

UNFALLBEGUTACHTUNG

VON

PROF. DR. PAUL ROSTOCK †

CHEFARZT DES VERSORGUNGSKRANKENHAUSES
BAD TOLZ

fortgeführt von

Ministerialdirigent DR. SEB. IMHOF und Direktor RASSO WEGMANN

Vierte, neu bearbeitete Auflage
unter Berücksichtigung der Rentenneuregelungsgesetze vom 23. 2. 1957

Mit 78 Abbildungen auf 6 Tafeln



WALTER DE GRUYTER & CO.

VORM. G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG, J. GUTTENTAG, VERLAGSBUCHHANDLUNG,
GEORG REIMER, KARL J. TRÜBNER, VEIT & COMP.

BERLIN 1957

Vorwort zur vierten Auflage

Prof. Dr. Paul Rostock konnte die Bearbeitung der vierten Auflage nicht mehr selbst vornehmen. Der Tod hat dem Schaffen und Wirken des Gelehrten und Praktikers von internationalem Ruf ein vorzeitiges Ende gesetzt.

Die Überarbeitung der vierten Auflage konnte sich nur, sollte sich die Auslieferung der vorliegenden Bestellungen nicht allzu sehr verzögern, auf die Neufassung der Einführung in die neue Rentenversicherungsgesetzgebung beziehen. Die seit Drucklegung der vierten Auflage vom Deutschen Bundestag beschlossenen Gesetze über die Teilreform der gesetzlichen Unfallversicherung sowie über die Lohnfortzahlung an Arbeiter im Krankheitsfalle konnte nicht mehr berücksichtigt werden.

Die fünfte Auflage wird Gelegenheit geben, die bis dahin weiter verabschiedeten Gesetze aus Krankenversicherung und Unfallversicherung zusammen mit der Krankenversicherung der Rentner zu bearbeiten.

Möge diese vierte Auflage die gleiche freundliche Aufnahme wie ihre Vorgängerinnen finden.

München/Berlin, im Juli 1957

Herausgeber und Verlag

Inhaltsübersicht

	Seite
Vorwort	III
Allgemeiner Teil	VIII
Einleitung	VIII
Krankenversicherung	1
A. Versicherungsträger	1
B. Umfang der Versicherung	1
1. Versicherungspflicht	1
2. Versicherungsberechtigung	2
3. Freiwillige Weiterversicherung	2
C. Gegenstand der Versicherung	2
1. Krankenhilfe	3
2. Wochenhilfe	4
3. Sterbegeld	5
D. Aufbringung der Mittel	5
Die Neuregelung der Rentenversicherungen der Arbeiter und Angestellten	6
I. Aufgaben der Versicherung und Kreis der Versicherungspflichtigen Personen	6
II. Versicherungsfreiheit	7
III. Nachversicherung	7
IV. Freiwillige Versicherung	7
V. Die Leistungen der Versicherung	8
VI. Die Anwartschaft	9
VII. Anrechnungsfähige Versicherungszeiten für die Erfüllung der Wartezeit	9
VIII. Zusammensetzung und Berechnung der Renten	9
IX. Hinterbliebenenrenten	10
X. Anpassung der laufenden Renten	11
XI. Renten auf Zeit	11
XII. Zusammentreffen und Ruhen von Renten	11
XIII. Ausländerrenten	12
XIV. Bezugsberechtigte beim Tode des Rentners und während des Verbüßens einer Freiheitsstrafe	12
XV. Wegfall und Wiederaufleben der Renten	12
XVI. Aufrechnung	13
XVII. Witwen- und Witwerabfindung	13
XVIII. Beitragserstattung	13
XIX. Wanderversicherung	13
XX. Aufbringung der Mittel	13
XXI. Leistungen aus der Versicherung	14
Private Unfallversicherung	14
Unfallversicherung	17
1. Abgrenzung der Unfallversicherungszweige	19
2. Verzeichnis der gewerblichen Berufsgenossenschaften	19
a) Gewerbliche Berufsgenossenschaften	19
b) Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften	23

