

Ämtliche Nachrichten

des

Reichsversicherungsamts

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten. Bezugspreis für den Jahrgang 21 Mark.
Preis der einzelnen Nummer 1 Mark 80 Pfennig.

36. Jahrgang

Berlin, den 15. April 1920

Nr. 4

Inhalt: I. **Ämtlicher Teil.** A. **Allgemeines.** Verordnung des Reichsarbeitsministers über aushilfsweise Zuständigkeit von Trägern und Behörden der Reichsversicherung. Vom 16. Februar 1920. S. 263. — B. **Unfallversicherung.** Bekanntmachung über die Genehmigung von Unfallverhütungsvorschriften im 1. Vierteljahr 1920. Vom 30. März 1920. S. 266. — Entscheidungen der Rekursenate 3039. S. 266. — Entscheidungen der Beschlusenate 3040. S. 267. — Andere Entscheidungen 3041. S. 269. — C. **Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.** Die bis Ende 1919 festgesetzten Renten und einmaligen Hinterbliebenenbezüge. S. 270. — Die nicht mündelfähigen Vermögensanlagen der Träger der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung und ihr Verhältnis zum Gesamtvermögen am 31. Dezember 1918. S. 280. — Entscheidungen der Revisionsenate 2571 bis 2573. S. 282. — Entscheidungen der Beschlusenate 2574, 2575. S. 285. — Andere Entscheidungen 2576. S. 287. — Zahlungen aus Invaliden-, Kranken-, Alters- und Zusatzrenten der 31 Versicherungsanstalten einschließlich der Rentenzulagen, sowie Versicherungsleistungen an Hinterbliebene einschließlich der Rentenzulagen im Monat Dezember 1919. S. 289. — Desgleichen im Monat Januar 1920. S. 291. — Erbs aus Beitragsmarken in den Monaten Februar und März 1920. S. 293. — II. **Nichtämlicher Teil.** 1. Richtlinien für ein engeres Zusammenarbeiten der Versicherungsanstalten und der Krankenkassen auf dem Gebiete des Heilverfahrens und der Krankheitsverhütung. S. 295. — 2. Das Straffestetzungs- und Beschwerdewerfahren in Streitfällen der §§ 851, 870, 887 und 891 der Reichsversicherungsordnung. S. 300.

I. Ämtlicher Teil.

A. Allgemeines.

Verordnung

über aushilfsweise Zuständigkeit von Trägern und Behörden der Reichsversicherung.

Vom 16. Februar 1920*).

Auf Grund des Gesetzes über eine vereinfachte Form der Gesetzgebung für die Zwecke der Übergangswirtschaft vom 17. April 1919 (Reichs-Gesetzbl. S. 394) wird von der Reichsregierung mit Zustimmung des Reichsrats und des von der verfassunggebenden Deutschen Nationalversammlung gewählten Ausschusses folgendes verordnet:

§ 1.

Die Landesversicherungsanstalt Brandenburg ist befugt und auf Anweisung des Reichsversicherungsamts verpflichtet, die Geschäfte der Landesversicherungsanstalt Posen insoweit vorläufig wahrzunehmen, als dies zur

*) Reichs-Gesetzbl. S. 239, ausgegeben zu Berlin den 18. Februar 1920.

II. Nichtamtlicher Teil.

1. [Richtlinien für ein engeres Zusammenarbeiten der Versicherungsanstalten und der Krankenkassen auf dem Gebiete des Heilverfahrens und der Krankheitsverhütung.] Im Einvernehmen mit dem Reichsversicherungsamt empfehlen der Ständige Ausschuß der deutschen Landesversicherungsanstalten und die fünf Kassenhauptverbände den durch sie vertretenen Anstalten und Kassen, im Interesse einer möglichst wirksamen Ausgestaltung der Heilbehandlung und der Krankheitsverhütung (§§ 187, 193, 363, 1269, 1274, 1305, 1400 R. V. O.), soweit das bisher nicht bereits der Fall war, in enge Beziehungen zueinander zu treten und dabei die nachstehend aufgeführten Gesichtspunkte zu beachten.

