacker 305, 306.  
**Hafnarbeiter** 78.  
 Haftpflicht 4, 161, 379, 390.  
 Haftpflichtversicherung der Unternehmer 37, 342.  
 Haftung der Inhaber von Ehrenämtern 54 (Allgem.), 128 (KV.).  
 Halbinvalide 74.  
 Handverkaufsartikel 91.  
 Handlungsgehilfe 3 (frühere Versorgung), 68, 163, 164 (KV.), 170, 177 (IV.), 250 (AV.).  
 Hauptberuf 68 (KV.), 170 (IV.), 251 (AV.).  
 Hauptbetrieb 303, 307, 338 ff.  
 Hauptgesetz 8.  
 Hauptpartei 427 ff.  
 Hausdiener 68.  
 Hausgarten 306.  
 Hausgeistlicher 72.  
 Hausgeld 93, 95, 98, 102, 106 (KV.), 234, 235 (IV.), 281, 282 (AV.), 327 (UV.).  
 Hausgewerbtreibende 43, 44 (Begriff), 69 (KV.-Pflicht), 74 (Befreiung), 76 (Versicherungsbeurteilung), 78 (Mitgliedschaft), 82 (Wartezeit), 104 (Leistungen), 110 (zuständige Kasse), 126 (Beschäftigungsort), 132 (Meldungen), 146, 147 (Beitragsleistung), 170, 171 (IV.-Pflicht), 177 (Versicherungsbeurteilung), 226 (Beitragsleistung), 301 (UV.-Pflicht).  
 Hauskasse 282.  
 Häusliche Dienste 316, 317.  
 Hauspflege 94 (KV.), 327 (UV.).  
 Hauswirtschaftliche Tätigkeit 316.  
 Hebamme 89, 98.  
 Heberolle 356.  
 Hebestelle 227.  
 Heeresverwaltung 305, 306, 360.  
 Heilanstaltspflege 92, 93, 124 (KV.), 326 (UV.).  
 Heilbehandlung 84.  
 Heildiener 89.  
 Heilmittel 90, 91, 95 (KV.), 318 (UV.).  
 Heilverfahren 210, 233 ff., 237 (IV.), 266, 281, 282 (AV.), 334, 335, 376 (UV.).  
 Heimarbeiter 44.  
 Heizer 300.  
 Hemmung der Verjährung 107 (KV.), 211, 228 (IV.), 267 (AV.), 335 (UV.).  
 Hilflorenrente 320, 321.  
 Hilfskasse 4 (Geschichte), 149, 150 (KV.).  
 Hilfsmittel 90, 95 (KV.), 319, 381 (UV.).

- Hilfsstoffe der Hausindustrie 43, 146.  
 Hinterbliebenenentschädigung 183 ff., 202 ff., 246, 247 (IV.), 263, 264, 292 (AV.), 330 ff. (UV.).  
 Hinterlegung 105 (KV.), 208, 227 (IV.), 265 (AV.), 334 (UV.).  
 Hochschulbildung 72.  
 Höchstbeitrag 141.  
 Hofbeamte 175.  
 Höhere Beschäftigung 72 (KV.), 173 (IV.), 251 (AV.).  
 Hotelbetrieb 304.  
 Hüttenwerk 305.  
 Inkrafttreten der RVO. 10.  
 Inkrafttreten des AVG. 13.  
 Innungskrankenkassen 4 (frühere Entwicklung), 114 (Zulassung, Errichtung), 115 (Umfang), 118 ff. (Änderung), 128 (Halbierung der Stimmen), 130 (Bestellung des Vorsitzenden).  
 Inquisitionsmaxime 433, 434.  
 Insektenstich 316.  
 Inspektor 68.  
 Internationales Recht 28ff.  
 Invalidenhauspflege 199, 201, 206 (IV.), 326, 332 (UV.).  
 Invalidenrente 182 ff. (Wartezeit), 195 ff. (Beginn, Berechnung), 207 (Wegfall), 235 (Heilverfahren).  
 Invaliden-, Witwen- und Waisenversicherungskasse der See-BG. 8.  
 Invalidität 174 (Versicherungsfreiheit), 189 (Anwartschaft), 191 ff. (Begriff), 195 ff. (Rente), 203 (Inv. der Witwe).  
 Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetz 7.  
 Inventur 233.  
 Irrtümlich entrichtete Beiträge 229 (IV.), 277, 278 (AV.).  
 Itio in partes 127, 129.  
 Jahresarbeitsverdienst 31 (Übergangsrecht), 71, 76, 77, 80 (KV.), 171, 173, 181, 182 (IV.), 251, 254, 255 (AV.), 300, 301, 321 ff., 363 (UV.).  
 Jahresrechnung 128 (KV.), 214 (IV.), 280 (AV.).  
 Jugendliche 87.  
 Junge Leute 87.  
 Juristische Personen 133.  
 Justitium 448.  
**Kaiserliche Botschaft** 4, 5, 25.  
 Kaiserliche Verordnungen über den Geschäftsgang und das Verfahren 26.  
 Kameralbeamte 175.  
 Kapitalabfindung s. Abfindung.  
 Kapitaldeckung 355 ff.  
 Kapitän 69 (KV.), 250 (AV.).  
 Karenzzeit 83, 92, 95.  
 Kassenarzt 90.  
 Kassenauschuß 128, 129.  
 Kassenbote 67.  
 Kassenverband 123 ff.  
 Kassenvereinigung 123 ff.  
 Kausalzusammenhang 311 ff., 345.  
 Kellerei 305.  