Inhaltsübersicht

	Seite
3. Berufskrankheiten	24
4. Pflichten und Rechte der Versicherungsträger	25
5. Leistungen an die Verletzten und ihre Angehörigen	27
6. Das Rentenverfahren bei Unfallverletzten	28
7. Die Abfindung	32
8. Die Sozialgerichtsbarkeit	33
 Arzt und Gutachten	35
1. Form der ärztlichen Gutachten	37
2. Form des freien Gutachtens	37
3. Zur Begutachtung wichtige Untersuchungsmethoden	41
4. Simulation	49
 Spezieller Teil	52
A. Die wichtigsten Rentensätze	52
1. Kopf	53
2. Brustkorb	54
3. Wirbelsäule	55
4. Bauchorgane und Bauchdecken	55
5. Harnsystem	56
6. Männliche Genitalorgane	56
7. Weibliche Genitalorgane	56
8. Amputationen im Bereich der oberen Extremität ohne Finger	57
9. Funktionsstörungen am Arm ohne Finger	57
10. Glatte Gliedverluste der Finger	57
B. Die entschädigungspflichtigen Berufskrankheiten	60
1. Erkrankungen durch Blei oder seine Verbindungen	63
2. Erkrankungen durch Phosphor oder seine Verbindungen	63
3. Erkrankungen durch Quecksilber oder seine Verbindungen	64
4. Erkrankungen durch Arsen oder seine Verbindungen	64
5. Erkrankungen durch Mangan oder seine Verbindungen	65
6. Erkrankungen durch Kadmium oder seine Verbindungen	65
7. Erkrankungen durch Beryllium oder seine Verbindungen	66
8. Erkrankungen durch Chrom oder seine Verbindungen	66
9. Erkrankungen durch Benzol oder seine Homologen	67
10. Erkrankungen durch Nitro- und Amidoverbindungen des Benzols oder seiner Homologen und deren Abkömmlinge	67
11. Erkrankungen durch Halogen-Kohlenwasserstoffe	68
12. Erkrankungen durch Salpetersäureester	68
13. Erkrankungen durch Schwefelkohlenstoff	68
14. Erkrankungen durch Schwefel-Wasserstoff	69
15. Erkrankungen durch Kohlenoxyd	69
16. Erkrankung durch Röntgenstrahlen und radioaktive Stoffe	70
17. Hautkrebs oder zur Krebsbildung neigende Hautveränderungen durch Ruß, Paraffin, Teer, Anthrazen, Pech und ähnliche Stoffe	70
18. Krebs und andere Neubildungen sowie Schleimhautveränderungen der Harnwege durch aromatische Amine	71
19. Schwere oder wiederholt rückfällige berufliche Hauterkrankungen, die zum Wechsel des Berufs oder zur Aufgabe jeder Erwerbstätigkeit zwingen	71
20. Erkrankungen durch Erschütterung bei Arbeit mit Preßluftwerkzeugen und gleichartig wirkenden Werkzeugen und Maschinen sowie durch Arbeit an Anklopfmaschinen	71
21. Erkrankungen durch Arbeit in Druckluft	72