1. Allgemeine Bestimmungen.

1. Die Übernahme des Heilverfahrens ist den Versicherungsanstalten nur gestattet, wenn zu erwarten ist, daß das Heilverfahren die infolge einer Erkrankung drohende Invaldität eines Versicherten oder einer Witwe abwendet oder den Empfänger einer Invaliden-, Witwen- oder Witwerrente wieder erwerbsfähig macht. Der Gewinn für den einzelnen Versicherten wie für die Gesamtheit wird um so größer sein, je besser es gelingt, die zur Verfügung stehenden Mittel rechtzeitig in der den größtmöglichen Erfolg versprechenden Weise zu verwenden. Ein enges Zusammenarbeiten der Träger der Kranken- und Invalidenversicherung wird die Erreichung dieses Zieles erleichtern.

Die Krankenkassen werden insbesondere darauf halten, daß in den Fällen, in denen ein Eintreten der Versicherungsanstalt in Frage kommt, ohne Verzug die geeigneten Schritte zur Herbeiführung einer Entscheidung der Versicherungsanstalt getan werden und den Versuchen, zunächst die Leistungen der Krankenkassen auszunutzen, nachdrücklich entgegengetreten wird.

2. Es ist eine nicht nur im Interesse ihrer Mitglieder, sondern auch in ihrem eigenen Interesse liegende Aufgabe der Krankenkassen, darauf hinzuwirken, daß die von der Versicherungsanstalt gebotenen Gelegenheiten zur Wiederherstellung der Gesundheit oder Abwendung drohender Gesundheitsschädigungen von den Kassenmitgliedern und ihren Angehörigen rechtzeitig (zu vergleichen Ziffer 1 Abs. 2) in Anspruch genommen werden.

Sie werden zu dem Zwecke ihre Ärzte allgemein auf die maßgebenden Gesichtspunkte aufmerksam machen, auch in den Einzelfällen sie zur Äußerung veranlassen, ob nicht die Einleitung eines Heilverfahrens durch die Versicherungsanstalt angezeigt ist.

3. Die Versicherungsanstalt wird diese auch in ihrem Interesse liegende Mitarbeit der Krankenkassen in jeder Weise fördern, insbesondere den Kassen ihres Bezirkes von den Grundsätzen Kenntnis geben, welche für die Durchführung des Heilverfahrens und für ihre Tätigkeit auf dem Gebiete der Krankheitsverhütung maßgebend sind, und ihnen diejenigen Druckfachen zur Verfügung stellen, die zur Erfüllung der von den Krankenkassen übernommenen Aufgaben erforderlich oder zweckdienlich sind.

4. Voraussetzung für die Übernahme des Heilverfahrens seitens der Versicherungsanstalt ist in der Regel, daß die Wartezeit nachgewiesen und die Anwartschaft nicht erloschen ist. Von der Forderung, daß die Wartezeit nachgewiesen sei, wird in der Regel abgesehen, wenn für den Versicherten, wie insbesondere bei Jugendlichen, füglich nicht mehr Beiträge, als geschieden, verwendet werden konnten. Andererseits wird in den Fällen, in denen die Anwartschaft längere Zeit hindurch nur mit einem Mindestaufwand an Beiträgen aufrecht erhalten ist, das Heilverfahren in der Regel nur gegen Leistung eines erhöhten Beitrags zu den Kosten von Seiten des Versicherten oder von anderer Seite übernommen.

Wo auch allgemeine Interessen in Frage stehen, z. B. die Verminderung der Ansteckungsgefahr bei Geschlechtskrankheiten und Tuberkulose, wird in der Regel nachsichtiger verfahren werden, dagegen strenger, wenn es sich um Abhilfe gegen ein bereits lange Zeit bestehendes Leiden handelt (zu vergleichen Ziffer 15).

Für doppelversicherte Angestellte, die nach dem Ausscheiden aus der Invalidenversicherungspflicht nicht mehr für jede Beschäftigungswoche einen Beitrag geleistet haben, wird ein Heilverfahren in der Regel nicht übernommen.

Die Kosten für Heilmaßnahmen, die ohne ihr Zutun getroffen sind, wird die Versicherungsanstalt nur ausnahmsweise übernehmen, wenn Gefahr im Verzuge war, alsbald ihre Entschließung nachgesucht und die getroffene Maßregel von ihr als zweckentsprechend anerkannt wird.