 Kellner 67, 142.  
 Kinder 87.  
 Kinderzuschuß 197, 198.  
 Kleinere Heilmittel 90, 91, 95.  
 Knappschaftliche Krankenkassen 148, 149.  
 Knappschaftsälteste 149.  
 Knappschaftsvereine 4 (frühere Entwicklung), 148, 149 (KV.), 237 (IV.), 286, 288 (AV.).  
 Kollektivversicherung 6.  
 Kolonien 28.  
 Kommissionsverhandlungen 11, 12.  
 Kommunalbeamte 73 (KV.) 173 ff. (IV.), 252, 253 (AV.).  
 Konkurrenz von Anspruchs. Zusammentreffen.  
 Konstituierende Versammlung 346.  
 Konstruktion des Versicherungsrechts 32 ff.  
 Kontrolle der Aufsichtsbehörde 59.  
 Kontrolle der Beitragsleistung 231.  
 Kopfarbeit 44.  
 Körperliche Arbeit 43.  
 Körperverletzung 318 ff.  
 Kosten des Verfahrens 106 (KV.), 208 (IV.), 438 (Verfahren).  
 Krankenbehandlung 318, 319.  
 Krankengeld 91, 92 (KV.), 372, 374 (UV.).  
 Krankengeldzuschuß 325.  
 Krankenhauspflge 92, 93, 102, 103 (KV.), 326, 371, 376 (UV.).  
 Krankenhilfe 88 ff. (KV.), 324 (UV.).  
 Krankenkassen 107 ff.  
 Krankenkost 94.  
 Krankenordnung 95, 129, 135.  
 Krankenpflege 89 ff. (KV.), 100, 101, 103 (erweiterte K.), 381 (UV.).  
 Krankenteile 196.  
 Kranken-Ruhegeld 262.  
 Krankenwärter 89.  
 Krankheit 84, 85 (Begriff), 178, 179, 182 (als Beitragszeit) 187, 257 (Wahrung der Anwartschaft), 272 (Beitragspflicht).  
 Krankheitsbescheinigung 180, 257.  
 Krankheitsverhütung 148.  
 Kriegszeit 180 (IV.), 257 (AV.).  
 Krücken 90 (KV.), 319 (UV.).  
 Kumulieren 53.  
 Künstlerische Tätigkeit 72.  
 Kur und Verpflegung 93, 97.  
**Lader** 305.  
 Ladungsfrist 444.  
 Lagerei 305, 306.  
 Laienmitwirkung 51 ff. (Versicherungsträger), 58, 397 (Versicherungsbehörden).  
 Landesgesetzgebung 24.  
 Landesversicherungsamt 405 ff.  
 Landesversicherungsanstalt 211 ff.  
 Landkrankenkassen 88 (Grundlohn), 101 ff. (besondere Leistungen),

- 108 ff. (Errichtung und Zuständigkeit), 117 ff. (Änderung), 128, 130 (Bestellung der Organe).
- Landwirtschaftlich Beschäftigte 74, 75 (Befreiung), 100 ff. (besondere Leistungen), 110 (zuständige Kasse), 126 (Beschäftigungsort), 152 (Ersatzkassen), 174 (Polnische Arbeiter).
- Landwirtschaftliche Betriebskrankenkasse 101, 113, 114.
- Landwirtschaftliche Unfallversicherung 297 (Allgemeines), 300 (Facharbeiter), 303 (Betriebe), 305, 306, 307 (Versicherungspflicht), 223 (Jahresarbeitsverdienst), 337 (Organisation), 339, 340 (zuständige Berufsgenossenschaft), 343 (Organe), 344 Betriebsanzeige), 352 ff. (Umlage), 360 (Staatsbetriebe).
- Lebensversicherung 288 ff. Legitimation 247.
- Lehranstalt 258.
- Lehrer 69, 70, 72, 73 (KV.), 170, 173 ff., 175, 176, 177, 181 (IV.), 250 (AV.).
- Lehrling 68, 74, 87 (KV.), 170 (IV.), 299 (UV.).
- Leibrente 254 (statt Weiterversicherung), 278 (statt Beitragsersatzung).
- Leistenbruch 311.
- Leistungen s. Gegenstand des Entschädigungsanspruchs.
- Leistungsfähigkeit von Kassen 119.
- Leistungsgrund 60, 62.
- Liquidation 123.
- Lohn 71, 163, 164 (KV.), 234, 248 (IV.), 267, 294 (AV.).
- Lohnarbeiter 42 ff.
- Lohnklasse 87 (KV.), 181, 182, 197, 200, 220, 221 (IV.).
- Lohnnachweis 351, 359.
- Lohnstufen 87.
- Löschung im Mitgliederverzeichnis 79, 81.
- Lotse 301.
- Mahnverfahren 144 (KV.), 354 (UV.).
- Mantelgesetz 8.
- Marine 305, 306, 360.
- Marke 221 (IV.), 274, 276 (AV.).
- Maschinenstrickerei 171.
- Maschinist 69.
- Masseur 89.
- Materielle Rechtskraft 453 ff.
- Maurer 300.
- Maurerpolier 67.
- Mehrheitsgrundsatz 116.
- Mehrheitswahl 52.
- Mehrleistungen 94 ff. (Krankenhilfe), 98 (Wochenhilfe), 99 (Tod), 104 (unständig Beschäftigte), 131 (Kassenwechsel), 200, 201, 206 (IV.), 219 (Überschüsse des Sondervermögens), 327 ff., 332 (UV.).
- Meldepflicht 132, 133.