Inhaltsübersicht

	Seite
22. Chronische Erkrankungen der Sehnenscheiden, der Sehnen- und Muskellansätze durch Überbeanspruchung	72
23. Drucklähmungen der Nerven	73
24. Chronische Erkrankungen der Schleimbeutel der Gelenke durch ständigen Druck oder ständige Erschütterungen	74
25. Abrißbrüche der Wirbelfortsätze	74
26. Menicusschäden bei Bergleuten nach mindestens dreijähriger, regelmäßiger Tätigkeit unter Tage	74
27a. Staublungenerkrankung	75
27b. Staublungenerkrankung in Verbindung mit aktiv fortschreitender Lungentuberkulose (Siliko-Tuberkulose)	75
28a. Asbeststaublungenerkrankung (Asbestose)	76
28b. Asbeststaublungenerkrankung in Verbindung mit Lungenkrebs	76
29. Erkrankung der tieferen Luftwege durch Thomasschlackenmehl	77
30. Erkrankungen der tieferen Luftwege und der Lunge durch Aluminium oder seine Verbindungen	77
31. Erkrankungen der Knochen, Gelenke und Bänder durch Fluorverbindungen (Fluorose)	78
32. Erkrankungen der Zähne durch Mineralsäuren	78
33. Hornhautschädigungen des Auges durch Benzochinon	78
34. Schneeberger Lungenkrankheit	79
35. Durch Lärm verursachte Taubheit oder an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit	79
36. Grauer Star	79
37. Wurmkrankheit der Bergleute	79
38. Tropenkrankheiten, Fleckfieber, Skorbut	80
39. Infektionskrankheiten	80
40. Von Tieren auf Menschen übertragbare Krankheiten	80
C. Allgemeines über die Begutachtung von Zusammenhangsfragen	80
D. Spezielles über die Begutachtung von Zusammenhangsfragen	82
1. Thermische Verletzungen	82
2. Elektrische Verletzungen	82
3. Intoxikationen	82
4. Infektionskrankheiten	83
5. Parasitäre Erkrankungen	83
6. Wundinfektionskrankheiten	84
7. Stoffwechselerkrankungen und Krankheiten der endokrinen Drüsen	86
8. Erkrankungen des Blutes	88
9. Erkrankungen des Gefäßsystems	88
10. Erkrankungen des Respirationssystems	91
11. Erkrankungen der Bauchdecken	92
12. Erkrankungen des Magen- und Darmkanals	93
13. Erkrankungen des Harnsystems	96
14. Genitalerkrankungen des Mannes	98
15. Genitalerkrankungen der Frau	99
16. Erkrankungen der Haut und des Unterhautzellgewebes	99
17. Erkrankungen der Muskeln, Sehnen und Schleimbeutel	100
18. Erkrankungen der Knochen und Gelenke	102
19. Erkrankungen des Nervensystems	108
20. Erkrankungen der Sinnesorgane	112
21. Selbstmord	113
Die ärztliche Begutachtung Kriegsversehrter	114
Sachregister	116

Allgemeiner Teil

Einleitung

Der Arzt, welcher als Begutachter in der Sozialversicherung tätig sein soll, hat Kenntnisse zu besitzen, welche über diejenigen hinausgehen, über die jeder Arzt verfügen muß. Es genügt nicht, daß man klare und richtige Vorstellungen von dem Werden und Geschehen des krankhaften Prozesses im menschlichen Körper hat. Es genügt nicht, daß man die modernen diagnostischen Hilfsmittel zu handhaben versteht. Es genügt auch nicht, daß man die Gedanken so klar zu Papier bringen kann, daß sie andere Menschen und besonders Nichtärzte zu überzeugen vermögen. Man muß daneben auch in den nun einmal gültigen wichtigsten Bestimmungen der deutschen Sozialversicherung Bescheid wissen. Naturgemäß braucht der Arzt nicht über alle die Spezialkenntnisse zu verfügen, welche ein berufsgenossenschaftlicher Verwaltungsbeamter oder ein Beamter der Spruchbehörde haben muß. Der Arzt soll sich bei seiner Beurteilung gar nicht mit rein rechtlichen Fragen befassen, das ist nicht seines Amtes. Aber die Bestimmungen, die ihn bei seiner beratenden ärztlichen Tätigkeit berühren, muß er kennen, um seinen Ausführungen Beweiskraft geben zu können! Das ärztliche Gutachten, welchem man fast in jeder Zeile ansieht, daß dem Verfasser auch die primitivsten Begriffe der Sozialversicherung unbekannt sind, wird sich nie durchsetzen können.

