VIII 8484 G

Entwurf

für die

Satzung der Berufskrankenkasse des DWB., Ersatzkasse, Sitz Berlin.

Allgemeine Bestimmungen.

Name.

§ 1.

1. Die Kasse führt den Namen: Berufskrankenkasse des Deutschen Werkmeister-Verbandes, Ersatzkasse.

Sitz. Geschäftsgebiet.

2. Der Sitz der Kasse ist Berlin.

3. Ihr Geschäftsgebiet umfaßt das Deutsche Reich, das Gebiet der Freien Stadt Danzig und das Saargebiet.

Zweck.

§ 2.

Die Kasse gewährt ihren Mitgliedern Krankenhilfe, Sterbegeld, Wochenhilfe, Familienhilfe und Krankengeldzuschuß.

Gerichtsstand.

§ 3.

Die Kasse hat ihren allgemeinen Gerichtsstand in Berlin-Mitte, für das Saargebiet in Saarbrücken, für das Gebiet der Freien Stadt Danzig in Danzig.

Klagen aus dem Versicherungsverhältnis können auch bei dem Gericht anhängig gemacht werden, das für den Sitz der Verwaltungsstelle, der das Mitglied angehört, zuständig ist. Für alle Klagen jedoch, die für die Kasse aus der Forderung von Beiträgen und Ordnungsstrafen notwendig werden, gilt nur der allgemeine Gerichtsstand in Berlin-Mitte.

Wesen der Kasse.

§ 4.

1. Die Kasse ist ein kleinerer Versicherungsverein im Sinne des § 53 des Gesetzes über die privaten Versicherungsunternehmungen vom 12. Mai 1901.

Beaufsichtigung der Kasse.

2. Die Kasse wird vom Reichsaufsichtsamt für Privatversicherung in Berlin beaufsichtigt.

Rechtsformen der Kasse.

§ 5.

Die Kasse vereinigt zwei Rechtsformen in sich; sie ist:

1. eine Ersatzkasse (Berufskrankenkasse), zugelassen gemäß §§ 503 ff. der Reichsversicherungsordnung;
2. eine freiwillige Kasse.

Verwendung der Mittel.

§ 6.

1. Die Mittel der Kasse, zusammengesetzt aus den Einnahmen an Eintrittsgeldern, Beiträgen, Zinsen und Strafgeldern, dürfen nur zu den satzungsgemäßen Leistungen, zur Auffüllung der Rücklage, zur Deckung der Verwaltungskosten und für allgemeine Zwecke der Krankheitsverhütung verwendet werden. Es ist auch zulässig, sie für den Besuch von Sitzungen, Tagungen und Versammlungen zu verwenden, die den gesetzlichen Zwecken der Krankenversicherung und der Ersatzkasse dienen sollen.

2. Zu anderen Zwecken darf die Kasse keine Beiträge von ihren Mitgliedern erheben, außer im Falle der Auflösung. (§ 200 Absatz 3.)

ZENTRALBIBLIOTHEK DER GEWERKSCHAFTEN

Anlage des Kassenvermögens.

§ 7.

Soweit die Einnahmen der Kasse nicht sofort zur Deckung der Ausgaben Verwendung finden, sind sie gemäß §§ 57, 59, 60 des Gesetzes über die privaten Versicherungsunternehmungen vom 12. Mai 1901 anzulegen.

Rücklage.

§ 8.

Die Kasse hat eine Rücklage im Mindestbetrage der Jahresausgabe nach dem Durchschnitt der letzten fünf Geschäftsjahre anzusammeln und auf dieser Höhe zu halten. Solange die Rücklage diesen Betrag nicht erreicht, ist ihr mindestens ein Zwanzigstel des Jahresbetrages der Mitgliederbeiträge zuzuführen.

Bekanntmachungen.

§ 9.

Die Bekanntmachungen der Kasse erfolgen durch das Verbandsorgan des Deutschen Werkmeister-Verbandes oder, falls das nicht möglich ist, durch den Reichsanzeiger. Satzungsänderungen und dergl. werden außerdem durch Auslage in den Verwaltungsstellen bekanntgegeben.

Geschäftsjahr.

§ 10.

Das Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr.

I. Mitgliedschaft.

Allgemeines.

§ 11.

Der Kasse können nur Mitglieder des Deutschen Werkmeister-Verbandes beitreten.

§ 12.

1. Versicherungspflichtigen darf der Beitritt nicht versagt, insbesondere nicht von ihrem Lebensalter oder Gesundheitszustand abhängig gemacht werden. Der Hauptvorstand kann jedoch Versicherungspflichtige zurückweisen, die sich zum Beitritt melden und entweder aus einer früheren Mitgliedschaft der Kasse Beiträge schulden oder aus einer anderen Versicherung Anspruch mindestens auf die Regelleistungen nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung haben.

2. Nichtversicherungspflichtige werden nur aufgenommen, wenn sie das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Bei Nichtversicherungspflichtigen kann der Hauptvorstand die Aufnahme von dem Ausfall eines vertrauensärztlichen Gutachtens abhängig machen. Wird die Aufnahme abgelehnt, so brauchen die Gründe nicht angegeben zu werden.

§ 13.

1. Wollen versicherungspflichtige Mitglieder der Ersatzkasse von dem ihnen nach § 517 der Reichsversicherungsordnung zustehenden Rechte auf Befreiung von der Mitgliedschaft bei einer gesetzlichen Krankenkasse Gebrauch machen, so haben sie ihrem Arbeitgeber eine Bescheinigung über die Zugehörigkeit zur Ersatzkasse vorzulegen.

2. Die Kasse ist verpflichtet, auf Antrag ihren Mitgliedern eine solche Bescheinigung unverzüglich auszustellen. Die Ausstellung geschieht kostenlos durch die Hauptverwaltung oder die Verwaltungsstelle beim ersten Stellenantritt des Mitgliedes sowie bei jedem Wechsel des Arbeitgebers, ferner, wenn das Mitglied der Ersatzkasse erst nach Antritt der Beschäftigung beitritt.

3. Der Arbeitgeber hat bei ihm Beschäftigte, die ihm die Bescheinigung innerhalb der Meldefrist von drei Tagen vorlegen, der Pflichtkrankenkasse nicht zu melden. Wird dem Arbeitgeber in anderer Weise glaubhaft gemacht, daß der Arbeitnehmer Mitglied der Ersatzkasse ist, so verlängert sich die Meldefrist auf zwei Wochen. Innerhalb dieser Frist hat der Versicherte auf die Bescheinigung zu Lasten und dem Arbeitgeber vorzulegen.

4. Wird die Bescheinigung erst später im Laufe der Beschäftigung beigebracht, so hat der Arbeitgeber den Arbeitnehmer innerhalb der Meldefrist von drei Tagen

bei der Pflichtkrankenkasse unter Vorlage der Bescheinigung abzumelden. Unterläßt er diese Meldung, so haftet er dem Geschädigten für den diesem hieraus erwachsenen Schaden.

Aufnahme.

§ 14.

1. Wer der Kasse beitreten will, hat einen von der Kasse zu liefernden Aufnahmeschein auszufüllen und eigenhändig zu unterzeichnen; er hat die in dem Aufnahmeschein enthaltenen Fragen wahrheitsgetreu zu beantworten. Das Beitrittsgesuch ist an die Leitung der zuständigen Verwaltungsstelle zu richten.

2. Mit der Unterzeichnung des Aufnahmescheines erteilt der Antragsteller der Kasse die Befugnis, Auskünfte jeder Art von Aerzten, Anstalten, Behörden oder Versicherungsunternehmungen einzuholen über seinen allgemeinen Gesundheitszustand sowie frühere oder vorhandene Krankheiten; er entbindet damit ausdrücklich die in Frage kommenden Aerzte usw. von der ihnen obliegenden Schweigepflicht.

3. Der Hauptvorstand soll innerhalb einer Frist von 14 Tagen nach Empfang des Beitrittsgesuches über die Aufnahme entscheiden.

Mitgliedsbuch und Satzung.

§ 15.

Das Mitgliedsbuch, das den Tag der Aufnahme enthalten muß, beurkundet die Aufnahme. Bei Krankenversicherungspflichtigen hat die Aufnahme bereits als vollzogen zu gelten durch die Aushändigung einer vorläufigen Mitgliedsbescheinigung seitens der Geschäftsstelle. Als Tag der Aufnahme gilt

bei Krankenversicherungspflichtigen der Tage des Antrages,

bei Nichtkrankenversicherungspflichtigen der Tag des Eingangs des Antrages bei der Kasse, es sei denn, daß ein anderer Zeitpunkt ausdrücklich vereinbart ist.

§ 16.

Vor Aushändigung des Mitgliedsbuches oder der vorläufigen Mitgliedsbescheinigung ist das Eintrittsgeld und der erste Monatsbeitrag sowie der Arbeitslosenversicherungsbeitrag zu bezahlen.

Dem Mitglied ist bei der Aufnahme eine gültige Satzung oder ein Satzungsauszug, der die Bestimmungen über die Mitgliedschaft, Beiträge und Leistungen nebst Krankenordnung enthält, auszuhändigen.

Die Mitglieder sind berechtigt, einen Abdruck der Satzung und der Krankenordnung in den Geschäftsräumen der Verwaltungsstelle während der üblichen Geschäftsstunden einzusehen. Es kann auch die Zusendung gegen Erstattung der Selbstkosten einschließlich des Portos verlangt werden.

Uebertritt aus anderen Kassen.

§ 17.

Beim Uebertritt aus einer anderen Kasse ist der Hauptvorstand berechtigt, die dort nachweislich erworbenen Anwartschaften ohne Wartezeit nach Maßgabe dieser Satzung zu gewährleisten. Das gleiche gilt sinngemäß auch in der Familienversicherung. Voraussetzung für die Anrechnung ist, daß

1. die Mitgliedschaft in der anderen Kasse bis zum Uebertritt bestanden hat, die Beiträge bezahlt worden sind und daß
2. ein dementsprechender Antrag bei der Aufnahme gestellt wird.

Die Anrechnung ist nur verbindlich, wenn sie schriftlich bescheinigt ist.

Fortsetzung der Versicherung bei Arbeitslosigkeit.

§ 18.

Im Falle der Arbeitslosigkeit sind bei der Arbeitslosenversicherung versicherte Mitglieder berechtigt, ihre Mitgliedschaft bei der Gesamtkasse auf Kosten der Arbeitslosenversicherung fortzusetzen.

Dieser Antrag ist binnen einer Woche nach dem Antrag auf Arbeitslosenversicherung beim Arbeitsamt zu stellen, jedoch nur solange, als das Mitglied noch keine Leistung aus der nach §§ 121 oder 122 des Gesetzes über Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung zuständigen gesetzlichen Krankenkasse beantragt hat.

Mitglieder, die bislang in einer Klasse mit höherem Krankengeld versichert waren, haben das Recht auf Weiterversicherung in dieser Klasse, wenn sie dies innerhalb einer Woche schriftlich beantragen und die entsprechenden Beiträge zahlen.

Beendigung der Mitgliedschaft.

§ 19.

Die Mitgliedschaft endet:

1. durch Austritt;
2. durch Ausschluß;
3. durch Verlegung des Wohnsitzes aus dem Geschäftsgebiet der Kasse, sofern nicht die Aufrechterhaltung der Mitgliedschaft beantragt und vom Hauptvorstand genehmigt worden ist;
4. durch Eintritt in den berufsmäßigen Militär- und öffentlichen Sicherheitsdienst;
5. durch Tod.

§ 20.

1. Der Austritt ist den Mitgliedern, ohne Rücksicht darauf, ob sie inzwischen die Beschäftigung gewechselt haben, nur zum Schlusse des Kalendervierteljahres gestattet.

2. Austrittserklärungen müssen genaue Angabe des Arbeitgebers sowie die Mitgliedsnummer enthalten und werden rechtswirksam nur, wenn sie durch eingeschriebenen Brief der Hauptgeschäftsstelle zugegangen sind. Die Kasse kann sich jedoch auf den Mangel des eingeschriebenen Briefes nicht berufen, wenn eine schriftliche Kündigung rechtzeitig bei der Geschäftsstelle eingegangen ist.

3. Mündliche Austrittserklärungen sind ungültig.

§ 21.

Ausgeschlossen können Mitglieder werden, die

aus dem Deutschen Werkmeister-Verband ausscheiden oder ausgeschlossen werden; Versicherungspflichtige jedoch nur, wenn sie der Kasse noch keine vollen zwei Jahre angehört haben; ihnen ist das Eintrittsgeld zu erstatten;

Wollen Mitglieder, die aus dem DWV. ausgeschieden sind, Mitglied der Kasse bleiben, so müssen sie einen entsprechenden Antrag an die Hauptgeschäftsstelle richten. Bei Ablehnung brauchen Gründe nicht angegeben zu werden.

2. bei der Aufnahme oder bei Beantragung einer Leistung bei der Kasse in erheblichen Punkten wissentlich wahrheitswidrige Angaben gemacht haben;
3. sich einer strafbaren Handlung, die eine Verletzung der Satzung in sich schließt, schuldig gemacht haben;
4. mit der Zahlung ihrer Beiträge nach Durchführung des im § 57 vorgeschriebenen Mahnverfahrens als Versicherungspflichtige mindestens drei Monate, als Nichtversicherungspflichtige zwei Monate im Rückstande sind;
5. bei der Aufnahme nicht zum Personenkreise der Kasse gehörten, sich aber als dazugehörig bezeichnet haben.

Der Ausschluß aus dem unter Ziffer 2 angeführten Grunde kann nur erfolgen innerhalb einer Frist von einem Monat seit dem Tage, an dem der Hauptvorstand von der Unrichtigkeit einer als erheblich anzusehenden Angabe Kenntnis erlangt hat. Der Ausschluß ist jedoch nicht mehr zulässig, wenn seit der Aufnahme oder nach der Gewährung der betreffenden Kassenleistung bereits zwei Jahre verstrichen sind.

Im Falle ein Nichtversicherungspflichtiger durch arglistige Täuschung der Kasse aufgenommen wurde, finden die gesetzlichen Vorschriften Anwendung (§§ 123, 124 des Bürgerlichen Gesetzbuches und § 22 des Versicherungsvertragsgesetzes).

§ 22.

Der Ausschluß erfolgt durch den Hauptvorstand. Der Beschluß ist dem ausgeschlossenen Mitglied schriftlich mitzuteilen.

§ 23.

Ausgetretene und Ausgeschlossene haben bis zu dem Tage, an dem der Austritt oder Ausschluß wirksam wird, ihren Beitrag zu zahlen.

Mit dem Austritt oder Ausschluß erlischt jeder Anspruch an die Kasse.

Das Mitglied behält aber seine Ansprüche für die Zeit bis zum Tage des Ausscheidens. Als versicherungspflichtige Mitglieder gelten die Vorschriften der §§ 112, 183 der Reichsversicherungsordnung; sind diese Vor-

schriften nicht anwendbar, so erhalten versicherungspflichtige Mitglieder die Regelleistungen nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung dann, wenn der Versicherungsfall beim Austritt oder Ausschluß bereits eingetreten war.

§ 24.