- Meldestelle 129.
- Messer 305.
- Militäränwärter 268.
- Militärdienst 73, 83 (KV.), 174, 180, 187, 192 (IV.), 252, 257 (AV.), 302, 387 ff. (UV.).
- Mindestverdienst 191, 192.
- Mindestzahlen 110 (Zulassung von Betriebskrankenkassen), 112 (Errichtung von Betriebskrankenkassen), 115 (Zulassung bes. Ortskrankenkassen), 117 (Vereinigung), 119 (Schließung).
- Mischen 53.
- Mißbildung 84.
- Mitgliederabteilung 111.
- Mitgliederverzeichnis 78, 79.
- Mitgliedschaft 72 ff., 121, 123, 131 ff. (KV.), 344, 345 (UV.).
- Mitgliedschein 345.
- MittelbaresArbeitsverhältnis 70.
- Mittelstandsversicherung 9, 249 ff.
- Mittlere Beamte 68.
- Mobilmachungszeit 180, 258.
- Modellstehen 67.
- Monatsbeitrag 255, 272 ff.
- Monteur 113.
- Müller 300.
- Mündliche Verhandlung 444 ff.
- Mündlichkeit 437.
- Musiklehrer 70.
- Nachentrichtung von Beiträgen 228, 229 (IV.), 276, 277 (AV.).
- Nachlaßverwaltung 443.
- Nachuntersuchung 210.
- Nachwirkung der Mitgliedschaft 79.
- Naturalleistung s. Sachleistung.
- Naturalvergütung 71.
- Nebenbeschäftigung 71, 72 (KV.), 172 (IV.), 251 (AV.).
- Nebenbetrieb 304, 307, 308, 339, 340.
- Nebenerwerb 71.
- Nebenintervention 429.
- Nebenpartei 429.
- Nichtigkeitklage 463, 464.
- Nichtständige Mitglieder des RVA. 408 ff.
- Niedere Angestellte 67 (KV.), 170 (IV.).
- Niederkunft 85.
- Niederschrift 421 (IV.), 442, 445, 446 (Verfahren).
- Notwendige Streitgenossenschaft 428.
- Oberschiedsgericht 421, 422.
- Oberversicherungsamt 402 ff.
- Objektives Versicherungsrecht 23.
- Obligatio ex lege 45.
- Obmann 418.
- Observanz 27.
- Öffentlichkeit 130 (KV.), 438 (Verfahren).
- Offizialbetrieb 433.
- Offizier 302.
- Operation 93 (KV.), 195 (IV.), 344 (UV.).

- Orchestermitglied 69, 71, 72 (KV.), 170, 177 (IV.), 250 (AV.).
- Ordnungsstrafe 54.
- Organe der Versicherungsträger 50 (Allgemeines), 127 ff. (Krankenkassen), 213 ff. (Versicherungsanstalten), 268 ff. (Reichsversicherungsanstalt), 342 ff. (Berufsgenossenschaften).
- Örtliche Zuständigkeit 415 ff., 424.
- Ortskrankenkassen 108 ff. (allgemeine), 115 (besondere), 117 ff. (Änderung).
- Ortslohn 87, 104 (KV.), 322, 323 (UV.).
- Panachieren** 53.
- Parkpflege 110.
- Partei 424 ff.
- Pensionsanspruch 388.
- Pensionseinrichtung 285, 288.
- Pensionsempfänger 175.
- Personalitätsprinzip 30.
- Personenkreis 65 ff. (KV.), 168 ff. (IV.), 249 ff. (AV), 298 ff. (UV.).
- Pfändung 48, 49 (Allgem.), 237 (IV.).
- Polizeidiener 67.
- Polnischer Arbeiter 174.
- Post 221, 243 ff. (IV.), 291 (AV.), 367 (UV.).
- Postagent 68.
- Postbeamte 252.
- Postbetrieb 305, 306, 360.
- Postschein 440.
- Prahmbetrieb 305.
- Präjudizien 27, 28.
- Prämie 33, 34.
- Prämiendurchschnittsverfahren 220 (IV.), 272 (AV.).
- Prämienreserve 256, 288.
- Prämientarif 355, 356.
- Prämienverfahren 355 ff.
- Präsident 268 (Reichsversicherungsanstalt), 407 (Reichsversicherungsamt).
- Präsidialsachen 407.
- Präzisionsmechaniker 67.
- Privatförster 68.
- Privatrechtliche Ansprüche 62 (Allgem.), 161 ff. (KV.), 225 (IV.), 293, 294 (AV.), 378 ff., 391 (UV.).
- Privatsekretär 68.
- Probeweise Beschäftigung 137.
- Prorogatio fori 411, 412.
- Protokoll 241 (IV.), 442, 445, 446 (Verfahren).
- Prozeßfähigkeit 426, 427, 442.
- Prüfung der Wahl 54.
- Qualifizierte Fahrlässigkeit** 385.
- Quellen 24.
- Quittungskarte 221 ff., 231.
- Quittungsmarke 274.
- Rabatt der Apotheken** 155.
- Raufhandel 97 (KV.), 180 (IV.), 257 (AV.).
- Räumlicher Geltungsreich 28.
- Rechnungsführung 120 (mangelhafte R. bei Betriebskrankenkassen), 232 (Versicherungsanstalten), 280 (Reichsversicherungsanstalt).
- Rechtliche Natur der Versicherung 32 ff.
- Rechtsanwalt 252 (AV.), 430 (Verfahren).
- Rechtseinheit 410, 413, 414, 422, 423.