5. Die Anträge von Kassenmitgliedern auf Einleitung eines Heilverfahrens werden in der Regel von der Krankenkasse entgegengenommen und durch Einziehung ärztlicher Gutachten, Feststellung der persönlichen Verhält-

nisse des Kranken usw. tunlichst so weit vorbereitet, daß die Entscheidung von der Versicherungsanstalt ohne weitere Vorermittlungen abgegeben werden kann. Wenn erforderlich, nimmt die Kasse hierbei die Hilfe der zuständigen Stellen in Anspruch — z. B. zu der gemäß Ziffer 4, Abs. 1, Ziffer 20 erforderlichen Feststellung der Einkommens- und Vermögensverhältnisse, des Inhalts der früheren Quittungskarten. Wo infolge unregelmäßiger Beitragsleistung oder aus anderen Gründen die Übernahme des Heilverfahrens zweifelhaft ist, wird zweckmäßig zunächst eine Außerung der Versicherungsanstalt veranlaßt, bevor mit einem größeren Aufwand an Zeit und Kosten Ermittlungen angestellt werden. Im übrigen sind die Anträge als Eilsachen zu behandeln.

Wenn nach Stellung des Antrags ein Kassenwechsel eintritt, sind noch nicht entscheidungsbereife Anträge an die neue Kasse zur weiteren Bearbeitung abzugeben, entscheidungsbereife der Versicherungsanstalt mit einer Nachricht über den eingetretenen Kassenwechsel einzufenden. Diese Benachrichtigung hat auch zu erfolgen, wenn der Antrag bereits eingekandt war. Die gemäß Ziffer 8 ihr zugehenden Mitteilungen gibt die frühere Kasse an die neue Kasse weiter.

6. Auf anderem Wege eingehende Anträge für Kassenmitglieder wird die Versicherungsanstalt in der Regel der Krankenkasse zur Außerung zugehen lassen, soweit dadurch nicht eine unerwünschte Verzögerung der Entscheidung über die Einleitung des Heilverfahrens herbeigeführt wird oder der Versicherte ein berechtigtes Interesse daran hat, daß die Kasse nicht Kenntnis erhält.

Die geschäftliche Behandlung der Anträge für Kassenmitglieder, die durch Fürsorgestellen vermittelt werden soll durch besondere Vereinbarungen geregelt werden.

7. Auf Wunsch der Versicherungsanstalt übernimmt die Krankenkasse die Anweisung der Kranken gemäß dem Bescheide der Anstalt, die Auszahlung der Reisekosten und des Hausgeldes usw. und sorgt durch Rücksprache gelegentlich der Auszahlung des Hausgeldes oder in sonst geeigneter Weise auch dafür, daß der Kranke während seiner Abwesenheit nicht von den Angehörigen ohne Grund beunruhigt wird und andererseits die letzteren sich nicht grundlos beunruhigen.

8. Soweit die Versicherungsanstalt nicht bereits gemäß Ziffer 6 der Krankenkasse die entsprechenden Mitteilungen macht, gibt sie ihr Nachricht von dem auf Anträge für Kassenmitglieder erteilten Bescheide, wenn angezeigt, unter kurzer Begründung der Entschliezung, sowie über die Einleitung und den Abschluß der durchgeführten Heilverfahren unter Angabe des erreichten Erfolges. Die Kasse benachrichtigt den behandelnden Arzt. Eine weitere Auskunftserteilung über die Ablehnungsgründe an die Kranken selbst muß vermieden werden, damit ihnen nicht die Hoffnung auf Besserung genommen wird.

9. Voraussetzung für die Einleitung des Heilverfahrens ist die Ausstellung eines ärztlichen Gutachtens, das der Versicherte beizubringen hat.

Hinsichtlich des Inhalts und der Bezahlung der ärztlichen Gutachten und Bescheinigungen werden die Krankenkassen und die Versicherungsanstalten sich miteinander verständigen.