Ausgetretene Mitglieder können in die Kasse jederzeit wieder aufgenommen werden, wenn sie den Erfordernissen dieser Satzung entsprechen.

Sie werden wie Neueintretende behandelt.

§ 25.

Ausgeschlossene Mitglieder können ein Jahr nach Wegfall der ihren Ausschluß bedingenden Gründe wieder in die Kasse aufgenommen werden, wenn sie den Erfordernissen der Satzung entsprechen.

Sie werden ebenfalls wie Neueintretende behandelt. Nach § 21 Ziffer 3 ausgeschlossene Mitglieder können als Nichtversicherungspflichtige keine Aufnahme mehr finden.

Rechte und Pflichten der Mitglieder.

§ 26.

Die Kasse hat für die nach § 517 der Reichsversicherungsordnung vor der Mitgliedschaft bei einer gesetzlichen Krankenkasse befreiten Mitglieder (§ 13) Anspruch auf den vollen Beitragsteil, bei knappschaftlich Versicherten bis zu 4 % des Grundlohnes, den der Arbeitgeber an die Krankenkasse abzuführen hätte, bei der das Mitglied andernfalls versichert sein müßte.

Der Arbeitgeber hat diesen Beitragsteil unmittelbar an das Mitglied bei der Lohn- oder Gehaltszahlung abzuführen.

Der Arbeitgeberanteil ist in die in dieser Satzung angegebenen Beitragssätze eingeschlossen.

§ 27.

Jedes Mitglied hat, bei Vermeidung einer Ordnungsstrafe bis zur dreifachen Höhe des täglichen Krankengeldes, der zuständigen Verwaltungsstelle unverzüglich zu melden:

1. jede durch einen Unfall herbeigeführte Erkrankung,
2. jeden Wohnungswechsel,
3. jede Aenderung des Einkommens, die eine Aenderung der Einstufung bedingt,
4. jede Aenderung des Versicherungsverhältnisses.

Unterläßt das Mitglied rechtzeitige An- und Abmeldungen, so hat es etwaige Rechtsnachteile selbst zu tragen.

Nichtkrankenversicherungspflichtige Mitglieder haben jeden Betriebsunfall sofort der Betriebsleitung, der zuständigen Berufsgenossenschaft und der Geschäftsstelle zu melden. Die Kasse ist nicht verpflichtet und auch nicht berechtigt, für Betriebsunfälle der nichtkrankenversicherungspflichtigen Mitglieder aufzukommen. Die Krankenbehandlung für sie hat nach gesetzlicher Vorschrift die zuständige Berufsgenossenschaft zu leisten.

§ 28.

Hat ein Mitglied seine Wohnung geändert, diese Aenderung der Kasse aber nicht mitgeteilt, so genügt für eine Willenserklärung, die dem Mitglied gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes nach der letzten der Kasse bekannten Wohnung. Die Erklärung wird mit dem Zeitpunkte wirksam, an dem sie ohne Wohnungsveränderung bei regelmäßiger Beförderung dem Mitgliede zugegangen sein würde.

§ 29.

Alle Willenserklärungen und Anzeigen, die bei oder nach Erwerb der Mitgliedschaft der Kasse gegenüber abgegeben werden, haben nur dann rechtliche Wirkung, wenn sie der Verwaltungsstelle oder der Hauptverwaltung in schriftlicher Form zugegangen sind. Auszahlungserklärungen sind nur an die Geschäftsstelle zu richten. (§ 39 f.)

§ 30.

Ansprüche auf Kassenleistungen verjähren in zwei Jahren; der Anspruch auf Sterbegeld verjährt in fünf Jahren.

Die Verjährung beginnt mit dem Schlusse des Kalenderjahres, in dem die Leistung verlangt werden kann.

§ 31.

Ansprüche von Mitgliedern gegen Dritte auf Ersatz des Schadens, der ihnen aus einer Krankheit oder aus

einem Unfall erwachsen ist, gehen auf Grund des § 1542 der Reichsversicherungsordnung unmittelbar auf die Kasse über.

Soweit diese Uebertragung in Ausnahmefällen nicht stattfindet, kann der Hauptvorstand von dem Mitgliede schriftliche Abtretung der Schadensersatzansprüche an die Kasse verlangen, und zwar bis zu der Höhe, in der die Kasse den Schaden ersetzt. Richtet sich der Schadensersatzanspruch gegen einen mit dem Mitgliede in häuslicher Gemeinschaft lebenden Familienangehörigen, so kann die Abtretung nur verlangt werden, wenn der Angehörige den Schaden vorsätzlich verursacht hat. Verweigert das Mitglied die Abtretung des Schadensersatzanspruches, so kann der Hauptvorstand oder der Vorsitzende der Verwaltungsstelle eine Ordnungsstrafe bis zum dreifachen Betrage des täglichen Krankengeldes festsetzen.

§ 32.

Die Kasse ist berechtigt, gegen Ansprüche der Mitglieder ihre Forderungen aus geschuldeten Beiträgen, gezahlten Vorschüssen, zu Unrecht gezahlten Leistungen, Ordnungsstrafen und Kosten des Mahn- und Gerichtsverfahrens, die das Mitglied zu erstatten hat, aufzurechnen. Gegen Ansprüche auf Krankengeld darf bei Versicherungspflichtigen nur bis zur Hälfte aufgerechnet werden.

Gegen eine Forderung der Kasse aus der Beitragspflicht kann das Mitglied eine Aufrechnung nicht geltend machen.

§ 33.

Die Ansprüche der Berechtigten auf die Kassenleistungen sind nach § 850, Ziffer 4 der Zivilprozessordnung nicht übertragbar und nicht pfändbar. § 119 AVO. ist zu beachten.

§ 34.

Für Beschwerden der Mitglieder ist zunächst der Hauptvorstand zuständig; gegen seine Entscheidung kann der Aufsichtsrat angerufen werden.

II. Gliederung der Kasse.

§ 35.

Die Mitglieder werden in drei Gruppen eingeteilt.

Die Einreihung in die zuständige Gruppe erfolgt nach Maßgabe der Satzung durch den Hauptvorstand. Es umfaßt:

1. Gruppe A Mitglieder, die krankenversicherungspflichtig sind;
2. Gruppe B Mitglieder, die nicht krankenversicherungspflichtig sind; ebenfalls Mitglieder, die versicherungspflichtig nach dem Angestelltenversicherungsgesetz sind;
3. Gruppe C ist für nichtkrankenversicherungspflichtige Mitglieder eine Zuschußkasse.

§ 36.

1. Als krankenversicherungspflichtig im Sinne dieser Satzung gelten die Stammversicherten, die der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht unterliegen und von der Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse (§ 225, RVO.) nach § 517 RVO. befreit sind.

2. Alle übrigen Personen gelten als nicht krankenversicherungspflichtig.

3. In die Gruppe B I werden auf Antrag Stamm-Mitglieder eingruppiert, die Rentenempfänger der Invaliden-, Angestellten- oder Knappschaftsversicherung sind. Sie dürfen jedoch keine versicherungspflichtige Tätigkeit mehr ausüben und müssen der Kasse mindestens fünf Jahre angehören.

§ 37.

Bei Feststellung der Krankenversicherungspflicht bleiben Zuschläge zum Gehalt, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden (Frauen- und Kinderzuschläge), außer Anrechnung. Bei der Klasseneinteilung werden diese Zuschläge eingerechnet.

§ 38.

Nichtkrankenversicherungspflichtige Mitglieder der Gruppe B, die krankenversicherungspflichtig werden, kommen ohne weiteres in die Gruppe A, wenn sie nach § 517 RVO. befreit werden. Umgekehrt werden krankenversicherungspflichtige Mitglieder der Gruppe A mit dem Tage des Ausscheidens ihrer gesetzlichen Krankenversicherungspflicht in die Gruppe B, Beitragsklasse III d, ver-

setzt, wenn sie seinen schriftlichen Antrag auf Versetzung in eine niedrigere Klasse gestellt haben. Für eine etwa bestehende Familienversicherung tritt gleichzeitig derselbe Wechsel ein.

Familienversicherung für Mitglieder der Gruppen A und B.

§ 39.

Die Stammversicherten können ihre Ehefrau und die den Haushalt führende weibliche Person sowie alle zum Haushalte gehörenden Kinder versichern, soweit diese nicht selbst krankenversicherungspflichtig sind.

Ueberhaupt finden die Bestimmungen der Satzung über die Familienversicherung auf die weiblichen Stammversicherten nur dann Anwendung, wenn die Angehörigen nicht auf Grund einer anderen Versicherung Leistungen erhalten.

§ 40.

Die Anmeldung zur Familienversicherung hat durch das versicherte Mitglied zu geschehen. Das Alter der zu versichernden Personen ist auf Verlangen glaubhaft nachzuweisen. Durch Beantwortung des Fragebogens ist der Kasse die Erklärung abzugeben, daß die aufzunehmenden Personen gesund sind und nicht in ärztlicher Behandlung stehen.

§ 41.

Die Ehemänner der weiblichen Stammmitglieder können bei der Kasse nicht versichert werden.

§ 42.

Die Versicherung beginnt nach Vereinbarung, die durch einen Ausweis der Kasse bestätigt wird. Die Beiträge sind monatlich im voraus zu zahlen. Die Vorschriften des § 17 über die Anrechnung von Anwartschaften bei Uebertritt aus einer anderen Kasse finden entsprechende Anwendung.

§ 43.

Jede Veränderung im Familienstande oder die Ueberschreitung des 18. Lebensjahres bei Kindern ist der Kasse binnen 14 Tagen schriftlich mitzuteilen, bei Vermeidung einer Ordnungsstrafe bis zu 3.— RM.

Bei Eintritt oder Wiedereintritt der Versicherungspflicht eines Familienmitgliedes ist der Kasse sofort Mitteilung zu machen.

§ 44.

Die Familienversicherung erlischt:

1. durch Ausscheiden des Stammmitgliedes aus der Kasse,
2. durch dessen Tod,
3. durch freiwilligen Austritt zum Schluß des Kalendervierteljahres,
4. wenn der Beitrag für die Familienversicherung für mehr als 2 Monate rückständig und eine Mahnung nach § 57 erfolglos geblieben ist,
5. durch Beschluß des Hauptvorstandes, wenn der Versicherungsantrag wissentlich falsche Angaben enthält oder erhebliche Krankheiten in ihm verschwiegen worden sind,
6. durch Eintritt eines Familienmitgliedes in eine versicherungspflichtige Beschäftigung; in diesem Falle erlischt die Mitgliedschaft am Schluß des laufenden Monats.

Von dem Erlöschen der Versicherung in den Fällen unter 4 und 5 wird den Mitgliedern schriftliche Mitteilung gemacht.

§ 45.

Bei dem Erlöschen der Stammversicherung infolge des Todes des Mitgliedes können innerhalb eines Monats auf Antrag die versicherten Familienangehörigen gegen Zahlung der in § 52 und § 53 Tabelle Ia und IIa festgesetzten Beiträge weiterversichert bleiben, wenn sie keine versicherungspflichtige Beschäftigung haben.

III. Eintrittsgeld und Beiträge.

§ 46.

Das Eintrittsgeld beträgt 1.— RM; es ist fällig vor Ausfertigung des Mitgliedsbuches.

Beim Uebertritt aus einer anderen Kasse wird ein Eintrittsgeld nicht erhoben, sofern die dort verbrachte Mitgliedszeit angerechnet wird.

§ 47.

Die Beiträge sind mit den Beiträgen für die Arbeitslosenversicherung monatlich vorauszuzahlen und bis zum 5. Tage eines jeden Monats fällig. Im Laufe eines Monats beitretende oder ausscheidende Mitglieder haben stets den vollen Monatsbeitrag zu entrichten.

§ 48.

Für die Einstufung in die Mitgliederklassen ist bei Versicherungspflichtigen der Grundlohn maßgebend (§ 69).

Freiwillige höhere Versicherung bedarf der Zustimmung des Hauptvorstandes.

§ 49.

Tabelle I.

Gruppe A.

Klasse	Monatseinkommen	Grundlohn monatlich	Grundlohn täglich	Beitrag RM.
1	bis 45	30	1	2.—
2	46 „ 75	60	2	4.—
3	76 „ 105	90	3	5.50
4	106 „ 135	120	4	7.—
5	136 „ 165	150	5	8.50
6	166 „ 195	180	6	10.25
7	196 „ 225	210	7	11.50
8	226 „ 255	240	8	12.—
9	256 „ 285	270	9	14.25
10	286 und mehr	300	10	15.50
11				
12				
13				
14				
15				

Gruppe B. (nichtkrankenversicherungspflichtige Mitglieder).

I (Rentenempfänger) Beitrag RM. 5.— } kein
II *) „ „ 8,25 } Krankengeld
IIIa) Beitrag RM. 11,50
b) „ „ 13.—
c) „ „ 14.25
d) „ „ 15.50.

§ 50.

Einen um 25 % erhöhten Beitrag nach Maßgabe der Tabelle Ia (§ 52) haben Mitglieder zu zahlen:

1. bei mangelhaftem Gesundheitszustand, der zur Zeit des Beitritts besteht; (im Zweifelsfalle ist für die Beurteilung des Gesundheitszustandes das Gutachten des von der Kasse bestimmten Vertrauensarztes maßgebend);
2. die nichtkrankenversicherungspflichtig sind und trotz Ausscheidens aus dem Deutschen Werkmeisterverband weiter in der Kasse verbleiben wollen (§ 21, Ziffer 1, Anmerkung). Solche Mitglieder müssen derjenigen Versicherungsklasse angehören, die ihrem Grundlohn entspricht;
3. bei unrichtigen Angaben wesentlicher Art gelegentlich der Aufnahme, falls die Kasse nicht vom Vertrage zurücktreten oder ihn anfechten kann. Die Kasse hat das Recht, den höheren Beitrag vom Beginn der Versicherung ab nachzufordern.

§ 51.

Mitglieder, die vorübergehend in Arbeitsstellung zurückkehren und aus diesem Grunde aus dem Deutschen Werkmeisterverband ausscheiden, sind von dem erhöhten Beitrage nach § 50 Ziffer 2 befreit, wenn sie einer freien Gewerkschaft beitreten und dort Mitglied bleiben.

§ 52.

Tabelle Ia (25 % Aufschlag).

Gruppe A.

Klasse	Monatseinkommen	Grundlohn monatlich	Grundlohn täglich	Beitrag RM.
1	bis 45	30	1	2.50
2	46 „ 75	60	2	5.05
3	76 „ 105	90	3	8.90
4	106 „ 135	120	4	8.05
5	136 „ 165	150	5	10.05
6	166 „ 195	180	6	12.80
7	196 „ 225	210	7	14.40

*) (Insbesondere Vorgabenangestellte und Beamte oder ähnliche.)

Klasse	Monatseinkommen	Grundlohn monatlich	Grundlohn täglich	Beitrag RM.
8	226 „ 255	240	8	16.25
9	256 „ 285	270	9	17.80
10	286 und mehr	300	10	19.40
11				
12				
13				
14				
15				

Gruppe B.

(nichtkrankenversicherungspflichtige Mitglieder).