- Rechtsgeschäftliche Ansprüche 62 (Allgemeines), 163 (KV.), 248 (IV.), 294 (AV.), 38 (UV.).
- Rechtshilfe 397.
- Rechtskraft 242 (IV.), 452 (Verfahren).
- Rechtsmittel 456 ff.
- Reformatio in peius 434.
- Regelleistungen 89 ff. (Krankenhilfe), 97 (Wochenhilfe), 99 (Sterbegeld), 101 (erw. Krankenpflege), 104 (Wander gewerbtreibende), 149 (knappschaftl. Krankenkassen), 151 (Ersatzkassen), 195 ff. ((Invalidität), 200, 201 (Alter), 202 ff. (Tod), 261, 262 (Berufsunfähigkeit), 263, 264 (Tod), 318 ff. (Körperverletzung), 330 (Tötung).
- Regiebauarbeit 6, 309.
- Registrator 68.
- Reichsbeamte 72, 73 (KV.), 173 ff., 175, 176 (IV.), 252, 253, 268 (AV.).
- Reichsgesetzgebung 24.
- Reichstagsverhandlungen über die RVO. 11.
- Reichstagsverhandlungen über das AVG. 12, 13.
- Reichsverfassung 24 ff.
- Reichsversicherungsamt 405 ff.
- Reichsversicherungsanstalt 267 ff.
- Reichsversicherungsordnung 9 ff.
- Reichszuschuß 41 (Allgemeines), 196 (Invalidenrente), 198 (Zusatzrente), 200 (Altersrente), 202 (Hinterbliebenenschädigung), 203 (Witwenrente), 205 (Waisenrente), 218 (Aufbringung der Mittel), 260 (AV.).
- Reisende 68, 126 (KV.), 313 (UV.).
- Reittierhaltung 305, 306, 309, 355, 360.
- Reitunterricht 69.
- Rekurs 461, 462.
- Relative Rechtskraft 453.
- Religiöser Mißbrauch 138.
- Rentenausschuß 270, 417 ff.
- Rentebezug 174 (Versicherungsfreiheit), 180, 181, 182 (Anrechnung auf Wartezeit), 187 (Wahrung der Anwartschaft).
- Rentenempfänger 102 (KV.), 174 (IV.).
- Rentenstreit 395.
- Rentenzuschußkasse 342.
- Repräsentativorgan 51.
- Reservatrechte des Ausschusses 128, 129.
- Reservefond s. Rücklage.
- Restitutionsklage 464, 465.
- Retorsionsrecht 30.
- Revierverwaltung 303.
- Revision 459 ff.
- Richterliche Beisitzer 58, 410.
- Rohstoffe der Hausindustrie 43, 146
- Rückerstattung von Bei-



- tragen 229 (IV.), 227, 278 (AV.).  
 Rücklage 148, 152 (KV.), 357 (UV.).  
 Rückstand 128, 143, 144 (KV.), 225 (IV.), 273, 274 (AV.), 354 (UV.).  
 Rückversicherungsverband 214, 218 (IV.), 283 (AV.).  
 Rückwirkung 30.  
 Ruhegeld 256 (Wartezeit), 261, 262 (Beginn, Berechnung), 265 (Wegfall), 282 (Heilverfahren).  
 Ruhegeldempfänger 175 (IV.), 252 (AV.).  
 Ruhegeldkasse 342.  
 Ruhen 106, 107, 152, 153 (KV.), 210, 211, 237, 242, 246, 247 (IV.), 266, 292 (AV.), 335 (UV.).  
 Sachlegitimation 427.  
 Sachleistungen statt Geldleistungen 156 (KV.), 245 (IV.), 291 (AV.), 319 (UV.).  
 Sachliche Zuständigkeit 411 ff., 422 ff.  
 Sachverständiger 441.  
 Saisonarbeiter 322.  
 Saline 305.  
 Satzung 26 (Allgemeines), 129, 133 ff. (Krankenkassen), 217 (Versicherungsanstalten), 300, 302, 346, 347, (Berufsgenossenschaften).  
 Schadenersatz des bürgerl. Rechts 47 (Allgemeines), 161 ff. (KV.), 225, 248 (IV.), 293, 294 (AV.), 378 ff., 387 (UV.).  
 Schaffer 305.  
 Schauer 305.  
 Schiedsgericht 420, 421.  
 Schiffer 69, 71 (KV.), 171, 177 (IV.), 250 (AV.), 300 (UV.).  
 Schiffsbesatzung 3 (frühere Fürsorge), 69 (KV.), 170 (IV.), 250 (AV.), 300 (UV.).  
 Schlägerei 97 (KV.), 180 (IV.), 257 (AV.).  
 Schließung von Kassen 108, 119, 120, 123.  
 Schlosser 305, 308.  
 Schmied 300, 305, 308.  
 Schornsteinfeger 305.  
 Schreiber 67.  
 Schuldner des Entschädigungsanspruchs 40, 41, 49 ff. (Allgemeines), 107 ff. (Krankenkassen), 148, 149 (knappschaftliche Krankenkassen), 211 ff. (Versicherungsanstalten), 267 ff. (Reichsversicherungsanstalt), 336 ff. (Berufsgenossenschaften), 360, 361, 388, 390 (Reich, Staat usw.).  
 Schule 69 (KV.), 174 (IV.).  
 Schulschwester 73.  
 Schutzgebiet 28, 210.  
 Schwangerschaft 85, 98 (KV.), 180 (IV.).  
 Seeberufsgenossenschaft 8, 341, 357.  
