Jahrgang 1944.

# Sammlung der Gesetze und Verordnungen des Protektorates Böhmen und Mähren.

Ausgegeben am 30. September 1944.

105. Stück. Preis: K 3·40.

Ročník 1944.

# Sbírka zákonů a nařízení Protektorátu Čechy a Morava.

Vydána dne 30. září 1944.

Cena: K 3.40. Částka 105.



Inhalt: (216 und 217.) 216. Verordnung über Vereinfachungen in der öffentlich-rechtlichen Krankenversicherung. — 217. Verordnung über die Vereinfachung des Schuldendienstes der Baulose.

Obsah: (216. a 217.) 216. Nařízení o zjednodušení ve veřejnoprávním nemocenském pojištění. — 217. Nařízení o zjednodušení dluhové služby stavebních losů.

## 216.

### Verordnung des Ministers für Wirtschaft und Arbeit vom 22. September 1944 über Vereinfachungen in der öffentlich-rechtlichen Krankenversicherung.

Auf Grund des Art. I der Regierungsverordnung vom 22. August 1944, Slg. Nr. 177, über die Ermächtigung der Minister und des Leiters des Bodenamtes für Böhmen und Mähren zu außerordentlichen Verfügungen zur Durchführung des totalen Kriegseinsatzes wird vom Minister für Wirtschaft und Arbeit im Einvernehmen mit dem Justizminister und dem Minister des Innern verordnet:

Art. I.

§ 1.

(1) Hängt die Gewährung von Leistungen der Krankenversicherung bei einem Versicherungsträger von der Zurücklegung einer bestimmten Wartezeit ab, so sind alle Zeiten, die in der öffentlich-rechtlichen Krankenversicherung des Protektorates zurückgelegt worden sind, anzurechnen.

(2) Hat infolgedessen die Krankenversicherungsanstalt der Privatangestellten höhere Leistungen der Mutterschaftshilfe als bisher zu gewähren, so kann der Minister für Wirtschaft und Arbeit bestimmen, ob und inwieweit sie von anderen Krankenversicherungsträgern einen Ausgleich verlangen kann.

### Nařízení ministra hospodářství a práce ze dne 22 září 1944 o zjednodušení ve veřejnoprávním nemocenském pojištění.

Podle čl. I vládního nařízení ze dne 22. srpna 1944, Sb. č. 177, o zmocnění ministrů a vedoucího pozemkového úřadu pro Čechy a Moravu k mimořádným opatřením k provedení totálního válečného nasazení, nařizuje ministr hospodářství a práce v dohodě s ministrem spravedlnosti a ministrem vnitra:

Čl. I.

§ 1.

(1) Závisí-li poskytování dávek nemocenského pojištění u jednoho nositele pojištění na dovršení určité čekací doby, sčítají se všechny doby, které byly získány ve veřejnoprávním nemocenském pojištění v Protektorátu.

(2) Má-li podle toho Nemocenská pojišťovna soukromých zaměstnanců poskytovati vyšší dávky pomoci v mateřství než dosud, může ministr hospodářství a práce určiti, zda a pokud může od jiných nositelů nemocenského pojištění požadovati rozdíl.

§ 2.

(1) Während der Krankenversicherung auf Grund einer Beschäftigung oder als Arbeitsloser ruhen die Krankenversicherungen als Rentner oder als Bezieher von Ruhe (Versorgungs)bezügen aus öffentlichen Mitteln (im folgenden kurz „Krankenversicherung als Rentner" genannt) oder als Kriegshinterbliebener.

(2) Die Ansprüche auf Leistungen an Familienangehörige eines Versicherten ruhen, soweit den Familienangehörigen Ansprüche aus eigener Versicherung zustehen.

§ 3.