II.	Beitrag RM. 10.30	kein Krankengeld	
III. a)	„ RM. 14.40		3.— RM.
b)	„ RM. 16.25		4.— RM.
c)	„ RM. 17.80		5.— RM.
d)	„ RM. 19.40		6.— RM.

§ 53.

Stammversicherte der Gruppen A und B zahlen für die Familienversicherung neben ihrem Beitrag monatlich:

Tabelle II.

1. für die Ehefrau oder die den Haushalt führende weibliche Person . . . . . RM. 4.50
2. für die Ehefrau oder die den Haushalt führende weibliche Person und die zum Haushalte gehörenden Kinder zusammen RM. 6.50
3. für jedes Kind über 18 Jahre, sofern es nicht selbst versicherungspflichtig ist, . . . RM. 4.50
4. für die zum Haushalte gehörenden Kinder des Versicherten unter 18 Jahren, wenn die Ehefrau oder die den Haushalt führende weibliche Person nicht mitversichert ist, zusammen . . . . . RM. 4.50

Für Familienmitglieder, deren Stammmitglied aus dem Deutschen Werkmeister-Verbande ausgeschieden ist, (§ 21 Ziffer 2) sind, wenn sie weiter versichert bleiben, Beiträge nach folgender Tabelle monatlich zu zahlen:

Tabelle IIa (25 % Aufschlag).

1. für die Ehefrau oder die den Haushalt führende weibliche Person . . . . . RM. 5.65
2. für die Ehefrau oder die den Haushalt führende weibliche Person und die zum Haushalte gehörenden Kinder unter 18 Jahren zusammen . . . . . RM. 8.15
3. für jedes Kind über 18 Jahre, sofern es nicht selbst versicherungspflichtig ist . . RM. 5.65
4. für die zum Haushalt gehörenden Kinder des Versicherten unter 18 Jahren, wenn die Ehefrau oder die den Haushalt führende weibliche Person nicht mitversichert ist, zusammen . . . . . RM. 5.65

Besondere Bestimmungen.

§ 54.

Dauert bei Nichtkrankenversicherungspflichtigen die durch Krankheit verursachte Arbeitsunfähigkeit 30 Tage, so ist das Mitglied von der Beitragszahlung befreit; Nichtkrankenversicherungspflichtige sind jedoch zur Beitragsleistung verpflichtet, sofern die durch Krankheit verursachte Arbeitsunfähigkeit weniger als einen Monat dauert.

Krankenversicherungspflichtigen wird der monatliche Beitrag für jeden Tag der durch Krankheit verursachten Arbeitsunfähigkeit um ein Dreißigstel ermäßigt.

§ 55.

Beitragsstundung kann im Falle der Arbeitslosigkeit den Mitgliedern für die rückständigen Beiträge bis zur Höchstdauer von drei Monaten durch die Hauptgeschäftsstelle auf Antrag gewährt werden.

Die Zahlungsfristen bestimmt die Hauptgeschäftsstelle.

§ 56.

Beitragsrückstände und Ordnungsstrafen können im Krankheitsfalle den Nichtversicherungspflichtigen in vollem Umfange vom Krankengeld abgezogen werden, den Krankenversicherungspflichtigen muß jedoch das Krankengeld mindestens zur Hälfte ausgezahlt werden.

§ 57.

Mitglieder, die mit ihren Beiträgen oder Ordnungsstrafen, ohne Stundung erhalten zu haben, im Rückstande

sind, werden schriftlich unter Angabe der Rückstände und der Rechtsfolgen bei weiterer Säumnis gemahnt, die fälligen Beiträge innerhalb zwei Wochen zu zahlen.

Wird innerhalb dieser Frist keine Zahlung geleistet, so kann das Mitglied gemäß § 21 Ziffer 4 ausgeschlossen werden. Als Mahngebühr ist 1.— RM. zu zahlen und das verauslagte Porto zu erstatten.

Im übrigen finden die Bestimmungen der Satzung entsprechende Anwendung.

IV. Leistungen der Kasse.

Umfang und Voraussetzungen.

§ 58.

Die Kasse gewährt:

1. Krankenhilfe,
   a) Krankenpflege,
   b) Krankengeld,
   c) Heil- und Hilfsmittel,
   d) Krankenhauspflege,
   e) Hausgeld,
   f) Taschengeld,
   g) Hauspflege,
2. Sterbegeld,
3. Wochenhilfe,
4. Familienwochenhilfe,
5. Familienversicherung,
6. Krankengeldzuschuß.

§ 59.

Die Kassenleistungen ruhen, solange die versicherte Person entweder

1. eine Freiheitsstrafe verbüßt oder
2. sich in Untersuchungshaft befindet oder
3. in einem Arbeitshause oder in einer Besserungsanstalt untergebracht ist.

4. Die Kassenleistungen ruhen ferner, wenn versicherte Personen nach Eintritt des Versicherungsfalles sich freiwillig ohne Zustimmung der Hauptgeschäftsstelle ins Ausland begeben, solange sie sich dort ohne diese Zustimmung aufhalten. Dies gilt nicht für Grenzgebiete, für die (nach § 216 Abs. 1 Ziffer 2 der Reichsversicherungsordnung) die Reichsregierung mit Zustimmung des Reichsrates das Ruhen des Anspruches ausgeschlossen hat.

Als „vorübergehend" ist ein Zeitraum von 6 Monaten anzusehen. Die Zustimmung hat die Ueberführung in Gruppe B, Klasse II, zur Folge. Jedoch werden für Arzt und Medikamente nur die im Inland gültigen Vertragssätze vergütet.

Soll der Aufenthalt im Ausland länger als sechs Monate ausgedehnt werden, so muß vor Ablauf dieser Frist die Zustimmung bei der Hauptgeschäftsstelle erneut beantragt werden.

§ 60.

Hat ein im Auslande weilendes Mitglied im Inlande Angehörige, denen die Satzung Familienhilfe zubilligt, so wird sie gewährt.

§ 61.

Arbeitslose, die während der Dauer ihrer Arbeitslosigkeit auf Grund der Vorschriften der Arbeitslosenversicherung bei einer gesetzlichen Krankenkasse, also nicht bei einer Ersatzkasse, versichert werden, haben dies der zuständigen Verwaltungsstelle sofort anzuzeigen. Für die Dauer der Versicherung bei der gesetzlichen Krankenkasse ruhen die satzungsgemäßen Ansprüche der Mitglieder an die Kasse.

Beiträge werden nicht erhoben.

Die satzungsgemäßen Ansprüche leben wieder auf, wenn die Versicherung bei der gesetzlichen Krankenkasse erlischt und der sofort folgende erste Beitrag bezahlt ist.

Bei Verstößen gegen die Anzeigepflicht kann eine Ordnungsstrafe bis zur Höhe des täglichen Krankengeldes durch den Hauptvorstand oder den Vorsitzenden der Verwaltungsstelle festgesetzt werden.

§ 62.

Mitglieder, die die Kasse durch eine strafbare Handlung geschädigt haben, die mit dem Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte bedroht ist, erhalten für die Dauer eines Jahres nach der Strafart kein Krankengeld.

§ 63.

Mitglieder, die sich eine Krankheit vorsätzlich oder durch schuldhafte Beteiligung an Schlägereien oder Raufhändeln zugezogen haben, erhalten während der Dauer dieser Krankheit kein Krankengeld.

Leistungen für die Mitglieder der Gruppe A und B.

1. Krankenhilfe.

§ 64.

Als Krankenhilfe wird auf die Dauer von 52 Wochen gewährt:

1. Krankenpflege vom Beginn der Krankheit an; sie umfaßt ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arzneien sowie Bruchbändern und kleineren Heilmitteln, Brillen in einfacher Ausführung mit den vom Arzt verordneten Gläsern;
2. Krankengeld nach Maßgabe der Sätze in § 68, wenn die Krankheit den Versicherten arbeitsunfähig macht.

a) Krankenpflege.

§ 65.

Krankenpflege wird vom ersten Krankheitstage an gewährt.

Als Beginn der Krankheit gilt der Tag, an dem die ärztliche Behandlung begonnen hat, sofern nicht ein früherer Tag nachgewiesen ist.

§ 66.

Die ärztliche Behandlung ist, ebenso wie die Gewährung von Arzneien und Heilmitteln, auf das zur Krankheitsbeseitigung tatsächlich notwendige Maß zu beschränken.

§ 67.

Den Mitgliedern steht die Wahl unter den Aerzten am Orte frei. Bestehen jedoch Abkommen mit Aerzten oder mit Apotheken und Lieferanten, so sind diese in Anspruch zu nehmen.

Durch Inanspruchnahme anderer Aerzte, Apotheken usw. entstandene Kosten werden — von dringenden Fällen abgesehen — nur bis zu dem Betrage erstattet, der an die Vertragsärzte und Apotheker zu zahlen gewesen wäre.

Als dringende Fälle sind insbesondere Unglücksfälle oder plötzliche schwere Erkrankungen anzusehen. In diesen Fällen ist es gestattet, die ersten Hilfeleistungen von Aerzten, die zuerst zu erreichen sind, durchführen zu lassen. Die zweite und jede weitere Behandlung muß jedoch durch einen zur Kasse zugelassenen Arzt geschehen.

b) Krankengeld.

§ 68.

Das tägliche Krankengeld beträgt in

Gruppe A:	Klasse	1	RM. 0.50
	„	2	RM. 1.—
	„	3	RM. 1.50
	„	4	RM. 2.—
	„	5	RM. 2.50
	„	6	RM. 3.—
	„	7	RM. 3.50
	„	8	RM. 4.—
	„	9	RM. 4.50
	„	10	RM. 5.—
	„	11	RM.
	„	12	RM.
	„	13	RM.
	„	14	RM.
	„	15	RM.
Gruppe B:	Klasse I		kein Krankengeld
	„ II		„
	„ III	a)	RM. 3.50
	„	b)	RM. 4.—
	„	c)	RM. 5.—
	„	d)	RM. 6.—

Krankengeld wird bei Arbeitsunfähigkeit infolge einer Krankheit vom vierten, wenn die Arbeitsunfähigkeit länger als drei Tage dauert, vom ersten Krankheitstage an gezahlt.

Tritt die Arbeitsunfähigkeit erst später ein, so wird das Krankengeld vom Tage ihres Eintretens an gewährt.

Wird Krankengeld erst von einem späteren Tage an begehrt als die Krankheit begonnen hat, so rechnet die Dauer der Krankheitsfälle von diesem Tage ab. Fälle in der Krankengeldzahlung ohne Zahl, in die nur Krankenpflege ge-

währt wird, so wird diese Zeit auf die Dauer des Krankengeldbezuges bis zu 13 Wochen nicht angerechnet. Ist Krankengeld über die für die Krankenpflege zulässige Dauer hinaus zu zahlen, so endet mit seinem Bezuge auch der Anspruch auf Krankenpflege.

§ 69.

Bei der Bemessung des Grundlohnes muß das Entgelt mindestens bis zu dem Betrage berücksichtigt werden, der in der Mitte zwischen dem jeweilig gesetzlich vorgeschriebenen Mindesthöchstbeitrage des Grundlohnes und dem höheren wirklichen Arbeitsverdienste des Versicherten für den Kalendertag liegt.

Dies gilt auch für das Sterbegeld.

§ 70.

Ansprüche auf Leistungen aus einer anderen Ersatzkasse oder Krankenkasse werden den Mitgliedern derart auf die Leistungen der Berufskrankenkasse angerechnet, daß das gesamte Krankengeld des Mitgliedes den Durchschnittsbetrag seines täglichen Arbeitsverdienstes nicht übersteigt.

§ 71.

Nach § 18 versicherte Mitglieder erhalten bei einer mit Arbeitsunfähigkeit verbundenen Krankheit nach § 120 des Gesetzes über Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung als Krankengeld denjenigen Betrag, den sie nach §§ 107, 108 als Arbeitslosenunterstützung erhalten würden, wenn sie nicht erkrankt wären.

§ 72.

Das Krankengeld wird wöchentlich nachträglich nach Beibringung des von der Kasse vorgeschriebenen und vom Arzte ausgefertigten Wochenscheines gegen Empfangsbestätigung gezahlt oder auf Wunsch kostenpflichtig zugesandt.

Die zuständige Verwaltungsstelle oder der Hauptvorstand hat das Recht, durch eine Bescheinigung des Arbeitgebers oder auf andere Weise den Nachweis zu verlangen, daß das Mitglied während der in Frage kommenden Zeit der Arbeitsunfähigkeit tatsächlich nicht gearbeitet hat.

c) Heil- und Hilfsmittel.

§ 73.

Kosten für kleinere Heilmittel, wie Bandagen, Plattfußeinlagen, Bäder, Massagen, Mineralwasser, Brillen, werden nur dann von der Kasse getragen, wenn der Arzt die Heilmittel verordnet hat.

Sie werden für die Dauer der in § 64 festgesetzten Leistungspflicht und bis zum Betrage von 75 Mark in einem Versicherungsfall und im Laufe von 12 Monaten gewährt. Vor der Beschaffung ist die Genehmigung der Geschäftsstelle einzuholen.

§ 74.

Für größere Heilmittel oder Hilfsmittel gegen Verunstaltung oder Verkrüppelung, die infolge einer während der Kassenmitgliedschaft entstandenen Krankheit, Verletzung oder Beschädigung nach ärztlichem Zeugnis notwendig geworden sind, um die Arbeitsfähigkeit wieder herzustellen oder zu erhalten, gewährt der Hauptvorstand auf Antrag einen Zuschuß bis zu drei Vierteln des Preises, höchstens jedoch 150 Mark.

§ 75.

Brillen und Gläser, die durch den Arzt verordnet sind, werden nach dem Gebührentarif der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Optikerverbände bezahlt. Zeiß-Punktal- und andere Luxusgläser werden nicht vergütet. Brillen ohne ärztliche Verordnung werden im Höchstfalle mit 5 Mark vergütet.

§ 76.

Die Heilmittel werden stets in einfacher Ausführung gewährt. Wünscht das Mitglied eine besondere Ausführung, so hat es die Mehrkosten selbst zu tragen.

§ 77.

Soweit die auf Kosten oder mit Beihilfe der Kasse beschafften Heilmittel während der in § 64 festgesetzten Leistungsdauer einer Instandsetzung oder Erneuerung bedürfen, übernimmt die Kasse die Kosten für deren einfache Ausführung im Rahmen der Leistungspflicht.

Nochmalige Beschaffung von Bruchbändern kann ohne ärztliche Verordnung durch die Geschäftsstelle bewilligt werden.

§ 78.

Nähr- und Stärkungsmittel bezahlt die Kasse nicht, abgesehen von besonderen Fällen, die durch den Arzt zu begründen sind.

§ 79.

Für Erholungsurlaub oder Landaufenthalt können Kassenleistungen nicht beansprucht werden. Bildet bei Krankenversicherungspflichtigen ein ärztlich verordneter Kur- oder Erholungsaufenthalt in einem Badeort einen Teil der ärztlichen Behandlung, so können die Kosten ganz oder teilweise erstattet werden. Voraussetzung ist jedoch, daß ein Antrag zeitig gestellt wird, sodaß der Hauptvorstand vor Antritt der Reise darüber entscheiden kann.