 Seeleute 6, 8 (frühere Gesetzgebung), 69 (KV.), 170, 181, 226 (IV.), 250 (AV.), 300, 314, 367 (UV.).  
 Seemannskassen 237, 238 (IV.), 282, 283 (AV.).  
 Seeunfallversicherung 6, 8 (frühere Gesetzgebung), 298 (Allgemeines), 323 (Jahresarbeitsverdienst) 329 (Verschollenheit), 330 (Sterbegeld), 354, 357 (Aufbringung der Mittel), 363 (Unfallanzeige).  
 Seeverkehr 305, 306, 307, 340.  
 Seevererschollenheit 194.  
 Sektion 127 (KV.), 341 (UV.).  
 Sektionsversammlung 343.  
 Sektionsvorstand 343.  
 Selbstmord 97 (KV.), 193 (IV.), 316 (UV.).  
 Selbstversicherung 76, 77, 80, 81 (KV.), 176, 177, 221 (IV.), 254 (AV.), 301 302 (UV.).  
 Selbstverwaltung 55, 56.  
 Senatspräsident 407.  
 Sitz der Versicherungsanstalt 213.  
 Sitzungspolizei 444, 445.  
 Soldat s. Militärdienst.  
 Sonderanstalt 235 ff.  
 Sonderlast 219.  
 Sondervermögen 122 (KV.), 219, 244 (IV.).  
 Soziale Frage 1.  
 Sozialpolitik 2.  
 Speditionsbetrieb 305.  
 Speicherei 305.  
 Spielerei 316.  
 Sprachlehrer 70.  
 Sprengstoffabrikation 306.  
 Spruchauschuß 401, 402.  
 Spruchkammer 405.  
 Spruchsachen 395.  
 Spruchsenat 410.  
 Spruchverfahren 414 ff., 423 ff., 424 ff.  
 Staatsanwalt 139.  
 Staatsbeamter 73 (KV.), 173 ff. (IV.), 252, 253 (AV.), 302 (UV.).  
 Stallhaltung 305, 306.  
 Ständesinvalidität 259.  
 Stauer 305.  
 Steigerungssätze 197 (Invalidenrente), 202 (Hinterbliebenenschädigung), 205 (Waisenrente), 219 (Sonderlast), 244 (Verteilung).  
 Steinbruch 305.  
 Stellmacher 300.  
 Stellungsinvalidität 259.  
 Stellvertreter 399, 400 (Versicherungsamt), 403 (Oberversicherungsamt), 418 (Rentenausschuß), 420, 421 (Schiedsgericht).  
 Sterbegeld 79, 92, 102 (KV.), 330, 370, 381 (UV.).  
 Sterbemonat 209 (IV.), 266 (AV.).  
 Stillen 85, 98.  
 Stillstand des Verfahrens 442 ff.  
 Stimmhäufung 53.  
 Strafbefugnis der Berufsgenossenschaft 359.  
 Straßenarbeit 126.  
 Streitgenossenschaft 428.  
 Streitverkündung 429.  
 Strengegebundene Listen 53.  
 Stundengeben 73.  
 Stundung der Beiträge 258.  
 Stützapparat 319.  
 Subjektives Versicherungsrecht 32, 37 ff.  
 Suspensiv effekt 457.  
 System der RVO. 11.  
 System des AVG. 13.

- Tabakindustrie** 171, 226.  
**Taschengeld** 171.  
**Tätigkeit, versicherte** 308, 309, 341.  
**Toichwirtschaft** 305, 306.  
**Teilrente** 320.  
**Teilung von Versicherungsanstalten** 216.  
**Telegraphenbeamte** 252.  
**Telegraphenverwaltung** 305, 306, 360.  
**Termin** 444, 445.  
**Territorialitätsprinzip** 28.  
**Textilindustrie** 170, 171, 226.  
**Theorien des Versicherungsrechts** 32 ff.  
**Tiefbauarbeit** 306, 355, 357.  
**Tierarzt** 252.  
**Tod** 86, 98, 105 (KV.), 193, 222 ff., 207, 209, (IV.), 260, 263, 278 ff. (AV.), 329 ff. (UV.), 442 (Streitverfahren).  
**Todeserklärung** 193, 194 (IV.), 329 (UV.).  
**Totgeburt** 86.  
**Tötung** 329 ff.  
**Träger der Versicherung** 40, 41, 49 (Allgemeines), 107 ff. (Krankenkassen), 148, 149 (knappschaffliche Krankenkassen), 211 ff. (Versicherungsanstalten), 235 ff. (Sonderanstalten), 267 ff. (Reichsversicherungsanstalt), 366 ff. (Berufsgenossenschaften), 359 ff. (sonstige Träger), 388, 390 (Reich, Staat usw.).  
**Trinkerheilanstalt** 156, 245, 291.  
**Trinkgeld** 71.  
**Trunksucht** 159 (KV.), 245 (IV.), 291 (AV.), 319 (UV.).  
**Überführung ins Krankenhaus** 93.  
**Übergangsrecht** 30 ff. (Allgemeines), 184 (Wartezeit), 189, 191 (Anwartschaft), 198 (Kinderzuschuß), 201 (Berechnung der Altersrente), 202 (Hinterbliebenenentschädigung), 256 (AV.), 287 (Zuschußkassen), 363 (UV.).  