(1) Beim Zusammentreffen verschiedener Krankenversicherungsarten als Rentner und als Kriegshinterbliebener gilt folgende Reihenfolge:

1. Krankenversicherung nach der Regierungsverordnung vom 9. Juli 1941, Slg. Nr. 365, über die Krankenversicherung der Privatangestellten,
2. Krankenversicherung nach dem Gesetz vom 15. Oktober 1925, Slg. Nr. 221, betreffend die Krankenversicherung der öffentlichen Bediensteten,
3. Krankenversicherung nach der Regierungsverordnung vom 15. März 1943, Slg. Nr. 70, über die Bruderladenversicherung,
4. Krankenversicherung nach der Regierungsverordnung vom 30. März 1942, Slg. Nr. 99, über die Krankenversicherung der Rentner der Zentralsozialversicherungsanstalt,
5. Krankenversicherung als Kriegshinterbliebener.

(2) Versicherungsbeiträge sind nur für den Versicherungsträger zu entrichten, der nach Absatz 1 die Krankenversicherung durchzuführen hat.

§ 4.

(1) Der Lauf der Schutzfrist bei einem Träger der Krankenversicherung wird gehemmt, wenn der Berechtigte auf Grund eines Beschäftigungsverhältnisses oder als Arbeitsloser bei einem anderen Versicherungsträger wiederum krankenversicherungspflichtig wird.

(2) Der Rest der früher erworbenen Schutzfrist verlängert sich vom Tage des Austritts aus der letzten Beschäftigung an durch die in der neuen Beschäftigung erworbene Schutzfrist. Die Schutzfrist beträgt aber im ganzen nicht mehr als 6 Wochen.

§ 2.

(1) Po dobu nemocenského pojištění zaměstnanců nebo nemocenského pojištění nezaměstnaných odpočívají nemocenská pojištění důchodců nebo poživatelů odpočivných (zaopatřovacích) platů z veřejných prostředků (v dalším krátce „nemocenské pojištění důchodců") neb válečných pozůstalých.

(2) Nároky na dávky rodinným příslušníkům pojištěncovým odpočívají, pokud jim příslušejí nároky z vlastního pojištění.

§ 3.

(1) Při střetu různých druhů nemocenského pojištění důchodců a válečných pozůstalých platí toto pořadí:

1. nemocenské pojištění podle vládního nařízení ze dne 9. července 1941, Sb. č. 365, o nemocenském pojištění soukromých zaměstnanců ve vyšších službách,
2. nemocenské pojištění podle zákona ze dne 15. října 1925, Sb. č. 221, o nemocenském pojištění veřejných zaměstnanců,
3. nemocenské pojištění podle vládního nařízení ze dne 15. března 1943, Sb. č. 70, o pojištění u bratrských pokladen,
4. nemocenské pojištění podle vládního nařízení ze dne 30. března 1942, Sb. č. 99, o nemocenském pojištění důchodců Ústřední sociální pojišťovny,
5. nemocenské pojištění válečných pozůstalých.

(2) Pojistné se platí toliko nositeli pojištění, který je podle odstavce 1 příslušný prováděti nemocenské pojištění.

§ 4.

(1) Běh ochranné lhůty u jednoho nositele nemocenského pojištění se staví, vstoupí-li oprávněný na základě zaměstnaneckého poměru nebo jako nezaměstnaný opět do povinného nemocenského pojištění u jiného nositele pojištění.

(2) Zbytek dříve získané ochranné lhůty se prodlužuje ode dne vystoupení z posledního zaměstnání o ochrannou lhůtu získanou v novém zaměstnání. Ochranná lhůta nečiní však v celku více než 6 týdnů.

(3) Bei Berechnung der Schutzfrist hat der letzte Träger der Krankenversicherung auch unmittelbar vorhergehende Zeiten der Krankenversicherung auf Grund versicherungspflichtiger Beschäftigung oder als Arbeitsloser zu berücksichtigen.

(4) Zur Gewährung der Leistungen ist der Träger der Krankenversicherung verpflichtet, dem der Berechtigte zuletzt angehört hat.

§ 5.

(1) Tritt ein Versicherter, der Leistungen der Krankenversicherung von einem Krankenversicherungsträger bezieht, zu einem anderen Träger der Krankenversicherung über, so übernimmt der andere Träger die weitere Gewährung von Leistungen nach den für ihn geltenden Rechtsvorschriften. Die Zeit der bereits gewährten Leistung wird angerechnet.