So hat denn ein Buch über die Unfallbegutachtung sich zunächst mit den wichtigsten rechtlichen Grundlagen der Sozialversicherung zu befassen, um dem Arzte die Gelegenheit zu geben, sich hierüber zu informieren. Ihm kann es nicht zugemutet werden, die dicken Bände der Reichsversicherungsordnung mit den Kommentaren durchzuackern. Nachstehend sollen in möglichst einfacher Form die wesentlichsten Bestimmungen dem Verständnis nahegebracht werden, ohne irgendwie Anspruch auf Vollständigkeit erheben zu wollen. Da die Unfallversicherung nahe Beziehungen zu den anderen Versicherungszweigen einschließlich der Privatversicherung hat, so müssen auch sie kurz in ihren Grundzügen gestreift werden. Auf die an und für sich sehr interessante Geschichte der Sozialversicherung kann leider nicht eingegangen werden.

Krankenversicherung

Von Ministerialdirigent Dr. Imhof - München

A. Versicherungsträger

Träger der gesetzlichen Krankenversicherung sind die *Krankenkassen*, und zwar:

1. die *Orts- und Landkrankenkassen*, die in der Regel innerhalb des Bezirks einer unteren Verwaltungsbehörde (Kreisunmittelbare Stadt oder Landkreis) errichtet werden. Ortskrankenkassen müssen errichtet werden; hingegen kann die Errichtung von Landkrankenkassen neben den Ortskrankenkassen unterbleiben;
2. die *Betriebskrankenkassen*, die von einzelnen Arbeitgebern unter bestimmten Voraussetzungen für deren Betriebe errichtet werden können, aber nicht errichtet werden müssen;
3. die *Innungskrankenkassen*, die von einer oder gemeinsam von mehreren Innungen, deren Mitglieder in die Handwerksrolle eingetragen sind, errichtet werden können, aber nicht errichtet werden müssen;
4. die *Seekrankenkasse* für die Seeleute;
5. die *Reichskenappschaft* für die im Bergbau beschäftigten Versicherten;
6. die anerkannten *Ersatzkassen* für bestimmte Versichertenkreise.

B. Umfang der Versicherung

1. Versicherungspflicht

Der Versicherungspflicht unterliegen:

1. die Berufsgruppen der *unselbständigen Arbeiter und Angestellten*,
2. auch einzelne Gruppen von *selbständigen Personen*.

Zu den *Arbeitern* zählen: Alle Arbeiter im engeren Rechtssinn, Gehilfen, Gesellen, Lehrlinge, Hausgehilfen und Seeleute.

Unter die *Angestellten* fallen: Betriebsbeamte, Werkmeister, Büroangestellte, Handlungsgehilfen und Handlungslehrlinge, Bühnenmitglieder, Musiker, Angestellte in Berufen der Erziehung, des Unterrichts, der Fürsorge, der Kranken- und Wohlfahrtspflege, Angestellte der Schiffsbesatzung von Binnenschiffen und deutschen Seefahrzeugen.

Voraussetzung für das Zustandekommen von Versicherungspflicht ist neben der Zugehörigkeit zu den vorgenannten Personengruppen noch das Vorliegen einer *Beschäftigung*, und zwar einer Beschäftigung gegen *Entgelt*, mit Ausnahme der *Lehrlinge* aller Art, die auch *ohne Entlohnung* krankenversicherungspflichtig sind.

Zum *Entgelt* zählen nicht allein Gehalt und Barlohn, sondern auch Gewinnanteile, Sach- und andere Bezüge, die der Versicherte statt des Gehaltes oder Lohnes oder neben diesem vom Arbeitgeber oder einem Dritten erhält.