**Überschuß bei Liquidation** 123.  
**Übertragbarkeit** 48, 49 (Allgem.), 105 (KV.), 208, 237 (IV.), 265 (AV.).  
**Überversicherung** 163.  
**Überwachung** 231, 242, 243 (IV.), 270, 279 (AV.), 359 (UV.).  
**Umfang** 125 ff. (Krankenkassen), 212 (Versicherungsanstalten), 268 (Reichsversicherungsanstalt), 337 ff. (Berufsgenossenschaften).  
**Umlage** 144, 145 (KV.), 350 ff. (UV.).  
**Umtausch** 223 (Quittungskarten), 275 (Versicherungskarten).  
**Unerlaubte Beschäftigung** 72, 172.  
**Unfall** 310, 311.  
**Unfallanzeige** 362, 363.  
**Unfallfürsorge für Beamte und Personen des Soldatenstandes** 8, 25.  
**Unfalluntersuchung** 363.  
**Unfallverhütung** 358, 359.  
**Unfallrente** 319 ff., 372, 382, 386.  
**Unfreie Arbeit** 72.  
**Ungehorsam** 334, 335, 389.  
**Unmittelbarkeit** 437, 438.  
**Unpfändbarkeit** 48, 49.  
**Unselbständigkeit** 43 (Begriff), 70 (KV.), 173 (IV.), 251 (AV.).  
**Unsitliche Beschäftigung** 72 (KV.), 173 (IV.), 251 (AV.).  
**Unständige Beschäftigung** 70 (Versicherungspflicht, 78 (Mitgliedschaft), 82 (Wartezeit), 88 (Grundlohn), 103, 104 (bes. Leistungen), 113 (zuständige Kasse), 126 (Beschäftigungsort), 144, 145, 228 (Beitragsleistung).  
**Unterbrechung der Verjährung** 107 (KV.), 211, 228 (IV.), 267, 276 (AV.), 335 (UV.).  
**Unterbrechung des Verfahrens** 442, 443, **Unterhalt** s. freier U.

**Unternehmer** 43 (Begriff), 76 (KV.), 170, 177 (IV.), 251, 254 (AV.), 300, 301, 338 ff., 353, 379, 385, 387 (UV.).  
**Unterstützungskasse** 122.  
**Unterstützung freiwillig Beitretender** 80.  
**Untersuchungsmaxime** 433, 434.  
**Unübertragbarkeit** 48, 49.  
**Unwiderrufliche Anstellung** 136.  
**Urkunden** 441, 464.  
**Urkundenfälschung** 221, 274.  
**Ursächlicher Zusammenhang** 311 ff.  
**Ursprungsanstalt** 222, 223.  
**Urteil** 447.

**Verband von Kassen** 123 ff.  
**Verbotwidriges Handeln** 315.  
**Verbrechen** 96 (KV.) 193 (IV.), 257, 259 (AV.), 316 (UV.).  
**Verbundene Listen** 53.  
**Verdienstgrenze** 191, 192.  
**Verdiensthöhe** 71, 76, 77, 80 (KV.), 171, 175, 181, 182 (IV.), 251, 254, 255 (AV.), 300, 301, 321 ff., 363 (UV.).  
**Vereinigung** 117, 118, 121, 122, 123, 129 (KV.), 216 (IV.).  
**Vererblichkeit** 48, 49.  
**Verfassung der Versicherungsträger** 31 (Allgem.), 125 ff. (Krankenkassen), 212 ff. (Versicherungsanstalten), 268 ff. (Reichsversicherungsanstalt), 337 ff. (Berufsgenossenschaften).  
**Verfügung** 448, 449.  
**Vergeltungsrecht** 30.  
**Vergleich** 106 (KV.), 208 (IV.), 434 (Verfahren).  
**Verhältnismahl** 52 ff.  
**Verhältnis zu anderen Ansprüchen** 60 ff. (Allgem.), 157 ff. (KV.), 245 ff. (IV.), 291 ff. (AV.).  
**Verhütung von Invalidität** 233.  
**Verjährung** 49 (Entschädigungsansprüche), 107

- (Ansprüche aus KV.), 125 (Haftung für Kassenverbandsschulden), 144 (Kassenbeiträge), 211 (Ansprüche aus IV.), 228, 229 (IV.-Beiträge), 267 (Ansprüche aus AV.), 276 (Beiträge), 335 (Ansprüche aus UV.).
- Verkäufer 68.
- Verkehrsstörung 172.
- Verkündung von Entscheidungen 450, 451.
- Verletzung der Amtspflicht 55.
- Vermögensauseinandersetzung 122 (Krankenkassen), 216 (Versicherungsanstalten), 346 (Berufsgenossenschaften).
- Vermögensverwaltung 148 (Krankenkassen), 231 ff. (Versicherungsanstalten), 237 (Sonderanstalten), 280, 281 (Reichsversicherungsanstalt), 357, 358 (Berufsgenossenschaften).
- Vermutung 230.
- Verordnung 25.
- Verpändung 48, 49.
- Verpflegungsstation 172.
- Versagung der Leistung s. Verweigerung.
- Versäumnisverfahren 434.
- Verschollenheit 193, 194, 243 (IV.), 329 (UV.).
- Versicherte Personen 65 ff. (KV.), 168 ff. (IV.), 250, 251 (AV.), 298 ff. (UV.).
- Versicherungsamt 398 ff.
- Versicherungsanstalt 211 ff.
- Versicherungsbehörde 56 ff., 396 ff.