10. Zur Sicherstellung eines ersprießlichen Zusammenarbeitens finden nach Bedarf Besprechungen der Versicherungsanstalt mit Vertretern der Krankenkassenverbände ihres Bezirkes statt.

Einem Beirat, dem je 1 oder 2 Vertreter der verschiedenen Kassenarten angehören, wird die Versicherungsanstalt die in Aussicht genommenen erheblichen Änderungen der Grundsätze auf den eingangs bezeichneten Gebieten, der zur Verwendung gelangenden Vorbrude und der mit Ärzten, Zahnärzten usw. abzuschließenden Vereinbarungen über die Höhe der Vergütungen, soweit die Kassen mitbelastet werden können, zur gutachtlichen Außerung vorlegen.

Andererseits wird der Beirat im Einvernehmen mit der Versicherungsanstalt Richtlinien aufstellen für die Ausgestaltung der Kassenleistungen und die Verwendung von Kassenmitteln für allgemeine Zwecke der Krankheitsverhütung, damit ein möglichst weitgehendes Zusammenarbeiten der verschiedenen Versicherungsträger erreicht wird.

2. Gewährung von Heilmitteln

(Zahnersatz, künstliche Glieder, Stützapparate usw.).

11. Die Krankenkassen werden, soweit es nicht bereits geschehen oder wegen fehlender Leistungsfähigkeit der Kasse untunlich ist, in ihrer Satzung die Gewährung von Zuschüssen für größere Heilmittel oder Hilfsmittel gegen Verunstaltung und Verkrüppelung gemäß § 187 Nr. 3, § 193 Abs. 1 Nr. B. D. vorsehen bis zur Höhe von mindestens 50 M.

Sie übernehmen ferner die zur Herstellung künstlicher Gebisse erforderliche Mundreinigung (Beseitigung von Zähnen, Wurzeln usw.).

12. Bei Anträgen auf Lieferung künstlicher Gebisse und Gliederersatzstücke, Stützvorsetts usw. stellt die Kasse fest, ob der Antragsteller bereit und in der Lage ist, den auf ihn entfallenden Anteil an den Kosten zu zahlen, sofern das nicht der Fall ist, ob dieser Zuschuß von anderer Seite ganz oder zum Teil bestritten werden wird. Zur Erlangung eines solchen Zuschusses ist sie dem Antragsteller behilflich. Dabei dürfen Armenmittel nicht in Anspruch genommen werden, es sei denn, daß bereits vorher nicht nur vorübergehend Armenpflege eingetreten war. Grundsätzlich ist darauf zu halten, daß der Antragsteller einen seiner Leistungsfähigkeit angemessenen Kostenbeitrag leiste, damit er Interesse an einer schonenden Behandlung des Ersatzstücks hat.

13. Krankenkasse und Versicherungsanstalt zahlen regelmäßig nur einen Beitrag zu denjenigen Kosten, die durch die Beschaffung von Ersatzstücken usw. in einer zwar haltbaren, aber einfachen Ausführung notwendig entstehen. Weitergehenden Wünschen des Versicherten kann jedenfalls nur entsprochen werden, wenn die Tragung der Mehrkosten von anderer Seite vorher erfolgt oder sichergestellt ist.

14. Wenn es sich um die Beschaffung von Ersatz für bereits früher gelieferte Ersatzstücke handelt, so ist regelmäßig festzustellen, wann und für wessen Rechnung diese geliefert sind und ob die Neubeschaffung infolge des gewöhnlichen Verschleißes oder zum Teil oder ausschließlich infolge Verschuldens des Trägers der Ersatzstücke oder aus anderen Gründen erforderlich geworden ist.

15. Die Lieferung von Ersatzstücken u. dgl. für Rechnung der Versicherungsanstalt kommt in der Regel nur in Frage, wenn für den Versicherten seit dem Eintritt in das versicherungspflichtige Alter ziemlich regelmäßig, d. h. mindestens für die Mehrzahl der Wochen, Beiträge geleistet sind. Sie ist ausgeschlossen, wenn infolge längerer Unterbrechung der Beitragsleistung die Anwartschaft erloschen ist. Sie erfolgt, wenn überhaupt, dann nur gegen einen angemessenen erhöhten Zuschuß des Versicherten zu den Kosten, wenn zwar die Anwartschaft erhalten blieb, die Beitragsleistung aber nur in geringem Umfang erfolgte, insbesondere bei freiwilliger Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses mit dem Mindestbeitragen.