Arbeiter sind versicherungspflichtig ohne Rücksicht auf die Höhe ihres Arbeitsverdienstes, hingegen *Angestellte* nur, soweit ihr regelmäßiger Jahresarbeitsverdienst nicht die Grenze von 6000 DM übersteigt. Für die Jahresarbeitsverdienstgrenze werden aber *Zuschläge*, die mit Rücksicht auf den *Familienstand* gezahlt werden wie Frauen- und Kinderzuschläge, nicht angerechnet.

Alter, Familienstand und *Geschlecht* haben auf die Versicherungspflicht keinerlei Einfluß.

Auch *Hausgewerbetreibende*, worunter das Gesetz selbständige Gewerbetreibende versteht, die in eigenen Betriebsstätten im Auftrag und für Rechnung anderer Gewerbetreibender gewerbliche Erzeugnisse herstellen oder bearbeiten, unterliegen bis zu einem regelmäßigen Jahreseinkommen von 6000 DM der Versicherungspflicht. Unter der gleichen Voraussetzung sind versicherungspflichtig auch *selbständige Lehrer und Erzieher*, die in ihrem Betriebe keine Angestellten beschäftigen, *selbständige Artisten, Hebammen* mit Niederlassungserlaubnis und *selbständige Wochenpflegerinnen*, die in ihrem Betriebe keine Angestellten beschäftigen.

2. Versicherungsberechtigung

Die Krankenversicherung kennt auch einen *freiwilligen Beitritt* zur Kasse, und zwar sind beitragsberechtig:

1. *Versicherungsfreie* Beschäftigte wie Beamte, Ehegatten bei Beschäftigung durch den anderen Ehegatten, Meistersöhne und Werkstudenten,
2. *Familienangehörige* des Arbeitgebers, die ohne eigentliches Arbeitsverhältnis und ohne Entgelt in seinem Betriebe tätig sind,
3. *Gewerbetreibende* und andere *Betriebsunternehmer*, die in ihren Betrieben regelmäßig keine oder höchstens zwei Versicherungspflichtige beschäftigen.

Das Recht zum freiwilligen Beitritt ist für diese Personen aber nur gegeben, wenn ihr jährliches Gesamteinkommen die Grenze von 6000 DM nicht übersteigt.

Außerdem kann die *Satzung* der einzelnen Krankenkasse das Beitrittsrecht von einer bestimmten *Altersgrenze* und der Vorlegung eines *ärztlichen Gesundheitszeugnisses* abhängig machen.

3. Freiwillige Weiterversicherung

Wenn ein Pflichtmitglied, das in den letzten 12 Monaten mindestens 26 Wochen oder unmittelbar vorher mindestens 6 Wochen gesetzlich versichert war, aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung ausscheidet, kann es seine Mitgliedschaft in seiner Lohnstufe oder Klasse *freiwillig fortsetzen*. Wer Mitglied bleiben will, muß dies aber der Kasse spätestens binnen 3 Wochen nach dem Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung anzeigen.

Stirbt ein Mitglied, so kann der *überlebende Ehegatte*, wenn er nicht selbst auf Grund eines Reichsgesetzes für den Fall der Krankheit versichert ist, die Mitgliedschaft unter denselben Voraussetzungen und in derselben Weise wie ein Mitglied fortsetzen. Dies gilt sinngemäß für

- a) den *geschiedenen Ehegatten* eines Mitglieds,
- b) den *Ehegatten* eines Mitglieds, das aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung ausgeschieden ist, um eine Beschäftigung im *Ausland* aufzunehmen, sofern das Mitglied nicht selbst seine Versicherung freiwillig fortsetzt.

C. Gegenstand der Versicherung

Gegenstand der Krankenversicherung sind:

- I. Krankenhilfe,
- II. Wochenhilfe,
- III. Sterbegeld.

Der Versicherungsschutz erstreckt sich nicht allein auf den Versicherten, sondern auch auf seine *Familie*, in erster Linie auf den Ehegatten und die Kinder.