Heilbehandlung durch einen öffentlichen Versicherungsträger begründet an sich keinen Anspruch auf Leistungen der Kasse.

§ 80.

Fahrgelder werden erstattet, wenn es sich um die Ueberführung von Schwerkranken oder Verunglückten von oder zu der Wohnung oder zum Krankenhause handelt.

Sie werden ferner erstattet, wenn sie zur Ermöglichung der ärztlichen Behandlung notwendig sind.

§ 81.

Mitglieder, die sich vorübergehend außerhalb des Geschäftsgebietes der Kasse aufhalten und dort erkranken, erhalten an Stelle der Krankenpflege mindestens drei Achtel des Grundlohnes, der ihrer Versicherungskasse zugrunde gelegt ist.

§ Abs. 1 findet entsprechende Anwendung.

Das gilt nicht für Mitglieder, die sich mit Zustimmung der Hauptgeschäftsstelle im Ausland aufhalten (§ 59. Z. 4).

§ 82.

Die Kasse trägt bei Zahnbehandlung die Kosten:

1. für einmalige Zahnreinigung innerhalb eines Zeitraumes von 12 Monaten;
2. für notwendige Zahnfüllungen mit einfachem Füllmaterial. Wünscht das Mitglied besseres Füllmaterial, so hat es die über die Vertragssätze hinausgehenden Beträge selbst zu zahlen;
3. bei notwendig werdender Behandlung von Paradentose (Erkrankung des Zahnfleisches und des Zahnbettes, deren Ursache wissenschaftlich noch nicht einwandfrei festgestellt ist) übernimmt die Kasse die Kosten hierfür, wenn sie vor Beginn der Behandlung seitens der Kasse genehmigt worden sind.
4. für Zahnersatz, der zur Wiederherstellung der Kaufähigkeit notwendig ist, vergütet die Kasse ein Drittel unter Zugrundelegung der Berechnung der Vertragssätze;
5. bei notwendiger Ueberkappung von Zähnen, die mit einer Klammer befestigt werden müssen, übernimmt die Kasse ein Drittel der Kosten, jedoch nicht mehr als 10.— RM. je Zahn, im Höchstfalle insgesamt 30.— RM.
6. bei Einzelzahnersatz bis zu 4 Zähnen, bei dem die Angestellten- oder Invalidenversicherung keine Zuschüsse gewährt, wird von der Kasse die Hälfte der mit ihren Vertragszahnärzten oder Dentisten vereinbarten Sätze vergütet.

   Bedingung für die Leistungen aus Ziffer 2, 3, 4 und 5 ist, daß der Hauptgeschäftsstelle ein genauer Kostenvoranschlag vor Beginn der Behandlung und Anfertigung des Zahnersatzes zur Genehmigung vorgelegt wird.

   Erneuter Zahnersatz wird erst nach Ablauf von 2 Jahren gewährt; erneute Ueberkappungen aus Edelmetall oder Wipla jedoch erst nach 6 Jahren.

   Reparaturen an Zahnersatz werden nach den gültigen Vertragssätzen bezahlt, wenn die vorgenommene Reparatur genau gekennzeichnet ist, jedoch nur bis zum Höchstbetrage von 20.— RM. innerhalb eines Zeitraumes von zwölf Monaten.
7. Bei Zahnersatz, bei dem der Zahnarzt oder Dentist die unbedingte Notwendigkeit einer Metallplatte bescheinigt, wird dazu, insbesondere bei Wiplaplatten, ein Drittel der Kosten gewährt, jedoch nicht mehr als 16.50 RM. für die Platte.

8. Bei Brückenersatz, der durch vorherige vertrauensärztliche Untersuchung als notwendig anerkannt wird, gewährt die Kasse für jeden zu ersetzenden Zahn einen Zuschuß von ein Drittel der Kosten, jedoch nicht mehr als 50.— RM. für den gesamten Ersatz.

Mit diesem Betrag sind alle Kosten abgegolten, die für den gesamten Zahnersatz erforderlich werden, auch die der Ueberkappung. Die Kostenhöhe bei Gold- bezw. Brückenersatz richtet sich nach den durch die Reichsversicherungs-Anstalt für Angestellte herausgegebenen Höchstsätzen.

Brückenersatz aus Edelmetall oder Wipla kann erneut erst nach Ablauf von 6 Jahren in Anspruch genommen werden.

§ 83.

Werden Zahnärzte oder Zahntechniker (Dentisten) in Anspruch genommen, die nicht mit der Kasse im Vertragsverhältnis stehen, so übernimmt die Kasse die Kosten nur in dringenden Notfällen nach den Sätzen der Vertragsärzte.

d) Krankenhauspflege.

§ 84.

An Stelle der Krankenpflege und des Krankengeldes kann die Kasse ärztlicherseits für nötig erachtete Kur und Verpflegung in einem Krankenhause gewähren.

§ 85.

Hat die Kasse der Krankenhausbehandlung zugestimmt, so verpflichtet sie sich zur Uebernahme der entstehenden Kosten durch Ausstellung eines Einweisungsscheines. Die Einweisung geschieht in die einfache Pflegeklasse eines staatlichen oder kommunalen Krankenhauses am Wohnorte des Mitgliedes. Besteht am Wohnorte selbst ein solches Krankenhaus nicht, so wird der Versicherte in das außerhalb des Wohnortes nächstgelegene Krankenhaus gleicher Art eingewiesen.

Eine Verpflichtung zur Kostenübernahme anderen Krankenhäusern gegenüber kann die Kasse nur übernehmen, wenn sie Kur und Verpflegung zu gleichen Bedingungen bereitstellen oder wenn besondere vertragliche Vereinbarungen zwischen ihren Besitzern und der Kasse bestehen. Ist dies nicht der Fall, so geschieht die Einweisung ohne Einweisungsschein gemäß § 90.

§ 86.

Krankenhauspflege kann solange gewährt werden, als ein Anspruch auf Krankenhilfe nach § 64 besteht.

§ 87.

Dem Krankenhausaufenthalte im Sinne des § 85 kann der Aufenthalt in einer geschlossenen Heilstätte oder in einem ärztlich geleiteten Sanatorium gleichgeachtet werden, wenn die Notwendigkeit durch ärztliche Zeugnisse nachgewiesen wird.

§ 88.

Hat der Kranke einen eigenen Haushalt oder ist er Mitglied des Haushaltes seiner Familie, so ist zur Einweisung in das Krankenhaus seine Zustimmung erforderlich. Bei Minderjährigen bedarf es der Zustimmung des gesetzlichen Vertreters. Die Zustimmung ist nicht erforderlich, wenn

1. die Art der Krankheit eine Behandlung oder Pflege verlangt, die in der Familie des Kranken nicht möglich ist,
2. die Krankheit ansteckend ist,
3. der Kranke wiederholt den Bestimmungen der Satzung, der Krankenordnung oder der Anordnung des behandelnden Arztes zuwidergehandelt hat,
4. sein Zustand oder sein Verhalten fortgesetzte Beobachtung erfordern.

§ 89.

Weigert sich ein Mitglied ohne genügenden Grund, einer Krankenhauseinweisung Folge zu leisten, so hat es für die Dauer der Weigerung keinen Anspruch auf Krankenhilfe. Das gleiche gilt, wenn ein Mitglied ohne genügenden Grund oder ohne Genehmigung der Anstaltsleitung das Krankenhaus verläßt oder durch seine Schuld aus ihm verwiesen wird.

§ 90.

Wird Krankenhauspflege gewährt, so steht es dem Mitgliede frei, sich in einer besseren Klasse oder in einem

anderen als in § 85 angegebenen Krankenhause behandeln und verpflegen zu lassen. In diesem Falle hat das Mitglied nur Anspruch auf Erstattung der Kosten, die der Kasse bei einer Einweisung nach § 85 entstanden sein würden.*)

§ 91.

In Entbindungsfällen berechtigt ein Aufenthalt in einem Krankenhause, Wöchnerinnen- oder Entbindungsheim nur dann zu Ansprüchen nach § 85, wenn der Verlauf der Entbindung ergeben hat, daß sie außerhalb der Anstalt nicht hätte durchgeführt werden können. Voraussetzung ist aber, daß die Wöchnerin in der Kasse ordnungsgemäß versichert ist und noch ein Anspruch auf Leistungen besteht.

Ein Einweisungsschein kann in keinem Fall beansprucht werden, auch nicht, wenn der Arzt vor Eintritt des Entbindungsfalles vermutet, daß Anstaltsaufenthalt notwendig ist.

e) Hausgeld.

§ 92.

Einem Mitgliede, das von seinem Arbeitsverdienst Angehörige ganz oder überwiegend unterhalten hat, wird für diese Angehörigen ein Hausgeld neben der Krankenhauspflege gezahlt, und zwar in Höhe des halben Krankengeldes für die Dauer des Krankengeldbezuges gemäß § 64 Ziffer 2.

Dieses Hausgeld kann unmittelbar an die Angehörigen gezahlt werden.

f) Taschengeld.

§ 93.

Mitglieder, für die kein Hausgeld zu zahlen ist, erhalten ein Viertel des Krankengeldes als Taschengeld.

g) Hauspflege.

§ 94.

Für die Dauer des Anspruches auf Krankengeld kann auf vorherigen Antrag des Mitgliedes beim Hauptvorstand Hilfe und Wartung durch Krankenpfleger, Krankenschwestern oder andere Pfleger gewährt werden, insbesondere dann, wenn die Aufnahme des Kranken in ein Krankenhaus geboten, aber nicht ausführbar ist, oder ein wichtiger Grund vorliegt, den Kranken in seinem Haushalt oder seiner Familie zu belassen.

Für die Gewährung von Hauspflege wird ein Viertel des Krankengeldes in Abzug gebracht.

2. Sterbegeld.

§ 95.

Die Höhe des Sterbegeldes beträgt:

Tabelle I

	Klasse	u. d. ersten 3 Mitgliedsjahren	vom 4. bis 10. Mitgliedsjahre	nach dem 10. Mitgliedsjahre
Gruppe A	1	50	50	60
	2	50	60	80
	3	60	90	120
	4	80	120	160
	5	100	150	200
	6	120	180	240
	7	140	210	280
	8	200	270	350
	9	230	330	425
	10	260	400	500
	11			
	12			
	13			
	14			
	15			
Gruppe B	I	200	200	200
	II	200	200	200
	III a)	150	200	250
	b)	180	250	300
	c)	220	330	425
	d)	300	400	500

*) Anmerkung: Es wird darauf aufmerksam gemacht, daß bei der Wahl einer besonderen Pflegeklasse nicht nur höhere Kosten für bessere Verpflegung entstehen, sondern daß, im Gegensatz zu der einfachen Pflegeklasse, die Ärzte außerdem das Recht haben, besondere Honorare zu fordern. Es entstehen also zumeist für ärztliche Verrichtungen, für Medizin und Heilmittel sowie für Operationsassistenz und Nachbehandlung besondere Kosten. In der einfachen Pflegeklasse entstehen sie nicht, weil sie in dem allgemeinen Pflegesatz einbegriffen sind.

§ 96.

Das Sterbegeld für Mitglieder, die nach § 52 Tabelle Ia den erhöhten Beitrag gezahlt haben, beträgt

Tabelle II

	Klasse	i. d. ersten 3 Mitgliedsjahren	vom 4. bis 10. Mitgliedsjahre	nach dem 10. Mitgliedsjahre
Gruppe A	1	50	50	60
	2	50	60	80
	3	60	90	120
	4	80	120	160
	5	100	150	200
	6	120	180	240
	7	140	210	280
	8	200	270	350
	9	230	330	425
	10	260	400	500
	11			
	12			
	13			
	44			
Gruppe B	I	200	200	200
	II	200	200	200
	III a)	150	200	250
	b)	180	250	300
	c)	230	330	425
	d)	260	400	500

§ 97.

Die Bestimmungen des § 69 (Grundlohn) finden entsprechende Anwendung, ebenso die Vorschrift des § 508, Satz 2 der Reichsversicherungsordnung, wonach das Sterbegeld das Zehnfache der Wochenleistung nicht übersteigen darf, auf die der Versicherte Anspruch hatte.

§ 98.

Stirbt ein als Mitglied der Kasse Erkrankter binnen 1 Jahr nach Ablauf der Krankenhilfe an der gleichen Krankheit, so wird das Sterbegeld gezahlt, wenn das Mitglied bis zum Tode ununterbrochen arbeitsunfähig gewesen ist.

Rückständige Beiträge werden von dem Sterbegelde abgezogen. Ueber den Fälligkeitstermin hinaus geleistete Vorauszahlungen werden mit dem Sterbegeld erstattet.

§ 99.

Vom Sterbegeld werden zunächst die Kosten der Bestattung bestritten und an den gezahlt, der die Bestattung besorgt hat. Bleibt ein Ueberschuß, so sind nacheinander der Ehegatte, die Kinder, der Vater, die Mutter, die Geschwister, die der Ehefrau gleichzuachtende Person begunsberechtigt, wenn sie mit dem Verstorbenen zur Zeit seines Todes in häuslicher Gemeinschaft gelebt haben. Fehlen solche Berechtigte, so verbleibt ein etwaiger Überschuß der Kasse.

§ 100.

Der Sterbefall und der Anspruch auf das Sterbegeld sind unter Ueberreichung des Mitgliedsbuches und der Sterbeurkunde bei dem Vorstande der Verwaltungsstelle anzumelden.

3. Wochenhilfe. (Versicherungspflicht.)

§ 101.

Weibliche Stammversicherte, die in den letzten zwei Jahren vor der Niederkunft mindestens zehn Monate, im letzten Jahre vor der Niederkunft mindestens sechs Monate auf Grund der Reichsversicherung oder bei dem Reichsknappschaftsverein oder bei dieser Kasse gegen Krankheit versichert gewesen sind, erhalten als Wochenhilfe:

1. bei der Entbindung oder bei Schwangerschaftsbeschwerden Hebammenhilfe, Arznei und kleinere Heilmittel, sowie erforderlichenfalls ärztliche Behandlung;
2. einen einmaligen Beitrag zu den sonstigen Kosten der Entbindung und bei Schwangerschaftsbeschwerden in Höhe von RM. 10.—; findet eine Entbindung nicht statt, so sind als Beitrag zu den Kosten der Schwangerschaftsbeschwerden RM. 6.— zu zahlen;
3. ein Wochengeld in Höhe des Krankengeldes, jedoch mindestens 50 Reichspfennig täglich für vier Wochen vor und sechs zusammenhängende Wochen unmittelbar nach der Niederkunft;
4. solange sie ihre Neugeborenen stillen, ein Stillgeld in Höhe des halben Krankengeldes, jedoch mindestens 25 Reichspfennig und höchstens 50 Reichspfennig

täglich bis zum Ablauf der zwölften Woche nach der Niederkunft. § 69 (Grundlohn) findet entsprechende Anwendung.

§ 102.