16. In der Regel wird die Versicherungsanstalt bei Versicherten, die der Angestelltenversicherungspflicht unterliegen, höchstens ein Viertel der Kosten übernehmen (zu vergleichen indes Ziffer 4 Abs. 3), bei den übrigen Versicherten, die einer Krankenkasse angehören, höchstens ein Drittel der Kosten und bei den nicht gegen Krankheit Versicherten bis zur Hälfte der Kosten. Ein höherer Beitrag kann ausnahmsweise übernommen werden, wenn der von der Krankenkasse zu leistende Zuschuß wesentlich unter dem Drittel bleibt und der höhere Beitrag nicht anderweit aufgebracht werden kann.

17. Die Versicherungsanstalt wird die Krankenkassen bei Mitteilung ihrer Grundsätze (vgl. Ziffer 3) auch davon unterrichten, ob sie mit Zahnärzten, Zahntechnikern, Bandagisten usw. Abkommen wegen Lieferung von Gebissen, künstlichen Gliedern usw. getroffen hat. Die Krankenkasse bereitet den Antrag vor, stellt den Beitrag fest, den sie zu den Kosten leisten wird, und führt dann die Entschließung der Versicherungsanstalt herbei. Nach deren Eingang besorgt die Kasse das zur Lieferung des Ersatzstücks Erforderliche, legt die Rechnung mit einer die Lieferung eines gebrauchsfähigen Ersatzstücks anerkennenden Erklärung des Versicherten der Versicherungsanstalt vor und veranlaßt nach Eingang der Zuschüsse die Bezahlung der Rechnung.

18. Wenn sich nachträglich Mängel an dem Ersatzstück ergeben, übernimmt die Krankenkasse zunächst die Verhandlung mit dem Anfertiger, macht aber der Versicherungsanstalt unter Vorlegung der Verhandlung davon Mitteilung, wenn sich Anhaltspunkte dafür ergeben, daß die Arbeit erhebliche Mängel hatte.

3. Ständige Heilbehandlung.

19. Bei der Inanspruchnahme von Kuren in Bädern, Bungenheilstätten und sonstigen Anstalten ist ganz besonders darauf zu halten, daß ein Hinausschieben der Anträge bis in die sogenannte gute Jahreszeit, wo es nicht durch die Umstände geboten ist, unterbleibt. Es wird sonst nicht nur häufig die günstigste Zeit zur Erzielung eines raschen und sicheren Erfolges verpaßt, sondern eine Berücksichtigung der sich zeitweilig häufenden Anträge unmöglich, während zu anderen Zeiten die zur Verfügung stehenden Einrichtungen ungenügend ausgenutzt werden. Deshalb werden von der Versicherungsanstalt in der Regel die ohne Verzug gestellten Anträge vor denen bevorzugt, die ohne

ausreichenden Grund längere Zeit hinausgeschoben sind, und unter Umständen wird auch von dem säumigen Versicherten ein Kostenbeitrag als Ersatz für das ausfallende Krankengeld gefordert werden. Grenzfälle werden um so eher berücksichtigt, je reichlicher Platz ist.

20. Wegen der Unterlagen, die für die Entscheidung über die Erhöhung des Hausgeldes über den gesetzlichen Betrag hinaus beigebracht werden müssen (Einkommens- und Vermögensverhältnisse des Versicherten usw.), aber von der Krankenkasse selbst nicht festgestellt werden können, wendet sich die Kasse, ohne den Abschluß der übrigen Ermittlungen abzuwarten, sofort an die zuständige Stelle mit dem Antrag auf direkte Weitergabe an die Versicherungsanstalt.

21. Vor der Einleitung einer Anstaltsbehandlung müssen Mängel des Gebisses und andere Gesundheitsmängel, die den Kurerfolg beeinträchtigen könnten, von der Kasse im Rahmen der Satzung auf ihre Kosten beseitigt werden. Vor Stellung von Anträgen auf Kuren in Lungenheilstätten ist insbesondere etwa vorhandenes Fieber zu beseitigen.