Ihrer *Art* nach bestehen die Leistungen der Krankenversicherung in *Bar- und Sachleistungen*.

Ihrem *Umfang* und *Ausmaß* nach bestehen die Leistungen in *Regelleistungen* und *Mehrleistungen*. Die Regelleistungen stellen das *Mindestmaß* dessen dar, was jede Kasse auf Grund der Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung zu geben *verpflichtet* ist. *Mehrleistungen* sind alle jene Leistungen, die die einzelne Kasse auf Grund besonderer Bestimmungen in ihrer Satzung *über das gesetzliche Pflichtmaß hinaus* den Mitgliedern gewährt. Die Mehrleistungen dürfen indessen über die im Gesetz vorgesehene Höchstgrenze *nicht* hinausgehen.

1. Krankenhilfe

a) Für den Versicherten selbst

Unter *Krankheit* im Sinne des Gesetzes versteht man das Vorliegen eines regelwidrigen Körper- oder Geisteszustandes, der die Notwendigkeit einer Heilbehandlung oder Arbeitsunfähigkeit oder beides zur Folge hat.

Im Falle der Krankheit erhält der Versicherte unentgeltliche *Krankenpflege*, d. h. *freie ärztliche Behandlung* durch einen zur Kassenpraxis zugelassenen Arzt sowie die *notwendigen Arzneien und kleineren Heilmittel*.

Soweit in der Kassensatzung vorgesehen, werden auch *größere Heilmittel*, Zahnersatz, Zahnkronen, Stütz- und Stärkungsmittel ganz oder Zuschüsse dazu gewährt.

Die ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arzneien und kleineren Heilmitteln ist, solange die Mitgliedschaft besteht, *zeitlich unbegrenzt*.

Anders ist die Rechtslage beim *Krankengeld*. Dieses wird gewährt, wenn die Krankheit den Versicherten arbeitsunfähig macht, und zwar vom vierten Tag der Arbeitsunfähigkeit ab, als Mindestleistung in Höhe des halben Grundlohnes, aber *zeitlich begrenzt* auf die Dauer von 26 Wochen.

Arbeitsunfähigkeit im versicherungsrechtlichen Sinne liegt vor, wenn der Versicherte überhaupt nicht oder nur mit der Gefahr einer Verschlimmerung seines Zustandes in der Lage ist, seine bisherige Arbeit weiter fortzuführen oder wieder aufzunehmen.

Der *Anspruch* auf *Krankengeld ruht*, wenn und soweit der Versicherte während der Krankheit *Arbeitsentgelt erhält*. Desgleichen ruht der Krankengeldanspruch, solange die Arbeitsunfähigkeit der Kasse *nicht gemeldet* wird; dies gilt jedoch nicht, sofern die Meldung innerhalb *einer Woche* nach *Beginn* der Arbeitsunfähigkeit bei der Kasse erfolgt. Diese Meldepflicht obliegt dem *Versicherten selbst*, *nicht dem Arzte*.

An Stelle von Krankenpflege und Krankengeld kann die Kasse auf die Dauer von 26 Wochen auch *Krankenhauspflege* gewähren. Auf diese Leistung hat der Versicherte aber kein einklagbares Recht. Hat die Kasse aber die Genehmigung zur Krankenhauspflege erteilt, so muß sie die Kosten für die notwendige Dauer der Anstaltsbehandlung (im Höchstfalle bis zu 26 Wochen) tragen.

Wird Krankenhauspflege einem Versicherten gewährt, der bisher Angehörige ganz oder überwiegend unterhalten hat, so ist daneben ein *Hausgeld* für die *Angehörigen* zu zahlen, und zwar beträgt dieses beim Vorhandensein eines Familienangehörigen ein Drittel des Grundlohnes. Für jeden weiteren Angehörigen wird es durch Zuschläge erhöht.