Sofern die gesetzlichen Leistungen nicht einen höheren Betrag ergeben, werden die Wochenhilfe-Barleistungen für Entbindungskosten, die Kosten bei Schwangerschaftsbeschwerden und die Wochengelder bei Vorlage der Geburtsurkunde mit RM. 100.—, Stillgelder gegen Stillnachweis über mindestens sechs Wochen mit RM. 50.— abgegolten.

§ 103.

Die Dauer des Wochengeldbezuges vor der Entbindung wird auf zwei weitere Wochen ausgedehnt, wenn die Schwangere während dieser Zeit keine Beschäftigung gegen Entgelt ausübt und durch den 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 im ärztlichen Zeugnis angegebenen Zeitpunkte bis zur Entbindung.

Das Wochengeld für die Zeit vor der Entbindung wird jeweils sofort, nicht erst mit dem Tage der Entbindung fällig.

§ 104.

Neben dem Wochengeld für die Zeit nach der Entbindung wird kein Krankengeld gewährt.

Für die Zeit nach der Entbindung, in der die Wöchnerin gegen Entgelt arbeitet, wird nur das halbe Wochengeld gezahlt.

§ 105.

Der Anspruch bleibt bei Vorliegen der übrigen Voraussetzungen auch dann bestehen, wenn die Versicherte wegen ihrer Schwangerschaft innerhalb sechs Wochen vor der Entbindung aus der Versicherung ausgeschieden ist.

§ 106.

Findet die Entbindung ohne Zustimmung der Kasse in einem Wöchnerinnenheim statt und wird die von der Kasse gebotene Hebammenhilfe nicht in Anspruch genommen, so erhält die Wöchnerin anstatt der Hebammenhilfe den nach § 376a, Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung festgesetzten Betrag. Wird dagegen von der Kasse freie Hebammenhilfe gewährt, so ist die Hebamme nicht berechtigt, bei versicherungspflichtigen oder diesen gleichgestellten Mitgliedern weitergehende Ansprüche an die Wöchnerin zu stellen.

§ 107.

Wechseln die Versicherten während der Leistung der Wochenhilfe die Kassenzugehörigkeit, so bleibt die erstverpflichtete Kasse für die weitere Durchführung der Leistung zuständig. § 212 der Reichsversicherungsordnung gilt in diesem Falle nicht.

§ 108.

Stirbt eine Wöchnerin bei der Entbindung oder während der Zeit der Unterstützungsberechtigung, so werden die noch verbleibenden Beträge an Wochen- und Stillgeld bis zum satzungsgemäßen Ende der Bezugszeit demjenigen gezahlt, der für den Unterhalt des Kindes sorgt.

§ 109.

Was nach den vorstehenden Bestimmungen über Wochenhilfe für die versicherungspflichtigen Mitglieder gilt, die nach § 517 der Reichsversicherungsordnung von der Mitgliedschaft bei einer gesetzlichen Krankenkasse befreit sind, findet auch Anwendung für Mitglieder, die beim Ausscheiden aus der Versicherung zur Weiterversicherung bei einer Krankenkasse (§§ 313, 313a, 314 der Reichsversicherungsordnung) berechtigt gewesen sein würden und seitdem dieser Ersatzkasse ununterbrochen angehört haben.

4. Familienwochenhilfe.

§ 110.

Ehefrauen sowie Töchter, Stief- und Pflegetöchter der Versicherten, die mit ihnen in häuslicher Gemeinschaft leben, erhalten Wochenhilfe, wenn sie

1. ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Inlande haben,
2. keinen Anspruch auf Wochenhilfe nach § 195a der Reichsversicherungsordnung haben, und wenn

3. das versicherte Mitglied in den letzten zwei Jahren vor der Niederkunft mindestens zehn Monate, im letzten Jahre vor der Niederkunft mindestens sechs Monate auf Grund der Reichsversicherung oder bei dem Knappschaftsverein oder bei dieser Kasse gegen Krankheit versichert war.

§ 111.

Als Wochenhilfe wird gewährt:

1. bei der Entbindung oder bei Schwangerschaftsbeschwerden Hebammenhilfe, Arznei und kleinere Heilmittel, sowie, falls es erforderlich wird, ärztliche Behandlung. Die Bestimmungen der §§ 64 ff. über die ärztliche Behandlung der Stammitglieder finden entsprechende Anwendung,
2. ein einmaliger Beitrag zu den sonstigen Kosten der Entbindung und bei Schwangerschaftsbeschwerden in Höhe von RM. 10.—; findet eine Entbindung nicht statt, so sind als Beitrag zu den Kosten bei Schwangerschaftsbeschwerden RM. 6.— zu zahlen,
3. ein Wochengeld in Höhe von 50 Reichspfennig täglich für vier Wochen vor und sechs zusammenhängende Wochen unmittelbar nach der Niederkunft. Das Wochengeld für die Zeit vor der Entbindung wird jeweils sofort, nicht erst mit dem Tage der Entbindung fällig,
4. solange sie ihre Neugeborenen stillen, ein Stillgeld in Höhe von 25 Reichspfennig täglich bis zum Ablaufe der zwölften Woche nach der Niederkunft.

§ 112.

Sofern die gesetzlichen Bestimmungen nicht einen höheren Betrag ergeben, werden mit Zustimmung des Mitgliedes die Wochenhilfe-Barleistungen, die Kosten bei Schwangerschaftsbeschwerden und die Wochengelder bei Vorlage der Geburtsurkunde mit RM. 50.—, Stillgelder gegen Stillnachweis über mindestens sechs Wochen mit RM. 25.— abgegolten. Soweit der Reichszuschuß gemäß den gesetzlichen Vorschriften nicht gewährt wird, ermäßigen sich die baren Leistungen um die Hälfte.*)

§ 113.

Findet die Entbindung ohne Zustimmung der Kasse in einem Wöchnerinnenheim statt und wird die von der Kasse gebotene Hebammenhilfe nicht in Anspruch genommen, so erhält die Wöchnerin den nach § 376a, Absatz 1 der Reichsversicherungsordnung festgesetzten Betrag.

Wird dagegen von der Kasse freie Hebammenhilfe gewährt, so ist die Hebamme nicht berechtigt, bei versicherungspflichtigen oder diesen gleichgestellten Mitgliedern weitergehende Ansprüche an die Wöchnerin zu stellen.

§ 114.

Die Familienwochenhilfe ist auch zu gewähren, wenn die Niederkunft innerhalb neun Monaten nach dem Tode des Versicherten erfolgt. Bei Töchtern, Stief- und Pflegetöchtern ist Voraussetzung, daß sie mit dem Versicherten bis zu seinem Tode in häuslicher Gemeinschaft gelebt haben. Berechtigt ist die Schwangere oder die Wöchnerin.

§ 115.

Die Wochenhilfe ist nur einmal zu gewähren, wenn mehrere Krankenkassen oder eine Kasse mehrfach beteiligt sind.

Unter mehreren Kassen steht der Wöchnerin die Wahl frei.

Der Krankenkasse im Sinne dieser Vorschrift steht der Reichsknappschaftsverein gleich.

Es steht ihr auch gleich eine Ersatzkasse hinsichtlich solcher Mitglieder, die nach § 517 der Reichsversicherungsordnung von der Mitgliedschaft bei einer gesetzlichen Krankenkasse befreit sind oder die nach § 507a der Reichsversicherungsordnung den versicherungspflichtigen Mitgliedern gleichgestellt sind.

§ 116.

Soweit die Voraussetzungen für die Gewährung der Wochenhilfe bezw. der Familienwochenhilfe nicht erfüllt sind (§§ 101, 110), werden die vorstehenden Leistungen

*) Anmerkung. Den Reichszuschuß erhalten nur die krankenversicherungspflichtigen Mitglieder und diejenigen, die die Versicherung nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht ununterbrochen fortgesetzt haben.

gewährt, wenn das Mitglied mindestens 9 Monate bei dieser Kasse versichert ist und eine Familienversicherung nach §§ 39 ff. besteht.

3. Leistungen der Familien-Versicherung der Gruppen A und B.

§ 117.

Die Familienversicherung gewährt:

1) freie ärztliche Behandlung und Arznei auf die Dauer von 26 Wochen innerhalb eines Zeitraumes von 52 Wochen, vom Tage der erstmaligen Erkrankung an gerechnet,
2) Brillen bis zum Beitrage von 5,— RM.,
3) Plattfußeinlagen bis zum Beitrage von 8,— RM.,
4) Bruchbänder, Gummistrümpfe, Bäder, Massagen, Leibbinden unmittelbar nach oder zur Vorbeugung von Operationen, sofern diese ärztlich verordnet sind. Die Vorschriften der §§ 64 ff. über die ärztliche Behandlung usw. der Stammitglieder finden entsprechende Anwendung.

§ 118.

Anstatt der Krankenpflege kann die Kasse Kur und Verpflegung in einem Krankenhause (Krankenhauspflege) gewähren, und zwar auf die Dauer von 60 Tagen innerhalb 52 Wochen, jedoch nur nach den Sätzen der niedrigsten Klasse der staatlichen oder kommunalen Anstalten.

Wo solche Anstalten nicht bestehen, gelten als Höchstsätze die jeweils in den staatlichen oder städtischen Krankenanstalten in Berlin üblichen Pflegesätze der niedrigsten Klasse.

Bei Krankenhauspflege werden keine Nebenleistungen gewährt.

Nähr- und Stärkungsmittel ersetzt die Kasse nicht.*)

§ 119.

Die Kasse trägt bei Zahnbehandlung die Kosten

1. für einmalige Zahnreinigung innerhalb eines Zeitraumes von 12 Monaten;
2. für notwendige Zahnfüllungen mit einfachem Füllmaterial.
   Wünscht das Mitglied besseres Füllmaterial, so hat es die über die Vertragssätze hinausgehenden Beträge selbst zu zahlen.
3. Bei notwendig werdender Behandlung der Paradentose übernimmt die Kasse die Kosten, wenn sie vor Beginn der Behandlung von ihr genehmigt worden sind.
4. Zahnersatz bei Kindern bis zu 18 Jahren wird nicht gewährt.
5. Zahnersatz für Versicherte in der Familienversicherung über 18 Jahre wird gewährt, wenn er zur Wiederherstellung der Kaufähigkeit notwendig ist, und zwar in Form eines Zuschusses von ½ der Kosten unter Zugrundelegung der Berechnung der Vertragssätze, jedoch nicht mehr als höchstens 30,— RM. im Laufe von 12 Monaten.
   Zuschuß zu erneutem Zahnersatz kann frühestens nach 2 Jahren gewährt werden, wenn es sich um den gleichen Ersatz handelt.
6. Auf Zahnfüllungen und einen Zuschuß für Zahnersatz haben versicherte Familienmitglieder erst Anspruch, wenn sie mindestens 6 Monate der Kasse angehören.

§ 120.

Eine Begräbnisbeihilfe wird beim Tode eines versicherten Familienmitgliedes nach einjähriger Mitgliedschaft gewährt wie folgt:

1. für Frauen und die Kinder über 18 Jahren 100,— RM.
2. für Witwer 150,— RM.
3. für die Kinder unter 18 Jahren 60,— RM.

---

*) Anmerkung: Es wird darauf aufmerksam gemacht, daß bei der Wahl einer besonderen Pflegeklasse nicht nur höhere Kosten für bessere Verpflegung entstehen, sondern daß, im Gegensatz zu der einfachen Pflegeklasse, die Ärzte außerdem das Recht haben, besondere Honorare zu fordern. Es entstehen also zumeist für ärztliche Verrichtungen, für Medizinen und Heilmittel sowie für Operationsassistenzleistung und Nachbehandlung besondere Kosten. In der einfachen Pflegeklasse entstehen sie nicht, weil sie in dem allgemeinen Pflegesatz einbegriffen sind.

§ 121.

Für Krankheiten, die innerhalb einer Wartezeit von 1 Monat nach Beginn der Versicherung eintreten, wird keine Leistung gewährt.

Familienmitglieder, die bei der Aufnahme des Stammmitgliedes aus einer anderen Kasse mit übertreten, haben keine Wartezeit durchzumachen, wenn der Nachweis erbracht wird, daß sie mindestens 6 Monate in der bisherigen Kasse versichert waren und beim Uebertritt sich nicht in ärztlicher Behandlung befinden.

Erkrankt jedoch ein neugeborenes Kind, so entsteht der Anspruch unabhängig von der Wartezeit von 1 Monat mit dem Zeitpunkte der Erkrankung, jedoch nur dann, wenn die Anmeldung zur Familienversicherung innerhalb 14 Tagen nach der Geburt erfolgt und das Stammmitglied selbst anspruchsberechtigt ist.

V. Die Krankengeldzuschußabteilung

Gruppe C.

Zweck, Aufnahme der Mitglieder, Beiträge, Beendigung der Mitgliedschaft.

Zweck.

§ 122.

Die Krankengeldzuschußabteilung bietet den Mitgliedern in 5 Unterstützungsklassen in Krankheitsfällen mit voller Arbeitsunfähigkeit eine angemessene Unterstützung durch Krankengeld, in Todesfällen eine Beisteuer zu den Bestattungskosten und, falls kein anderer Anspruch besteht, kleine Heilmittel im Sinne des § 144.

Aufnahme.

§ 123.

Aufgenommen werden kann jedes gesunde Mitglied des Deutschen Werkmeister-Verbandes.

Der Hauptvorstand ist berechtigt, ein ärztliches Gutachten über den Gesundheitszustand einzuholen, dessen Kosten das aufnehmende Mitglied trägt. Die Ablehnung der Aufnahme kann ohne Angabe der Gründe erfolgen.

§ 124.

Beitrittsgesuche sind an den Vorsitzenden der Verwaltungsstelle zu richten. Der Antragsteller hat den ihm hierauf behändigten Aufnahmeschein in allen Punkten gewissenhaft auszufüllen. Die Hauptgeschäftsstelle soll innerhalb 14 Tagen nach Eingang des Gesuches über die Aufnahme entscheiden und das Mitglied der zuständigen Verwaltungsstelle überweisen. Das Mitglied erhält alsdann gegen Zahlung des Eintrittsgeldes und des ersten laufenden Beitrages ein Mitgliedsbuch und eine Satzung.

Die Mitgliedschaft beginnt mit dem im Mitgliedsbuche angegebenen Tage.

Abgewiesenen steht die Beschwerde an den Vorstand und Aufsichtsrat zu.

Meldepflicht.

§ 125.

Jeder Wohnungswechsel ist der zuständigen Verwaltungsstelle sofort anzuzeigen, die ihrerseits die Hauptgeschäftsstelle zu benachrichtigen hat.

Austritt.

§ 126.

Der Austritt kann nur durch schriftliche Anzeige zum Schlusse eines Kalendervierteljahres erklärt werden. Die Anzeige ist der zuständigen Verwaltungsstelle zu machen; sie ist durch sie sofort an die Hauptgeschäftsstelle weiterzugeben.

Erlöschen der Mitgliedschaft.

§ 127.

Die Mitgliedschaft erlischt:

1. durch freiwilligen Austritt,
2. durch Ausschalten aus dem Deutschen Werkmeister-Verbande,
3. durch Ausschluß durch den Hauptvorstand, wenn das Mitglied
   a) rückständige Beiträge nach Ablauf der Mahnfrist nicht bezahlt hat,
   b) bei der Aufnahme über seinen Gesundheitszustand wissentlich falsche Angaben gemacht hat,
   c) sich grobe Verstöße gegen die Satzung hat zuschulden kommen lassen.