22. Wenn im Laufe eines Heilverfahrens infolge einer Zwischenkrankung eine anderweitige Heilbehandlung erforderlich wird, übernimmt die Versicherungsanstalt auch deren Durchführung für eigene Rechnung, solange es wahrscheinlich ist, daß das Heilverfahren in kurzer Zeit mit Aussicht auf Erfolg fortgesetzt werden kann. Andernfalls wird der Kranke seiner Kasse zur Fürsorge überwiesen, und zwar vorbehaltlich anderer Vereinbarung im Einzelfall am letzten Wohnort oder Beschäftigungsorte des Kranken. Wenn aber die Reise dahin nach ärztlichem Ermessen ohne wesentliche Gefährdung der Gesundheit nicht möglich ist, soll die Versicherungsanstalt berechtigt sein, den Kranken für Rechnung der Kasse im nächsten erreichbaren Krankenhaus unterzubringen. Der Kasse ist davon umgehend Mitteilung zu machen.

Entsprechend wird auch dann verfahren, wenn der Abbruch des Heilverfahrens eintreten muß, weil die Aussicht auf Erfolg weggefallen ist.

23. Wiederholungskuren werden in der Regel nur bewilligt, wenn die Erwerbstätigkeit nicht nur vorübergehend wieder aufgenommen war, und möglichst in Zeiten geringeren Anbranges gelegt.

Versicherte, die ein früheres Heilverfahren ohne ausreichenden Grund vorzeitig abgebrochen haben oder strafweise entlassen sind, haben nur ausnahmsweise und nur nach längerer Zeit, wenn sichere Gewähr gegen eine Wiederkehr solcher Vorfälle gegeben ist, die Übernahme eines neuen Heilverfahrens zu erwarten.

a. Lungenheilstättenkuren.

24. Die Anträge auf Gewährung von Heilstättenkuren werden in der Regel in der Reihenfolge berücksichtigt, in der sie entscheidungsreif vorliegen. Ausnahmen werden u. a. dann gemacht, wenn infolge des Vorhandenseins von Kindern die Verminderung der Ansteckungsgefahr und andererseits die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit besonders dringlich ist.

Die Krankenkassen werden tunlichst davon benachrichtigt, wenn wegen Platzmangels eine strengere Auswahl stattfinden muß. Sie werden diese Mitteilungen in geeigneter Weise zur Kenntnis der Ärzte, ihrer Mitglieder und der Fürsorgestellen bringen, damit eine Enttäuschung infolge der Stellung aussichtsloser Anträge nach Möglichkeit vermieden wird.

Für Lungenkranke, bei denen die Krankheit zum Stillstand gekommen ist und Bazillen nicht ausgeschieden werden, genügt vielfach die Überweisung an die zuständige Fürsorgestelle für Lungenkranke zur Überwachung und, falls der Kranke der Erholung bedarf, der Aufenthalt in einer Wiederherstellungsstätte oder in einem Genesungsheime.

25. Die Versicherungsanstalt trägt die Kosten der Fortsetzung der in der Heilstätte eingeleiteten Tuberkulinbehandlung nach der Entlassung.

26. Die Krankenkassen fördern in Gemeinschaft mit der Versicherungsanstalt die Errichtung von Tuberkulosefürsorgestellen und deren Tätigkeit nach Kräften, damit die Hindernisse, die der rechtzeitigen Einleitung von Heilstättenkuren entgegenstehen, überwunden werden und die Ansteckungsgefahr möglichst vermindert wird. Zu dem Zwecke werden sie den Fürsorgestellen von allen Erkrankungen an Tuberkulose und von bemerkenswerten Wendungen im Verlaufe der Krankheit, soweit angezeigt, Mitteilung machen und die mit der Krankenüberwachung beauftragten Angestellten entsprechend anweisen.

b. Baderkuren.

27. Die Versicherungsanstalt wird tunlichst Vorkehrungen treffen, durch welche Versicherten die Benutzung der in Bädern usw. gebotenen Heilmittel gesichert wird. Sie läßt den Krankenkassen die erforderlichen Nachrichten zugehen, damit sie Ärzten und Mitgliedern jederzeit zutreffende Auskunft erteilen können.

c. Genesungs- und Erholungsheime.