Diese betragen: Für den zweiten Angehörigen sechszweidrittel vom Hundert des Grundlohnes, für jeden weiteren Angehörigen je fünf vom Hundert des Grundlohnes, doch darf das Hausgeld *insgesamt* den Betrag des *Krankengeldes nicht* übersteigen.

b) Für die Familienangehörigen des Versicherten

An *Familienkrankenpflege* erhält der Versicherte für den unterhaltsberechtigten Ehegatten und die unterhaltsberechtigten Kinder ohne vorgängige Wartezeit *freie ärztliche Behandlung*, und zwar für die Dauer seiner Mitgliedschaft *zeitlich unbegrenzt*. Von den Kosten für *Arzneien* und *kleinere Heilmittel* wird als Regelleistung die Hälfte ersetzt. Die Satzung kann indessen bestimmen, daß bis zu 80 % der Kosten für *Arzneien* und *kleinere Heilmittel* erstattet werden.

Auch kann die Satzung der einzelnen Kasse *Krankenhauspflege* oder an ihrer Stelle einen Zuschuß hierfür zubilligen. Ebenso kann sie zu den Kosten für Zahnersatz, Zahnkronen und Stifzähne Zuschüsse gewähren oder die gesamten Kosten übernehmen.

Gewährung von *Krankengeld* kommt in der Familienhilfe *nicht* in Frage.

2. Wochenhilfe

a) Auf Grund eigener Versicherung der Wöchnerin

Anspruch auf Wochenhilfe haben weibliche Versicherte, die in den letzten zwei Jahren vor der Niederkunft mindestens 10 Monate hindurch und davon im letzten Jahre vor der Niederkunft mindestens 6 Monate gesetzlich versichert waren.

Eine *Entbindung* im Sinne des Gesetzes liegt entsprechend der jetzt herrschenden medizinischen Auffassung vor, wenn ein Kind entweder *lebend* geboren wird, d. h. wenn die natürliche Lungenatmung eingesetzt hat (*Lebendgeburt*), oder wenn eine *Totgeburt* eine *Körperlänge* von *wenigstens* 35 cm hat. Totgeborene Früchte, die weniger als 35 cm lang sind, sind *Fehlgeburten*.

Als *Wochenhilfe* wird gewährt:

1. *Freie Hebammenhilfe*,
2. *Arznei* und *kleinere Heilmittel* sowie, falls es erforderlich wird, *freie ärztliche Behandlung*,
3. ein einmaliger *Entbindungskostenbeitrag* von 10 DM,
4. *Wochengeld* in Höhe des Krankengeldes, jedoch mindestens 50 Dpf täglich, für mindestens vier Wochen vor und sechs zusammenhängende Wochen nach der Niederkunft,
5. solange die Wöchnerin stillt, ein *Stillgeld* in Höhe des halben Krankengeldes, jedoch mindestens 50 Dpf täglich. Das Stillgeld ist bis zum Ablauf der 26. Woche nach der Niederkunft zu zahlen, vom Beginn der 13. Woche ab jedoch nur in Höhe des Mindestbetrages von 50 Dpf, sofern nicht die Satzung ein höheres Stillgeld auch über die 12. Woche hinaus vorsieht.

Die Dauer des Wochengeldbezuges *vor* der Entbindung wird auf *zwei weitere Wochen* erstreckt, wenn die Schwangere während dieser Zeit *keine* Beschäftigung *gegen Entgelt* ausübt und vom *Arzt* festgestellt wird, daß die Entbindung voraussichtlich *innerhalb sechs Wochen* stattfinden wird. *Irrt* sich der *Arzt* bei der Berechnung des Zeitpunktes der Entbindung, so hat die Schwangere gleichwohl Anspruch auf das Wochengeld von dem in dem ärztlichen Zeugnis angenommenen Zeitpunkt bis zur Entbindung.

b) Auf Grund der Versicherung eines Familienangehörigen der Wöchnerin

Nichtversicherte oder nicht genügend lange versicherte *Ehefrauen* sowie solche *Töchter*, *Stief-* und *Pflege*töchter der Versicherten, welche mit diesen in häuslicher Gemeinschaft

leben, erhalten *Familienwochenhilfe*, wenn die Versicherten in den letzten zwei Jahren vor der Niederkunft mindestens zehn Monate hindurch und davon im letzten Jahre vor der Niederkunft mindestens sechs Monate hindurch gesetzlich versichert gewesen sind.