Mit dem Austritt oder Ausschluß erlischt jedes Anrecht an die Kasse.

Mitglieder, die in Arbeiterstellung zurückkehren und aus diesem Grunde aus dem Deutschen Werkmeister-Verbande ausscheiden, können so lange Mitglieder der Kasse bleiben, wie sie einer freien Gewerkschaft angehören.

Wiederaufnahme.

§ 128.

Ausgetretene Mitglieder können jederzeit in die Kasse wieder aufgenommen werden, wenn sie den Voraussetzungen dieser Satzung entsprechen. Sie werden alsdann wie Neueintretende behandelt.

Ausgeschlossene Mitglieder können nach Ablauf eines Jahres erneut den Antrag auf Aufnahme an die Hauptgeschäftsstelle richten.

Eintrittsgeld.

§ 129.

Das Eintrittsgeld beträgt 1,— RM. und ist bei Aushändigung des Mitgliedsbuches zu zahlen.

Beiträge.

§ 130.

Die Kasse unterhält 5 Unterstützungsklassen:

Klasse 1 monatlicher Beitrag 6,— RM.
Klasse 2 monatlicher Beitrag 5,— RM.
Klasse 3 monatlicher Beitrag 4,— RM.
Klasse 4 monatlicher Beitrag 3,— RM.
Klasse 5 monatlicher Beitrag 2,— RM.

Die Beiträge sind monatlich im voraus zu zahlen und bis zum 5. Tage eines jeden Monats fällig. Im Laufe eines Monats beitretende oder ausscheidende Mitglieder haben stets den vollen Monatsbeitrag zu entrichten.

Die Beiträge sind auch während der Dauer der Krankheit zu zahlen.

Rechtsfolgen bei Beitragsrückstand.

§ 131.

Werden Beiträge bei Fälligkeit nicht bezahlt, so werden 5% Verzugszinsen berechnet.

Das säumige Mitglied wird nach § 57 gemahnt. Vom erfolglosen Ablauf der Mahnfrist ab ruht die Entschädigungspflicht der Kasse bis zur Zahlung des Rückstandes nebst Zinsen, der Mahngebühr in Höhe von 1.— RM. und der zu erstattenden Portokosten. Der Ausschluß nach § 21 Ziffer 4 ist zulässig.

Pflichten des Mitgliedes bei Erkrankung.

§ 132.

Im Falle der Erkrankung hat das Mitglied sich sofort einen Krankenschein von der zuständigen Verwaltungsstelle zu besorgen. Dieser Krankenschein ist am Schlusse jeder Woche, ordnungsmäßig durch den Arzt ausgefüllt, der zuständigen Verwaltungsstelle zur Zahlung vorzulegen und bei Fortbestehen der Krankheit gegen einen neuen einzutauschen.

Im Krankenschein muß die Art der Krankheit angegeben und die Arbeitsunfähigkeit bescheinigt sein. Die hieraus entstehenden Kosten trägt das Mitglied selbst.

Nur von statutisch geprüften Ärzten ausgefüllte Krankenscheine dürfen zur Zahlung vorgelegt werden.

§ 133.

Erkrankte Mitglieder dürfen die durch den Arzt verordnete Ausgehzeit nicht überschreiten. Verstöße hiergegen können mit einer Ordnungsstrafe bis zur Höhe des wöchentlichen Krankengeldes bestraft werden.

Während des Krankengeldbezuges hat der Kranke die ärztlichen Verordnungen genau zu befolgen.

Er darf in dieser Zeit weder im Geschäft noch sonst wie tätig sein. Er darf keine Reise machen. Der Besuch von Schankwirtschaften, Vergnügungslokalen, Theatern und Sälen mit öffentlichen Veranstaltungen ist den kranken Mitgliedern untersagt. Zuwiderhandeln zieht den sofortigen Verlust der Unterstützung nach sich, sofern nicht triftige Gründe den Verstoß entschuldigen.

§ 134.

Bei Mitgliedern einer gesetzlichen Krankenkasse oder Ersatzkasse kann auf die Unterschrift des Arztes auf dem Krankenscheine der Kasse verzichtet werden, wenn hierdurch besondere Unkosten entstehen würden. In diesem

Falle hat das erkrankte Mitglied den ordnungsgemäß ausgefüllten und vom Arzt unterschriebenen Krankenschein der gesetzlichen Krankenkasse oder der Ersatzkasse dem Kassierer der zuständigen Verwaltungsstelle vorzulegen. Dieser bestätigt die Einsichtnahme auf dem Krankenschein der Kasse und übernimmt durch seine Unterschrift die Verantwortung für die Richtigkeit der Angaben.

§ 135.

Für die Mitglieder der Krankengeldzuschußabteilung gelten im übrigen die Bestimmungen der Satzung entsprechend.

Krankengeld.

§ 136.

Im Falle der Erkrankung mit voller Arbeitsunfähigkeit wird den Mitgliedern folgende Unterstützung gewährt:
1. in Klasse 1 ein tägl. Krankengeld in Höhe von RM. 3.85
2. in Klasse 2 ein tägl. Krankengeld in Höhe von RM. 3.25
3. in Klasse 3 ein tägl. Krankengeld in Höhe von RM. 2.60
4. in Klasse 4 ein tägl. Krankengeld in Höhe von RM. 1.95
5. in Klasse 5 ein tägl. Krankengeld in Höhe von RM. 1.30

§ 137.

Die Woche wird zu 7 Tagen gerechnet und das Krankengeld am Schluß der Woche durch die Verwaltungsstelle ausgezahlt.

Das Krankengeld wird, sofern die Arbeitsunfähigkeit länger als drei Tage dauert, vom Tage der Meldung und Abholung des Krankenscheines ab gezahlt. Bei schriftlichen Meldungen gilt das Datum des Poststempels.

§ 138.

Neuaufgenommene Mitglieder erhalten, vom Tage der Aufnahme ab gerechnet, erstmalig nach dem dritten vollendeten Monat Krankengeld.

Für vor oder innerhalb dieser Wartezeit eingetretene Erkrankungen wird kein Krankengeld gewährt.

§ 139.

Ein Wechsel von einer Unterstützungskasse in die andere kann mit Zustimmung der Hauptverwaltung nur mit Monatsschluß vorgenommen werden. Der geringere Unterstützungssatz wird sofort, der höhere jedoch erst nach Ablauf des dritten Monats seit dem Uebertritt gezahlt.

Unterstützungsdauer.

§ 140.

Die Unterstützung wird in einem Zeitraume von 52 Wochen auf die Dauer von insgesamt 26 Wochen gezahlt, jedoch mit der Einschränkung der Bestimmung in Absatz 3. Ist diese Höchstleistung erreicht, so tritt eine Wartezeit von 26 Wochen ein.

Dieser Zeitraum wird jeweils vom Tage der zuletzt erhaltenen Unterstützung ab gerechnet.

Die Gesamtunterstützung (Krankengeld, Sterbegeld) darf in keinem Falle den dreifachen Betrag der gesamten eingezahlten Beiträge überschreiten.

Sterbegeld.

§ 141.

Bei einer Dauer der Mitgliedschaft bis zu zwei Jahren erhalten die berechtigten Erben (der Ehegatte, die Kinder, der Vater, die Mutter, die Geschwister, sofern diese Personen mit dem Verstorbenen zur Zeit seines Todes in häuslicher Gemeinschaft gelebt haben) ein Sterbegeld in fünfundzwanzigfacher Höhe des täglichen Krankengeldes, nach zweijähriger Mitgliedschaft ein solches in dreißigfacher Höhe des täglichen Krankengeldes.

Stirbt ein Mitglied innerhalb drei Monaten nach der Aufnahme, so wird kein Sterbegeld gezahlt.

§ 142.

Beiträge, die vom Beginn einer Krankheit bis zu ihrer Beendigung gezahlt werden, können bei Berechnung der Leistungen keine Berücksichtigung finden.

§ 143.

Mitglieder, die auf Grund eines Versicherungsverhältnisses ein Heilverfahren durchmachen, erhalten während dieser Zeit die Hälfte des in jeder Klasse gezahlten Krankengeldes, sofern sie von Nachweis der Arbeitsunfähigkeit entbunden.

§ 144.

Einmalige Zuschüsse innerhalb eines Jahres werden gezahlt, wenn kein anderer Anspruch besteht:

1. für Brillen 5.— RM.,
2. für ein einseitiges Bruchband 10.— RM.,
3. für ein doppelseitiges oder Nabelbruchband 15.— RM.

Der Zuschuß wird gegen Ueberreichung der Rechnung durch die zuständige Verwaltungsstelle ausgezahlt.

§ 145.

Rechnungen sind spätestens innerhalb eines Monats zur Zahlung zu überreichen. Nach dieser Zeit erlischt jeder Anspruch, sofern nicht der Nachweis erbracht wird, daß die Ueberschreitung der Frist ohne Verschulden des Mitgliedes erfolgt ist.

Mindestleistungen.

§ 146.

An Leistungen sind den Versicherungspflichtigen mindestens die Regelleistungen nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung zu gewähren. Bei Bemessung des Grundlohnes muß der Entgelt mindestens bis zu dem Betrage berücksichtigt werden, der in der Mitte zwischen dem jeweilig gesetzlich vorgeschriebenen Mindesthöchstbetrage des Grundlohnes und dem höheren wirklichen Arbeitsverdienste des Versicherten für den Kalendertag liegt. Dies gilt auch für das Sterbegeld.

Erwerbslosigkeit.

§ 147.

Scheiden Versicherungspflichtige wegen Erwerbslosigkeit aus, die in den vorausgegangenen zwölf Monaten mindestens 26 Wochen oder unmittelbar vorher mindestens 6 Wochen versichert waren, so verbleibt ihnen der Anspruch auf die Regelleistungen nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung, wenn der Versicherungsfall während der Erwerbslosigkeit und binnen drei Wochen nach dem Ausscheiden eintritt; es sei denn, daß ein anderweitiger Anspruch durch Zwangsversicherung besteht.

Dem Berechtigten wird auf Antrag sein Anspruch auf die Leistungen bescheinigt.

Sterbegeld wird auch nach Ablauf der drei Wochen gewährt, wenn die Krankenhilfe bis zum Tode gewährt worden ist.

Der Anspruch fällt weg, wenn der Erwerbslose sich im Auslande aufhält.

Ausgesteuerte.

§ 148.

Mitglieder, die in einem Versicherungsfalle die vorerwähnten Leistungen hintereinander oder insgesamt bezogen haben, erhalten in einem neuen Versicherungsfalle, der im Laufe der nächsten zwölf Monate auf Grund der gleichen, nicht behobenen Krankheitsursache eintritt, nur die gesetzlichen Regelleistungen auf die Dauer von dreizehn Wochen.

Ein neuer Versicherungsfall gilt erst als eingetreten, wenn in der Zeit zwischen zwei Versicherungsfällen keine ärztliche Behandlung notwendig gewesen ist. Die gleiche Bestimmung findet auch für die Krankengeldzahlungabteilung Anwendung.

Tritt der neue Versicherungsfall auf Grund einer anderen Krankheitsursache im Laufe der nächsten zwölf Monate ein, so erhalten die Mitglieder die gesetzlichen Regelleistungen auf die Dauer von 26 Wochen.

Auf die vollen Leistungen nach § 140 haben die Mitglieder erst wieder Anspruch, wenn sie zwölf Monate arbeitsfähig gewesen sind.

Beitritt während eines Versicherungsfalles.

§ 149.

Mitglieder, die während eines laufenden Versicherungsfalles der Kasse beitreten, wird die Dauer der bei einer anderen Ersatzkasse oder gesetzlichen Kasse bereits erhaltenen Krankenhilfe auf ihre Anspruchszeit angerechnet. Sie erhalten nur die gesetzlichen Regelleistungen auf die Dauer von 26 Wochen. Die §§ 216, 523 der Reichsversicherungsordnung finden entsprechende Anwendung.

Diese Mitglieder erhalten in einem neuen Versicherungsfalle, der im Laufe der nächsten zwölf Monate eintritt, an Krankenhilfe nur die gesetzlichen Regelleistungen

für eine Gesamtdauer von dreizehn Wochen, wenn sie auf Grund der Reichsversicherung oder aus der Reichsknappschaft oder aus dieser oder einer anderen Ersatzkasse binnen zwölf Monaten bereits für 26 Wochen hintereinander oder insgesamt Krankengeld oder die Ersatzleistungen hierfür bezogen haben. Dies gilt jedoch nur, wenn die Krankenhilfe infolge der gleichen, nicht behobenen Krankheitsursache notwendig wird. § 148, Absatz 1 und 4 finden Anwendung.

Rechtsfolgen bei Beitragsrückständen.

§ 150.

Versicherungspflichtige Mitglieder, die mit der Beitragszahlung, ohne Stundung erhalten zu haben, im Rückstande sind, erhalten für die Dauer der Krankheit nur die gesetzlichen Regelleistungen auf die Dauer von 26 Wochen.

Bei Nichtversicherungspflichtigen kann die Krankenhilfe auf die Dauer von 13 Wochen beschränkt werden.

Tritt bei nichtversicherungspflichtigen Mitgliedern oder in der Familienversicherung ein Krankheits-, Wochen- oder Sterbefall ein nach Einleitung des Mahnverfahrens und Ablauf der zur Zahlung der geschuldeten Beiträge gesetzten Frist, so wird die Kasse von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn das Mitglied zur Zeit des Eintritts dieses Versicherungsfalles mit der Zahlung noch ganz oder teilweise in Verzug ist. Auf diese Rechtsfolgen ist bei der Mahnung ausdrücklich hinzuweisen.

Krankenordnung und Ordnungsstrafen.

§ 151.

Erkrankte Mitglieder sind verpflichtet:

1. die Bestimmungen der Satzung und der Krankenordnung,
2. die Anordnungen des behandelnden Arztes zu befolgen und
3. vor dem Verlassen des Kassenbezirkes dem Vorstand der zuständigen Verwaltungsstelle unverzüglich Nachricht zu geben.

Bei Verstößen hiergegen oder Zuwiderhandlungen kann der Vorstand der Verwaltungsstelle eine Ordnungsstrafe bis zum dreifachen Betrage des täglichen Krankengeldes für jeden Uebertretungsfall festsetzen. Die gleiche Strafe kann festgesetzt werden gegen Mitglieder oder ihre versicherten Angehörigen, die der Meldepflicht nach § 27 nicht nachkommen.

Die Höhe der Ordnungsstrafen für Mitglieder der Sonderklasse A bemißt sich nach dem Krankengeldsatz der Klasse 7 im § 68.

VI. Die Verwaltungsorgane der Kasse.

§ 152.

Die Verwaltungsorgane der Kasse sind:

1. Die Abgeordnetenversammlung,
2. Der Aufsichtsrat,
3. Der Hauptvorstand,
4. Die örtlichen Verwaltungsstellen.

I. Abgeordnetenversammlung.

§ 153.