28. Soweit ein Bedürfnis dafür besteht, wird die Versicherungsanstalt tunlichst dafür sorgen, daß Heime zur Verfügung stehen, in denen Heilbehandlungen möglich sind, die in Krankenhäusern in der Regel mit Erfolg nicht durchgeführt werden können, insbesondere bei Nervenkrankheiten leichter Art, Entkräftung, Blutarmut, leichteren Herz- und Magenkrankheiten.

Sie wird auch Wiedereingewandenen, denen aus der vorzeitigen Wiederaufnahme der Berufstätigkeit dauernder Schaden erwachsen könnte, durch geeignete Unterbringung Gelegenheit bieten zur Hebung der gesunkenen Widerstandsfähigkeit.

Die Krankenkassen werden nach Kräften dazu beitragen, daß die so gebotenen Gelegenheiten zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit von den Kassenmitgliedern bestmöglich ausgenutzt werden, indem sie, wo es angezeigt ist, dazu anregen, wo es an einem ausreichenden Anlaß für die Inanspruchnahme fehlt, aber auch mit ihren Bedenken gegen zu weitgehende Anträge nicht zurückhalten.

d. Heilbehandlung Geschlechtskranker.

29. Die Kosten der Beratungsstellen und der Überwachung der Geschlechtskranken durch diese trägt die Versicherungsanstalt.

Die Krankenkassen benennen der zuständigen Beratungsstelle alle wegen Geschlechtskrankheiten behandelten Mitglieder und Angehörigen von Mitgliedern, sobald die Behandlung abgeschlossen oder vorzeitig abgebrochen ist. Sie treffen die geeigneten Vereinbarungen mit ihren Ärzten, daß sie diese Meldungen vornehmen können, und nehmen in die Krankenordnung eine Bestimmung auf, die es den Kassenmitgliedern zur Pflicht macht, den Rädungen der Beratungsstelle Folge zu leisten.

Gegen die Kassenmitglieder, die der Rädung der Beratungsstelle trotz Mahnung keine Folge leisten, wird die Krankenkasse der Krankenordnung entsprechend vorgehen und das Ergebnis der Beratungsstelle mitteilen.

30. Die Heilbehandlung geschlechtskranker Kassenmitglieder und deren Familienmitglieder, soweit für sie Familienhilfe gewährt wird, ist in erster Linie Aufgabe der Krankenkasse. Eine Beteiligung der Versicherungsanstalt an den Kosten der Behandlung wird dadurch nicht ausgeschlossen. Es ist erwünscht, daß die bereits in einzelnen Anstaltsbezirken eingeführte Behandlungsgemeinschaft zwischen der Versicherungsanstalt und den Kassen ihres Bezirkes in weiterem Umfang erprobt wird.

Zur Heilbehandlung gehören auch die sogenannten vorbeugenden Kuren bei der Syphilis, die nach einer nicht zur Dauerheilung führenden Krankheitsbehandlung nach kürzeren oder längeren Zwischenräumen erforderlich werden, damit die Krankheitsreste beseitigt werden, bevor sie zu schweren Gesundheitschädigungen geführt haben.

Die Versicherungsanstalten werden in der Regel eine etwa notwendig werdende Weiterbehandlung nach Ablauf der Kassenleistungen übernehmen.

31. In den Fällen, in denen ein geschlechtskrankes Kassenmitglied oder der Angehörige eines solchen Bedenken hat, die Hilfe der Krankenkasse in Anspruch zu nehmen, weil es die Verschwiegenheit nicht für ausreichend gesichert hält, übernimmt die Versicherungsanstalt die Behandlung für ihre Rechnung.

Sie ermächtigt ihre Beratungsstellen, in dringenden Fällen die erforderliche Behandlung der geschlechtskranken Kassenmitglieder oder ihrer Angehörigen ohne Vorfrage bei der Anstalt anzuordnen.