- Versicherungsberechtigung 39, 40 (Begriff), 75 ff. (KV.), 80 (Mitgliedschaft), 82 (Wartezeit), 88 (Grundlohn) 100, (bes. Leistungen), 110, 113 (zuständige Kasse), 121, 123 (Organisationsänderung), 176 ff. (IV.), 182 (Lohnklassen), 227, 228 (Beitragsleistung), 236 (Sonderanstalten), 253, 254 (AV.), 272 (Beitragsleistung), 301, 302 (UV.).
- Versicherungsfähigkeit 39, 40 (Begriff), 42 ff. (Allgem.), 65 ff. (KV.), 168 ff. (IV.), 250, 251 (AV.), 298 ff. (UV.).
- Versicherungsfall s. entschädigungspflichtiger Tatbestand.
- Versicherungsfreiheit 72, 73 (KV.), 173 ff. (IV.), 251, 252 (AV.), 302, 308 (UV.).
- Versicherungsgenossenschaft 361.
- Versicherungskarte 274, 275.
- Versicherungspflicht 39, 40 (Begriff), 66 ff. (KV.), 169 ff. (IV.), 250 ff. (AV.) 299 ff. (UV.).
- Versicherungsprämie 33, 34.
- Versicherungsprozeß 32, 395 ff.
- Versicherungstheorie 33 ff.
- Versicherungsträger s. Träger d. V.
- Versicherungsverein 150 ff., 163.
- Versicherungsvertrag 33.
- Versicherungsvertreter 400, 401, 418, 419.
- Verteilungsverfahren 468, 469.
- Verteilungszahl 53, 54.
- Vertrauensarzt 240.
- Vertrauensberufsgenossenschaft 404.
- Vertrauensmann 270, 271 (AV.), 344 (UV.).
- Vertretung 128 (Kassenausschuß), 130 (Vorstand), 215 (Versicherungsanstalten), 343 (Berufsgenossenschaften).
- Verwaltung 31 (Allgemeines), 130, 135 ff. (Krankenkassen), 148 (Kassenvermögen), 217 (Versicherungsanstalten), 231 ff. (Anstaltsvermögen), 271 ff. (Reichsversicherungsanstalt), 280, 281 (Anstaltsvermögen), 283 (Ersatzkassen), 347 ff. (Berufsgenossenschaften), 357 (Vermögen).
- Verwaltungspraxis 23, 27.
- Verwaltungsrat 51, 269, 270.
- Verwandtschaft 70.
- Verweigerung der Leistung 49 (Allgemeines), 96, 97, 106, 107 (Ansprüche der KV.), 135 ff. (Ansprüche der IV.), 235 (Heilverfahren), 259, 260, 266, 267 (AV.), 334, 335 (UV.).
- Verwirklichung des Entschädigungsanspruchs 32 (Übergangsrecht), 56 ff. (Allgemeines), 153 ff. (KV.), 239 ff. (IV.), 290, 291 (AV.), 361 ff., 388, 390 (UV.).
- Verzicht 106 (Leistungen der KV.), 176 (Befreiung von der IV.), 253 (Befreiung von der AV.), 455 (Rechtskraft).
- Viehhaltung 306.
- Vollmacht 431.
- Vollrente 320.
- Voranschlag 128 (KV.), 214, 231 (IV.), 280 (AV.).
- Voraussetzungen des Entschädigungsanspruchs 41 ff. (Allgemeines), 65 ff. (KV.), 167 ff. (IV.), 249 ff. (AV.), 297 ff., 387, 388, 389 (UV.).
- Vorauszahlung 156.
- Vorbeugungsmittel 90.
- Vorentscheidung 27, 28, 449, 450.
- Vorläufige Rente 365.
- Vorschlagsliste 53.
- Vorschub 48 (Übertragbarkeit), 106, 141 (KV.), 208, 244 (IV.), 291 (AV.) 355, 365 (UV.).
- Vorsitzender 129, 130 (Krankenkassen), 214 (Versicherungsanstalten), 343 (Berufsgenossenschaften), 399 (Versicherungsamt), 418 (Rentenausschuß), 420 (Schiedsgericht).
- Vorstand 51 (Allgemeines), 129 ff. (Krankenkassen), 214 ff. (Versicherungsanstalten), 343 (Berufsgenossenschaften).
- Vorübergehende Dienstleistung 71, 72, 76, 100

- (KV.), 172, 173, 220 (IV.), 251 (AV.).  
 Vorübergehende Invalidität 195, 196.
- Wäger** 305.
- Wahlen zu Ehrenämtern** 51 (Wählbarkeit, Wahlberechtigung, Wahlverfahren), 113 (Weiterversicherung bei Betriebskrankenkassen), 128 (Ausschuß), 129 (Vorstand), 145 (Unständig Beschäftigte), 152 (Ersatzkassenmitglieder), 214, 215 (Organe der Versicherungsanstalten), 269 ff. (Organe der Reichsversicherungsanstalt), 400, 401 (Versicherungsvertreter), 404, 405 (Beisitzer), 408, 409 (nichtständige Mitglieder des RVA.), 419 (Versicherungsvertreter).
- Wahlprüfung** 54.
- Wahlquotient** 53, 54.
- Wahrscheinlichkeit** 436.
- Waisenaussteuer** 183 ff. (Wartezeit), 205, 206 (Voraussetzungen, Berechnung), 208 (Übertragbarkeit), 209 (Vererbung), 241, (keine mündliche Verhandlung), 242 (Verteilung), 246 (Zusammentreffen mit Renten).
- Waisenhaus** 206 (IV.), 264 (AV.), 332 (UV.).
- Waisenrente** 183 ff. (Wartezeit), 204, 205 (Voraussetzungen, Berechnung), 207 (Wegfall), 241 (keine mündliche Verhandlung), 264, 265 (AV.), 331 (UV.).