Die Abgeordnetenversammlung ist das oberste Organ der Kasse. Ihr liegt insbesondere ob:

1. Beschlußfassung über die Gültigkeit der Abgeordnetenwahlen.
2. Entgegennahme des Geschäftsberichtes, Abnahme der Jahresrechnung, Erteilung der Entlastung des Hauptvorstandes und des Aufsichtsrates.
3. Wahlen zum Aufsichtsrat und zum Hauptvorstand.
4. Beschlußfassung über die Erweiterung der Aufgaben sowie über den Ausbau der Kasse.
5. Entscheidung über Anträge auf Aenderung der Satzung, über Auflösung oder Verlegung der Kasse.

§ 154.

Die Abgeordnetenversammlung tritt alle zwei Jahre zusammen. Ort und Zeit bestimmt der Aufsichtsrat möglichst in Uebereinstimmung mit dem Orte und Termine des Vorstandstages.

Wahl der Abgeordneten.

§ 155.

Die Abgeordnetenversammlung besteht aus Abgeordneten, die durch die Mitglieder auf Grund der Wahlordnung gewählt werden. Das Mandat erlischt nach der Tagung. Sie sollen möglichst die Abgeordneten für den Verbandstag des Deutschen Werkmeister-Verbandes sein.

§ 156.

Die Wahlen finden in Wahlbezirken statt, die der Bezirkseinteilung im Deutschen Werkmeister-Verbande entsprechen.

Die Wahlbezirke, sowie die Verwaltungsstellen, die innerhalb der Wahlbezirke die Wahl leiten, werden durch den Aufsichtsrat im Einvernehmen mit dem Hauptvorstand bekanntgegeben. Jeder Wahlbezirk bis zu 1500 Mitgliedern wählt einen Abgeordneten und einen Stellvertreter. Auf jede weiteren angefangenen 1500 Mitglieder entfällt ein weiterer Abgeordneter sowie ein Stellvertreter.

§ 157.

Wahlberechtigt sind nur Stammmitglieder, die großjährig und im Besitze der bürgerlichen Ehrenrechte sind.

Anträge.

§ 158.

Anträge zur Abgeordnetenversammlung können durch den Hauptvorstand, den Aufsichtsrat und die Mitgliederversammlungen der örtlichen Verwaltungsstellen gestellt werden.

§ 159.

Anträge, die als Anträge der Mitgliederversammlung einer örtlichen Verwaltungsstelle an die Abgeordnetenversammlung gestellt werden sollen, können nur in einer ordnungsgemäß einberufenen Mitgliederversammlung eingebracht werden; sie sind in dieser Versammlung als besonderer Punkt der Tagesordnung vorzusehen und müssen durch Mehrheitsbeschluß der Versammlung angenommen sein. Ueber die Versammlung ist ein Protokoll aufzunehmen, aus dem die Teilnehmerzahl und das Abstimmungsergebnis hervorgeht.

Die Anträge müssen mit kurzer Begründung drei Monate vor der Abgeordnetenversammlung der Hauptgeschäftsstelle eingesandt werden.

§ 160.

Die Anträge an die Abgeordnetenversammlung sind den Abgeordneten und deren Stellvertretern sechs Wochen vor der Tagung zuzustellen.

Jahresbericht.

§ 161.

Der Bericht und die Tagesordnung der Abgeordnetenversammlung müssen mindestens sechs Wochen vor der Tagung in den Händen der Abgeordneten sein. Der Bericht erscheint im Geschäftsbericht des Verbandes.

Einberufung.

§ 162.

Der Aufsichtsrat beruft die Abgeordnetenversammlung. Der Ort und die Zeit müssen mindestens sechs Wochen vorher in der Deutschen Werkmeister-Zeitung bekanntgegeben werden.

Versammlungsleiter.

§ 163.

Die Abgeordneten wählen aus ihrer Mitte für die Dauer der Tagung einen Verhandlungsleiter als Vorsitzenden, dessen Stellvertreter und zwei Beisitzer. Als Verhandlungsleiter kann auch ein Mitglied des Aufsichtsrats gewählt werden.

Niederschrift.

§ 164.

Der Schriftführer des Hauptvorstandes führt die Verhandlungsniederschrift über die Tagung, in der die satzungsgemäße Berufung der Abgeordnetenversammlung, das Stimmenverhältnis bei den Abstimmungen, die Zahl der Anwesenden und die Beschlüsse wiedergegeben sind.

Beschlußfassung.

§ 165.

Jede ordnungsmäßig einberufene Abgeordnetenversammlung ist beschlußfähig.

Die Beschlüsse bedürfen der Mehrheit der abgegebenen Stimmen, soweit nicht durch Gesetz oder Satzung Abweichungen vorgeschrieben sind. Stimmengleichheit gilt als Ablehnung. Stimmberechtigt sind nur Abgeordnete. Jeder Abgeordnete hat eine Stimme.

Ueber Gegenstände, die nicht ordnungsgemäß auf der Tagesordnung stehen, können gültige Beschlüsse nur gefaßt werden, wenn kein Abgeordneter widerspricht.

§ 166.

Beantragt ein Abgeordneter Abstimmung durch Stimmzettel oder durch Namensaufruf, so muß der Verhandlungsleiter dem Antrage entsprechen, wenn ein Drittel der Abgeordneten ihn unterstützt. Aenderungen der Satzung können mit einfacher Stimmenmehrheit der anwesenden stimmberechtigten Abgeordneten beschlossen werden.

Berichterstattung.

§ 167.

Die Niederschrift über die Abgeordnetenversammlung (§ 164) ist in der Deutschen Werkmeister-Zeitung zu veröffentlichen. Außerdem ist ein stenographischer Bericht aufzunehmen, der als Anhang des stenographischen Verbandstagsberichtes erscheint.

Entschädigung der Abgeordneten.

§ 168.

Die Abgeordneten erhalten das Fahrgeld 2. Klasse. Im übrigen wird die Entschädigung durch die Abgeordnetenversammlung festgesetzt.

II. Der Aufsichtsrat.

Zahl.

§ 169.

Der Aufsichtsrat besteht aus neun Mitgliedern, die volljährig, im Besitze der bürgerlichen Ehrenrechte und Mitglieder der Kasse sein müssen.

Wahl, Amtsdauer.

§ 170.

Die Mitglieder des Aufsichtsrates werden durch die Abgeordnetenversammlung in einem gemeinsamen Wahlgang auf die Dauer von vier Jahren gewählt. In jedem zweiten Jahre scheiden in der ordentlichen Abgeordnetenversammlung fünf bzw. vier Mitglieder nach Ablauf der Amtsdauer aus. Das Los entscheidet, wer erstmalig auszuscheiden hat. Die Ausgeschiedenen sind wiederwählbar.

In einem weiteren Wahlgange werden 3 Ersatzmänner gewählt, die an Stelle ausscheidender Mitglieder für deren nicht abgelaufene Amtsdauer nach Beschluß des Aufsichtsrates eintreten.

§ 171.

Die Wahl erfolgt durch Stimmzettel. Die Wahl durch Zuruf ist zulässig.

Diejenigen sind gewählt, die die meisten Stimmen erhalten haben. Bei Stimmengleichheit entscheidet das durch den Vorsitzenden der Versammlung zu ziehende Los.

§ 172.

Von den Mitgliedern des Aufsichtsrates sollen mindestens fünf dem Verbandsvorstande des Deutschen Werkmeister-Verbandes angehören. Sie dürfen nicht im Vorstande anderer Krankenkassen sein.

Mitglieder des Aufsichtsrates dürfen nicht zugleich Mitglieder des Hauptvorstandes sein, auch nicht als Beamte die Geschäfte der Kasse führen. Nur für einen im voraus festzusetzenden Zeitraum kann der Aufsichtsrat seine Mitglieder zu Stellvertretern von behinderten Mitgliedern des Hauptvorstandes bestellen. Während dieses Zeitraumes scheidet das betreffende Mitglied aus dem Aufsichtsrat.

Erlöschen des Amtes.

§ 173.

Das Amt eines Aufsichtsratsmitgliedes ist ehrenamtlich; es erlischt, wenn das Mitglied seinen Wohnsitz nach einem Orte außerhalb Deutschlands verlegt oder wenn die Voraussetzungen für die Wahl fortgefallen sind.

Wahl des Vorsitzenden.

§ 174.

In der ersten Sitzung nach einer Neuwahl wählt der Aufsichtsrat aus seiner Mitte einen Vorsitzenden, dessen Stellvertreter und einen Schriftführer.

Aufgaben.

§ 175.

Für den Aufsichtsrat finden die Vorschriften der §§ 36, Absatz 2 und 3, 37—40, 41, Absatz 1, 2, 4 des Gesetzes über die Erwerbs- und Wirtschafts-Genossenschaften Anwendung. Außerdem hat er folgende Obliegenheiten:

1. Erlaß von Geschäftsordnungen und Festsetzung der Entschädigung für den Hauptvorstand,
2. Entscheidung über Beschwerden der Mitglieder,
3. Prüfung der Kasse, insbesondere der Verwaltungskosten und des Voranschlages,
4. Prüfung der Jahresrechnung und des Geschäftsberichtes,
5. Prüfung der Kassenführung und Anlage der Vermögensbestände,
6. Bestimmung der Grundsätze für die mit Aerzten, Zahnärzten, Apothekern und sonstigen Lieferanten abzuschließenden Verträge,
7. Anstellung und Kündigung des Geschäftsführers,
8. Genehmigung von Tarifverträgen für die Angestellten der Kasse,
9. Satzungsänderungen, die der späteren Genehmigung der Abgeordnetenversammlung unterliegen.

§ 176.

Der Aufsichtsrat kann einzelne seiner Mitglieder zur Wahrnehmung bestimmter Geschäfte vorübergehend bevollmächtigen.

Der Aufsichtsrat wählt im Einvernehmen mit dem Vorstand den Vorsitzenden der Kasse aus den Mitgliedern des Hauptvorstandes. Der Aufsichtsrat ist befugt, Hauptvorstandsmitglieder beim Vorliegen grober Verfehlungen von ihren Posten zu entheben. Ein solcher Beschluß bedarf einer Zweidrittelmehrheit; er unterliegt der Nachprüfung durch die nächste Abgeordnetenversammlung.

III. Hauptvorstand.

Zahl.

§ 177.

Der Hauptvorstand besteht aus 5 volljährigen und im Besitze der bürgerlichen Ehrenrechte befindlichen Mitgliedern, und zwar dem Vorsitzenden, dessen Stellvertreter, dem Schriftführer und zwei Beisitzern. Außerdem werden drei Stellvertreter gewählt. Mindestens 3 Mitglieder müssen dem Verbandsvorstande des Deutschen Werkmeister-Verbandes angehören.

Wahl, Amtsdauer.

§ 178.

Die Mitglieder des Hauptvorstandes werden durch die Abgeordnetenversammlung in einem gemeinsamen Wahlgang auf die Dauer von vier Jahren gewählt. In jedem zweiten Jahre scheiden in der ordentlichen Abgeordnetenversammlung 2 bezw. 3 Mitglieder des Hauptvorstandes nach Ablauf ihrer Amtsdauer aus. Das Los entscheidet, wer erstmalig ausscheidet. Die Ausgeschiedenen sind wieder wählbar.

§ 179.

Die Wahl erfolgt durch Stimmzettel. Die Wahl durch Zuruf ist zulässig, wenn niemand widerspricht. Diejenigen sind gewählt, die die meisten Stimmen erhalten haben. Bei Stimmengleichheit entscheidet das durch den Vorsitzenden der Versammlung zu ziehende Los.

Ausgaben.

§ 180.

Dem Hauptvorstand liegt die Leitung der Krankenkasse ob nach Maßgabe der Satzung.

Der Hauptvorstand vertritt die Kasse gerichtlich und außergerichtlich; er ist befugt, mit Zustimmung des Aufsichtsrates für einzelne Rechtsgeschäfte Bevollmächtigte zu ernennen.

Für die Kasse zeichnen verantwortlich der Vorsitzende und der Geschäftsführer; im Behinderungsfalle ihre Stellvertreter, im inneren Verkehr nur der Geschäftsführer. Bei allen Kassenangelegenheiten (Postvollmacht) jedoch bedarf es der Zeichnung zweier vom Aufsichtsrat bestimmter Personen.

Als Ausweis bei allen Geschäften, Rechtsvertretungen, Hypotheken- und Grundbuchsachen dient eine Bescheinigung der Aufsichtsbehörde.

§ 181.

Der Hauptvorstand hat Verträge mit Aerzten, Zahnärzten, Krankenhäusern sowie mit Apotheken und sonstigen Lieferanten abzuschließen. Hierbei hat er sich nach den durch den Aufsichtsrat aufgestellten Grundsätzen zu richten und ihm vom Abschlusse eines jeden Vertrages unverzüglich Kenntnis zu geben. Der Hauptvorstand hat das zum Geschäftsbetriebe nötige Personal einzustellen, mit Ausnahme des Geschäftsführers. Zur Einstellung und Entlassung von Beamten mit einem Jahresgehalt über die tariflich festgesetzten Sätze hinaus bedarf es jedoch der Zustimmung des Aufsichtsrates.

Bei den vom Aufsichtsrate vorzunehmenden allgemeinen Prüfungen der Hauptkasse muß ein Mitglied des Hauptvorstandes zugegen sein.

Sitzungen.

§ 182.

Die Sitzungen des Hauptvorstandes finden nach Bedarf statt; sie werden durch den Vorsitzenden einberufen. Der Hauptvorstand ist beschlußfähig, wenn wenigstens 3 seiner Mitglieder anwesend sind. Ueber jede Sitzung ist eine Niederschrift aufzunehmen, die dem Aufsichtsrate zuzustellen ist.

Aenderungen im Vorstand.

§ 183.

Jede Aenderung in der Zusammensetzung des Hauptvorstandes ist der Aufsichtsbehörde umgehend mitzuteilen.

Geschäftsführung der Kasse.

§ 184.

Die geschäftsmäßige Leitung der Kasse obliegt dem verantwortlichen Geschäftsführer. Seine Dienstobliegenheiten werden durch eine Geschäftsordnung geregelt, die gemeinsam vom Vorstand und Aufsichtsrat beschlossen wird.

Der Vorstand bestimmt im Behinderungsfalle einen Vertreter des Geschäftsführers.

IV. Errichtung hauptamtlicher Verwaltungsstellen.

§ 185.

Der Aufsichtsrat kann in größeren Orten oder für den Bezirk mehrerer Verwaltungsstellen hauptamtlich besetzte Geschäftsstellen errichten.

Diese sind dem Hauptvorstand unterstellt. Sie haben sich nach den Weisungen der Hauptgeschäftsstelle zu richten. Im übrigen regelt ihre Tätigkeit eine Geschäftsordnung, die entsprechend den Vorschlägen des Hauptvorstandes vom Aufsichtsrat genehmigt sein muß.

V. Oertliche Verwaltungsstellen.

Errichtung.

§ 186.

Der Hauptvorstand ist befugt, an einem Orte, an dem mindestens 10 Mitglieder der Kasse wohnen, auf deren Wunsch eine Verwaltungsstelle zu errichten.