32. Bei der Heilbehandlung Geschlechtskranker, die in Anstalten gewährt wird, sieht die Versicherungsanstalt von der Geltendmachung des Ersatzanspruchs der Krankenkasse gegenüber grundsätzlich ab, damit die Befürchtung, daß die Kasse von der Erkrankung Kenntnis erhalten werde, den Geschlechtskranken nicht von der Inanspruchnahme der Hilfe der Versicherungsanstalt abhält. Die Hälfte der im Laufe des Jahres für geschlechtskranke Kassenmitglieder dadurch erwachsenden Aufwendungen fordert sie nach Jahreschluß in einer Summe von der Kasse ein.

Die Versicherungsanstalt hat zu ihren Akten einwandfrei festzustellen, daß dem Kranken ein Unterstützungsanspruch gegen die Kasse zustand und daß die Behandlung, soweit deren Kosten zur Hälfte von der Kasse zurückgefordert werden, sich nicht über die sachungsmäßige Unterstützungsdauer ausdehnte.

Dem Beirat steht die Nachprüfung der Berechnung der Kosten mit allen Unterlagen frei mit der Einschränkung, daß ein Vertreter der beteiligten Kasse selbst ausscheidet.

e. Trinkerheilstättenkuren.

33. Die Unterbringung von Alkoholkranken in Heilstätten hat zur Voraussetzung, daß Körper und Geist durch die Krankheit noch nicht zu sehr geschwächt sind und daß die Kranken bereits einem Enthaltfamkeits- oder Mäßigkeitsvereine beigetreten sind.

f. Lupus, Weingeschwüre.

34. Bei der Behandlung von Lupus, Weingeschwüren und ähnlichen langdauernden Heilverfahren wird die Versicherungsanstalt insbesondere die Fortsetzung der Behandlung nach Ablauf der Kassenleistungen in Aussicht nehmen, wenn nicht in anderer Weise eine Beteiligung der beiden Versicherungsträger an den Kosten vereinbart wird.

4. Krankheitsverhütung.

(§ 1274 R. V. O.)

35. Bei den allgemeinen Maßnahmen zur Hebung der gesundheitlichen Verhältnisse der versicherungspflichtigen Bevölkerung wird die Versicherungsanstalt ein planmäßiges Zusammenwirken mit den Maßregeln der Krankenkassen im Interesse der Krankheitsverhütung anstreben.

Mit dem Beirat werden alle auf diesem Gebiete von Versicherungsanstalten und Krankenkassen geplanten Bestimmungen von allgemeiner Bedeutung vorher beraten.

Vereinbart im Reichsversicherungsamte zu Berlin am 7. Januar 1920.

<p>Verband deutscher Landesversicherungsanstalten.</p> <p>Der Vorsitzende: Dr. Schroeber.</p>	<p>Hauptverband deutscher Ortskrankenkassen.</p> <p>Der Vorsitzende: Fräßdorf.</p>	<p>Gesamtverband deutscher Krankenkassen.</p> <p>Der Vorsitzende: Franz Behrens.</p>
<p>Verband zur Wahrung der Interessen der deutschen Betriebskrankenkassen.</p> <p>Der Vorsitzende: Wandel.</p>	<p>Verband deutscher Innungskrankenkassen.</p> <p>Der Vorsitzende: Ernst Stille.</p>	<p>Allgemeiner Verband deutscher Landkrankenkassen.</p> <p>Der Vorsitzende: Dr. Krüger.</p>

2. [Das Straffestsetzungs- und Beschwerdeverfahren in Streitfällen der §§ 851, 870, 887 und 891 der Reichsversicherungsordnung.] In einer Abhandlung des ständigen Mitglieds des Reichsversicherungsamts Regierungsrats Dr. Wiebed: »Das Straffestsetzungs- und Beschwerdeverfahren in Streitfällen der §§ 851, 870, 887 und 891 der Reichsversicherungsordnung«, die im Heft 1 Jahrgang 1920 Spalte 10 ff. der Monatschrift für Arbeiter- und Angestellten-Versicherung (Verlag Jul. Springer, Berlin W 9, Einstr. 23/24) veröffentlicht ist, sind Beisätze zusammengestellt, die auf die besonderen Anforderungen der Reichsversicherungsordnung hinweisen.