Als *Familienwochenhilfe* wird gewährt:

1. Freie *Hebammenhilfe*,
2. *Arznei* und *kleinere Heilmittel* sowie, falls es erforderlich wird, *freie ärztliche Behandlung*,
3. ein einmaliger *Entbindungskostenbeitrag* von 10 DM,
4. ein *Wochengeld* von täglich mindestens 50 Dpf für vier Wochen vor und sechs Wochen nach der Niederkunft,
5. ein *Stillgeld* von täglich mindestens 50 Dpf bis zum Ablauf der 26. Woche nach der Niederkunft, wenn die Wöchnerin so lange stillt.

3. Sterbegeld

a) Beim Tode des Versicherten selbst

Beim Tode eines Versicherten wird ein *Sterbegeld* gezahlt, und zwar als Mindestleistung das *Zwanzigfache* des Grundlohnes. Es kann auf Grund einer Satzungsbestimmung bis zum *Vierzigfachen* des Grundlohnes erhöht werden.

Von diesem Sterbegeld werden zunächst die *Bestattungskosten* bestritten und an den gezahlt, der die Bestattung besorgt hat. Für einen etwaigen *Überschuß* sind nacheinander der Ehegatte, die Kinder, der Vater, die Mutter, die Geschwister bezugsberechtigt, wenn sie mit dem Verstorbenen zur Zeit seines Todes in häuslicher Gemeinschaft gelebt haben. Beim Fehlen solcher Berechtigter verbleibt der Überschuß der Kasse.

Stirbt ein als Mitglied der Kasse Erkrankter binnen *einem Jahre* nach Ablauf der Krankenhilfe an *derselben* Krankheit, so wird das Sterbegeld gezahlt, wenn er bis zum Tode *arbeitsunfähig* gewesen ist.

b) Beim Tode eines Familienangehörigen des Versicherten

Die Satzung der einzelnen Kasse kann dem Versicherten beim Tode des *Ehegatten* oder eines *Kindes* und sonstiger Angehöriger, die mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebten und überwiegend unterhalten worden sind, ein *Familiensterbegeld* zubilligen. Hierbei handelt es sich um *keine Pflicht-*, sondern um eine *Mehrleistung* der Krankenversicherung. Familiensterbegeld kann also nur gegeben werden, wenn die einzelne Kasse eine derartige Bestimmung in ihre *Satzung* aufnimmt. Seine Höhe kann für den Ehegatten bis auf zwei Drittel, für sonstige Angehörige bis auf die Hälfte des Sterbegeldes des Mitglieds bemessen werden. War der verstorbene Angehörige selbst *Pflichtmitglied*, so ist das Familiensterbegeld um den Betrag des Sterbegeldes zu *kürzen*, auf das der Verstorbene selbst versichert war. War er aber nur *freiwilliges* Mitglied, so findet eine *Kürzung* des Familiensterbegeldes *nicht* statt.

D. Aufbringung der Mittel

Die Mittel für die Krankenversicherung werden durch die *Beiträge der Arbeitgeber* und der *Versicherten* aufgebracht. *Zuschüsse* vom Bund oder den Ländern erhalten die Krankenkassen *nicht*.

Die Beiträge für Versicherungspflichtige werden je zur *Hälfte* von diesen und ihren Arbeitgebern getragen. Versicherungsberechtigte entrichten die Beiträge in voller Höhe allein.