Mitglieder-Versammlung.

§ 187.

Bei Errichtung der Verwaltungsstelle und alsdann alljährlich im Oktober findet eine Versammlung der Mitglieder der Verwaltungsstelle statt, in der der Vorstand und die Kassenprüfer gewählt werden.

Bei dringenden Veranlassungen können außerordentliche Versammlungen stattfinden.

Wählbar ist jedes im Bezirke der Verwaltungsstelle wohnende volljährige Kassenmitglied, das im Besitze der bürgerlichen Ehrenrechte ist.

Vorstand.

§ 188.

Die Geschäftsführung der Verwaltungsstelle obliegt dem Vorstand, bestehend aus dem Vorsitzenden, dem Kassierer und dem Kranken-Kontrolleur. Außerdem wird für jede Verwaltungsstelle bis 50 Mitglieder ein Beisitzer und für jede weiteren vollen 50 Mitglieder ein Beisitzer mehr bis zur Höchstzahl von 5 Beisitzern gewählt.

Zur Revision der Kasse und Abschlüsse nach Maßgabe der Kassenordnung sind 2, bei mehr als 50 Mitgliedern 3 Kassenprüfer zu wählen.

§ 189.

Die Mitglieder des Vorstandes der Verwaltungsstelle werden auf 2 Jahre gewählt. In jedem Jahre scheidet die Hälfte nach Ablauf ihrer Amtsdauer aus. Das Los entscheidet, wer erstmalig ausscheidet. Die Ausgeschiedenen sind wieder wählbar. Die Gewählten müssen durch den Hauptvorstand bestätigt werden.

Aufgaben.

§ 190.

Der Vorstand der Verwaltungsstelle besorgt als Bevollmächtigter des Hauptvorstandes alle örtlichen Kassengeschäfte nach Maßgabe der Satzung, der Geschäfts- und Kassenordnung und der Dienstanweisungen des Hauptvorstandes; letztere sind unbeschadet des Rechts einer Beschwerde an die Abgeordnetenversammlung zu befolgen.

§ 191.

Der Vorstand der Verwaltungsstelle hat insbesondere folgende Obliegenheiten:

1. Entgegennahme der Beitrittsgesuche und Austrittserklärungen, die das Mitglied schriftlich abgeben muß (§ 20 Abs. 2) und deren Weiterleitung an den Hauptvorstand.
2. Erhebung der Kassenbeiträge und Auszahlung der Unterstützungen bezw. Erledigung der Kassenleistungen.
3. Begutachtung der an den Hauptvorstand zu richtenden Stundungsgesuche und Beschwerden der Mitglieder.
4. Erstattung der nach der Reichsversicherungsordnung vorgeschriebenen Anzeigen (Unfallanzeigen, Versorgungsanzeigen, Mitteilungen an die Arbeitgeber bei Austritten usw.)
5. Die Krankenkontrolle.
6. Berufung der Mitgliederversammlung und Vorbereitung der Beratungsgegenstände.
7. Sorge für die strenge Befolgung der Satzung innerhalb der Verwaltungsstelle und für die Förderung der Interessen der Kasse im allgemeinen.

§ 192.

Der Verwaltungsstellenvorsitzende als Leiter der Verwaltungsstelle überwacht die Geschäftsführung, die sichere Aufbewahrung und pünktliche Ablieferung der Gelder, die Befolgung der Anweisungen des Hauptvorstandes bezw. der Hauptgeschäftsstelle; er hat ferner für die allmonatliche Einsendung der Kassenabschlüsse und statistischen Angaben an die Hauptverwaltung zu sorgen.

§ 193.

Der Vorsitzende ist befugt, bei Nichtbefolgung der Anordnungen des behandelnden Arztes, bei Verstößen gegen die Satzung oder die Krankenordnung Ordnungsstrafen festzusetzen bis zur dreifachen Höhe des täglichen Krankengeldes.

§ 194.

Der Kontrolleur oder ein durch den Vorsitzenden bestimmter Beisitzer ist Schriftführer in den Vorstandssitzungen und in den Mitgliederversammlungen. Der Kontrolleur hat die Krankenkontrolle auszuüben. Stellt er fest, daß ein erkranktes Mitglied den Anordnungen des Arztes oder den Bestimmungen der Satzung oder der Krankenordnung nicht Folge leistet, so hat er dem Vorstand der Verwaltungsstelle sofort Mitteilung zu machen.

§ 195.

Der Ortskassierer erhebt die Beiträge und zahlt auf Anweisung des Vorsitzenden die Unterstützungen und sonstigen satzungsgemäßen Ausgaben. Er führt die vorgeschriebenen Bücher und Listen und fertigt die Abschlüsse und Statistiken an. Alles Nähere bestimmt der Hauptvorstand durch die Kassenordnung, die der Kassierer als Vertrag zu unterzeichnen hat.

§ 196.

Die Rechte und Pflichten der Kassenprüfer werden durch die Kassen- und Geschäftsordnung festgesetzt. Die Kassenprüfer haben die Kasse und Abschlüsse der Verwaltungsstelle nach Maßgabe der Geschäfts- und Kassenordnung zu prüfen, ferner die Mitgliedsbücher sämtlicher Mitglieder der Verwaltungsstelle jährlich mindestens einmal. Ueber vorgefundene Mängel haben sie dem Vorsitzenden der Verwaltungsstelle und dem Hauptvorstand unverzüglich zu berichten.

Maßnahmen zur Abstellung der Mängel sind unverzüglich zu ergreifen.

Beachtet der Vorstand der Verwaltungsstelle den Revisionsbericht nicht, so sind die Kassenprüfer verpflichtet, bei dem Hauptvorstand Beschwerde zu führen.

Meldepflicht.

§ 197.

Die nach § 191 Ziffer 4 dem Vorstande obliegende Meldepflicht umfaßt insbesondere folgende Anzeigen:

1. Scheidet ein Versicherungspflichtiger, der von dem Rechte auf Befreiung von der Mitgliedschaft bei einer gesetzlichen Krankenkasse nach § 517 der Reichsversicherungsordnung Gebrauch gemacht hat, aus der Kasse aus, so muß der Arbeitgeber binnen einer Woche hiervon benachrichtigt werden.
2. Scheidet ein arbeitslosenversicherungspflichtiges Mitglied aus der Kasse aus, so ist dem Arbeitgeber binnen einer Woche hiervon Mitteilung zu machen. (Zu Ziffer 1 und 2 vergl. § 521 der Reichsversicherungsordnung).

Unfallmeldungen.

3. Jede Krankheit eines gegen Unfall Versicherten ist dem Träger der Unfallversicherung unverzüglich anzuzeigen, sobald Anhalt dafür vorliegt, daß die Krankheit durch einen Unfall herbeigeführt worden ist. Ferner ist dem Träger der Unfallversicherung unverzüglich Anzeige zu erstatten, wenn die Kasse mit Leistungen und Krankenpflege beginnt (§ 559g der Reichsversicherungsordnung). Die Anzeige an eine Berufsgenossenschaft, die in Sektionen eingeteilt ist, hat an den Sektionsvorstand zu erfolgen, falls nicht der Genossenschaftsvorstand eine andere Stelle bezeichnet. Die Unterlassung der Anzeige ist unter Strafe gestellt (§ 1503 der Reichsversicherungsordnung). Die durch die Berufsgenossenschaft geforderten Auskünfte sind ihr zu erteilen.

Pflichtwidriges Verhalten.

§ 198.

Jedes Vorstandsmitglied kann wegen pflichtwidrigen Verhaltens durch den Hauptvorstand abgesetzt werden. In diesem Falle beruft der Vorstand sofort eine Mitgliederversammlung zwecks Neuwahl.

Wird die Absetzung des Vorstandes erforderlich, so beruft der Hauptvorstand eine Mitgliederversammlung zur Berichterstattung und Vornahme der Neuwahlen.

Rückvergütung.

§ 199.

Zur Deckung der Unkosten der Verwaltungsstelle, besonders jedoch für die Entschädigung des Kassierers, wird den Verwaltungsstellen eine monatliche Rückvergütung von insgesamt 6 % der Beitragseinnahmen gewährt.

Die Höhe der Anteile aus der Rückvergütung für die eingetretenen ehrenamtlich tätigen Mitglieder der Verwaltungsstelle regelt eine Geschäftsordnung, welche durch Hauptvorstand und Aufsichtsrat beschlossen wird.

Beiträge für die Erwerbslosenversicherung, Erträge aus Strafgeldern und Eintrittsgeldern sind von dieser Rückvergütung ausgeschlossen.

§ 200.

Der Hauptvorstand kann auf Antrag einer Verwaltungsstelle einen einmaligen oder wiederholten Zuschuß zur Deckung der Unkosten zahlen, welche den Verwaltungsstellen durch ihre besonderen Aufgaben, insbesondere der Werbung und Berichterstattung entstanden sind.

Für Orte mit mehreren Verwaltungsstellen, an denen die Verrechnung mit Aerzten, Apotheken usw. nur durch einen Kassierer erfolgt, wird diesem eine besondere Vergütung durch den Hauptvorstand gewährt, deren Höhe durch eine Vergütungsregelung bestimmt wird.

§ 201.

Für Orte oder Bezirke, für welche eine hauptamtliche Geschäftsstelle besteht, werden Rückvergütungen nicht gewährt. Auf Antrag mehrerer Verwaltungsstellen oder des Bezirks können Vergütungen in kleinerem Umfange gewährt werden. Die Höhe der Entschädigung bestimmt der Hauptvorstand.

Auflösung der Verwaltungsstelle.

§ 202.

Die Auflösung einer örtlichen Verwaltungsstelle kann durch den Hauptvorstand erfolgen, wenn entweder

1. die Mitgliederzahl unter 10 sinkt, oder
2. die Mitglieder die Verschmelzung der Verwaltungsstelle mit einer anderen für zweckmäßig erachten, oder
3. die Verwaltungsstelle trotz der durch den Hauptvorstand getroffenen Maßnahmen gegen gesetzliche Bestimmungen, die Satzung oder Beschlüsse der Abgeordnetenversammlung verstößt.

Im Falle der Auflösung werden die bei der Kasse verbleibenden Mitglieder durch den Hauptvorstand einer anderen möglichst nahe gelegenen Verwaltungsstelle zugewiesen.

Der nach Deckung der bereits eingetretenen Unterstützungsverpflichtungen verbleibende Kassenbestand sowie die Kassenbücher, Akten usw. der aufgelösten Verwaltungsstelle sind an den Hauptvorstand abzuliefern.

Schlußbestimmungen.

Rechnungsführung, Berichte.

§ 203.

Die Bücher sind nach den gesetzlichen Bestimmungen und den durch die Aufsichtsbehörde erlassenen Vorschriften ordnungsmäßig zu führen und alljährlich abzuschließen.

Nach dem Abschlusse hat der Hauptvorstand die Jahresrechnung nach Einnahmen und Ausgaben und auch nach den Beständen aufzustellen und sie mit einem, die Entwicklung der Kasse darlegenden Jahresbericht dem Aufsichtsrat spätestens im Monat April jeden Jahres zur Prüfung vorzulegen.

Ein Abdruck der Rechnungsabschlüsse ist den Kassenmitgliedern auf Verlangen vorzulegen.

Satzungsänderungen.

§ 204.

Satzungsänderungen treten, wenn kein anderer Zeitpunkt beschlossen ist, mit dem auf die Genehmigung folgenden Monatsersten in Kraft.

Rechtskräftig genehmigte Satzungsänderungen haben Wirkung auch für die bestehenden Versicherungsverhältnisse. Dringliche Satzungsänderungen kann der Aufsichtsrat mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde vorläufig vornehmen. Diese Änderungen sind der nächsten Abgeordnetenversammlung vorzulegen und auf ihr Verlangen wieder außer Kraft zu setzen.

Auflösung der Kasse.

§ 205.

Die Kasse kann nur durch Beschluß der Abgeordnetenversammlung aufgelöst werden. Der Auflösungsbeschluß muß durch die Aufsichtsbehörde genehmigt werden. Der Auflösungsbeschluß bedarf einer Mehrheit von vier Fünfteln der auf der Abgeordnetenversammlung vertretenen Stimmen.

Der Antrag auf Auflösung kann nur durch den Hauptvorstand, den Aufsichtsrat oder mindestens ein Zehntel sämtlicher Mitglieder gestellt werden.

§ 206.

Nach Genehmigung des Auflösungsbeschlusses durch die Aufsichtsbehörde findet die Liquidation statt. Liquidatoren sind die Mitglieder des Hauptvorstandes. Die Abgeordnetenversammlung ist berechtigt, andere Personen zu Liquidatoren zu bestellen.

Die Liquidatoren fassen ihre Beschlüsse mit Stimmenmehrheit.

§ 207.

Das Vermögen der Kasse ist nach der Auflösung oder Schließung zunächst zur Deckung der vor dem Zeitpunkte der Schließung oder Auflösung entstandenen Verpflichtungen zu verwenden.

§ 208.

Die Versicherungsverhältnisse zwischen Mitgliedern und der Kasse erlöschen zu dem im Auflösungsbeschluß bestimmten Zeitpunkte, frühestens jedoch mit dem Ablauf von vier Wochen. Das Erlöschen des Versicherungsverhältnisses hat die Wirkung, daß nur noch die bis zu diesem Zeitpunkte entstandenen Versicherungsansprüche geltend gemacht und im übrigen vorausbezahlte Beiträge zurückgefordert werden können.

§ 209.

Ergibt die Schlußrechnung einen Ueberschuß, so wird er unter den Mitgliedern, die der Kasse mindestens 1 Jahr angehört haben, im Verhältnis der vollen Jahre der Mitgliedschaft verteilt.

Diese Verteilung darf nicht vor Ablauf eines Jahres nach Bekanntmachung der Auflösung der Kasse vor sich gehen. Die Abgeordnetenversammlung kann auch eine andere Verwendung des Ueberschusses beschließen.

Ergibt die Schlußrechnung einen Fehlbetrag, so ist dieser durch Nachschüsse zu decken. Der Nachschuß muß von allen Mitgliedern entrichtet werden, die der Kasse in den letzten 6 Monaten vor der Auflösung angehört haben.

Die Höhe des Nachschusses richtet sich nach der Höhe der in den letzten 6 Monaten vor Auflösung der Kasse fällig gewesenen Beiträgen; er darf die Höhe eines Vierteljahresbeitrages nicht übersteigen.

§ 210.

Auf die Liquidation finden im übrigen die Bestimmungen der §§ 48—53 des Bürgerlichen Gesetzbuches entsprechende Anwendung.

§ 211.

Die Abgeordnetenversammlung kann statt der Auflösung mit einfacher Stimmenmehrheit die Uebertragung des gesamten Versicherungsbestandes der Kasse mit allen Aktiven und Passiven auf ein anderes Versicherungsunternehmen beschließen.

Der Inhalt dieses Uebergangsvertrages bedarf ebenfalls der Genehmigung durch die Abgeordnetenversammlung. Die Genehmigung des Inhaltes des Uebergangsvertrages kann mit dem Beschlusse auf Uebertragung des Versicherungsbestandes verbunden werden.