- Walderholungsstätte** 94.
- Wandergewerbe** 67 (Krankenversicherungspflicht), 104 (bes. Leistungen), 110, 126, 127 (zuständige Kasse), 132 (Meldepflicht), 145 (Beitragsleistung).
- Wartezeit** 82, 83 (KV.), 178 ff., 241 (IV.), 254 ff. (AV.).
- Wartung durch Hauspfleger** 94, 98.
- Weberlei** 171.
- Wechsel der Kasse** 131.
- Wegfall der Leistungen** 100, 101, 105 ff. (KV.), 206 ff. (IV.), 264 ff. (AV.), 333 ff. (UV.).
- Weg zur Betriebsstätte** 314.
- Weitere Beschwerde** 462.
- Weiterversicherung** 75 (nach Wegfall der Befreiung), 77 (KV.), 81 (Mitgliedschaft), 91 (Krankenpflege), 88 (Grundlohn), 113 (Wahlrecht), 177, 178, (IV.), 222 (Quittungskarte), 253, 254 (AV.), 273 (Beitragsleistung).
- Werft** 305.
- Werkmeister** 68 (KV.), 170 (IV.), 250 (AV.).
- Widerruf der Befreiung** 176 (IV.), 253 (AV.).
- Wiederaufleben der Anwartschaft** 189 ff. (IV.), 258 (AV.).
- Wiederaufnahme des Verfahrens** 462, 463.
- Wiedereinsetzung in den vorigen Stand** 457.
- Wiederherstellung** 207, 265.
- Wiederholung von Rentenansträgen** 242, 243.
- Wilde Listen** 53.
- Wirkerei** 171.
- Wissenschaftliche Tätigkeit** 72.
- Witwengeld** 183 ff. (Wartezeit), 205, 206 (Voraussetzungen, Berechnung), 208 (Übertragbarkeit), 241 (keine mündliche Verhandlung), 244 (Verteilung), 246 (Zusammentreffen mit Renten).
- Witwenrente, Witwerrente** 183 ff. (Wartezeit), 203 (Voraussetzungen, Berechnung), 207 (Wegfall), 234, 235 (Heilverfahren), 263, 264, 265 (AV.), 330, 331, 332 (UV.).
- Wochenbeitrag** 179, 221.
- Wochenbett** 84 (keine Krankheit), 85 (entschädigungspflichtiger Tatbestand), 97, 98 (Ansprüche), 180 (Anrechnung auf die Wartezeit).
- Wochengeld** 97.
- Wochenhilfe** 82 (Dauer der Mitgliedschaft), 97, 98 (Leistungen), 132 (Verteilung der Entschädigung), 158 (Zusammentreffen mit Krankenhilfe).
- Wöchnerinnenheim** 97, 98.
- Zahlstellen** 129, 156.
- Zahltag** 143.
- Zahlung der Entschädigung** 154 ff. (KV.), 243 ff. (IV.), 291 (AV.), 367, 368 (UV.).
- Zahnarzt s. Arzt.**
- Zahntechniker** 89.
- Zeitablauf** 49.
- Zeitlicher Geltungsbereich** 30 ff.
- Zeugen** 441.
- Ziegler** 300.
- Ziergarten** 306.
- Zimmerer** 300.
- Zirkus** 69.
- Zugriff** 161 (KV.), 382, 383, 386 (UV.).
- Zulassung** 110 ff. (Betriebskrankenkassen), 114 (Innungskrankenkassen) 150 ff. (Ersatzkassen), 236 (Sonderanstalten), 282 ff. (Ersatzkassen).
- Zurückhaltung der Quittungskarte** 222.
- Zusammengesetzter Betrieb** 304, 308, 340.
- Zusammentreffen von Ansprüchen**, 60 ff. (Allgemeines), 157 ff. (KV.), 211, 234, 245 ff. (IV.), 266, 267, 282, 291 ff. (AV.), 331, 332, 368 ff., 388, 389, 390, 391 (UV.).
- Zusatzbeiträge** 142 (KV.), 221 (IV.).
- Zusatzversicherung** 178 (Berechtigung), 179 (Wartezeit), 186 (Anwartschaft), 198 (Rente), 199 (Abfindung), 237 (Sonderanstalten).
- Zuschneider** 68.
- Zuschußkassen** 152 (KV.),

- |  |  |  |
|--|--|--|
| 237, 238 (IV.), 286 ff.<br>(UV.).<br>Zuschuß zur Lebensver-<br>sicherung 289.<br>Zuständigkeit 126 (Kran-<br>kenkasse), 213, 230 (Ver-<br>sicherungsanstalt), 239<br>(Entschädigungsantrag),<br>337 ff. (Berufsgenossen-<br>schaft), 364 (Entschädi- | gungsantrag), 411 ff.,<br>422 ff. (Versicherungsbe-<br>hörden).<br>Zustellung 440.<br>Zustellungsbevollmäch-<br>tigtter 429.<br>Zustimmung 134.<br>Zwangsbeitreibung 470.<br>Zwangsinnung 115, 120.<br>Zwangsversicherung 5. | Zwangsvollstreckung 138<br>(KV.), 245 (IV.), 469,<br>470 (Verfahren).<br>Zweck der Arbeit 315.<br>Zweckverband 109.<br>Zweiganstalt 341, 342, 344,<br>355, 356, 425.<br>Zwischenentscheidung 450.<br>Zwischenperson 146.<br>Zwischenverfahren 364. |
|--|--|--|