(2) Die Mehrleistungen erhält der Versicherte nur, wenn er schon bei dem früheren Krankenversicherungsträger Anspruch auf Mehrleistungen erworben hatte.

§ 6.

Wird eine Rente aus der Pensionsversicherung wegen Zusammentreffens mit einer Unfallrente nach § 44, Abs. 3, des Pensionsversicherungsgesetzes gekürzt, so ist der monatliche Beitrag der Rentner nach § 86, Abs. 3, der Reg. VO Slg. Nr. 365/1941 von der tatsächlich gezahlten Rente zu bemessen; er beträgt aber mindestens K 10 monatlich.

Art. II.

(1) Die Bestimmung des § 3 der Regierungsverordnung vom 22. Juli 1943, Slg. Nr. 217, über weitere Maßnahmen in der Sozialversicherung des Protektorates aus Anlaß des Krieges wird aufgehoben.

(2) Befreiungen von der Krankenversicherungspflicht nach den §§ 1 und 2 der Regierungsverordnung vom 17. September 1942, Slg. Nr. 342, über Befreiungen von der Versicherungspflicht und über das Verhältnis der öffentlich-rechtlichen zur privaten Krankenversicherung werden nicht mehr gewährt.

Art. III.

Das Gesetz vom 15. Oktober 1925, Slg. Nr. 221, betreffend die Krankenversicherung der öffentlichen Bediensteten, wird geändert, wie folgt:

(3) Při výpočtu ochranné lhůty přihlédne poslední nositel nemocenského pojištění také k bezprostředně předcházejícím dobám nemocenského pojištění zaměstnanců povinně pojištěných nebo nemocenského pojištění nezaměstnaných.

(4) Dávky je povinen poskytovati nositel nemocenského pojištění, k němuž oprávněný naposled příslušel.

§ 5.

(1) Přestoupí-li pojištěnec, který dostává dávky nemocenského pojištění od jednoho nositele nemocenského pojištění, k jinému nositeli nemocenského pojištění, převezme jiný nositel další poskytování dávek podle právních předpisů pro něj platných. Doba, po niž se již poskytovaly dávky, se započítá.

(2) Dávky na víc obdrží pojištěnec jen tehdy, získal-li již u dřívějšího nositele nemocenského pojištění nárok na dávky na víc.

§ 6.

Krátí-li se důchod z pensijního pojištění pro střetnutí s úrazovým důchodem podle § 44, odst. 3 zákona o pensijním pojištění, vyměřuje se měsíční příspěvek důchodců podle § 86, odst. 3 vl. nař. Sb. č. 365/1941 z důchodu skutečně placeného; příspěvek činí však nejméně K 10 měsíčně.

Čl. II.

(1) Ustanovení § 3 vládního nařízení ze dne 22. července 1943, Sb. č. 217, o dalších opatřeních v sociálním pojištění Protektorátu z důvodu války, se zrušuje.

(2) Vynětí z pojistné povinnosti nemocenského pojištění podle §§ 1 a 2 vládního nařízení ze dne 17. září 1942, Sb. č. 342, o vynětí z pojistné povinnosti a o poměru veřejnoprávního nemocenského pojištění k soukromému, se již nepovolují.

Čl. III.

Zákon ze dne 15. října 1925, Sb. č. 221, o nemocenském pojištění veřejných zaměstnanců, se mění takto:

§ 1.

Der Heilfonds der öffentlichen Bediensteten entscheidet bis zum Schluß des Jahres, in dem der Krieg endet, über Badekur und Sanatorienbehandlung endgültig; Rechtsmittel gegen diese Bescheide (§ 40 des Gesetzes) sind nicht zulässig.

§ 2.

(1) Die Aufgaben der Bezirksausschüsse des Heilfonds der öffentlichen Bediensteten (§ 24 des Gesetzes) führt bis zum Schluß des Jahres, in dem der Krieg endet, der Vorstand der Bezirksbehörde als Vorstand des Bezirksausschusses durch. Die Funktionen der Mitglieder (Ersatzmänner) der Bezirksausschüsse erlöschen. Der Amtsarzt der Bezirksbehörde ist weiterhin zu beteiligen.

(2) Von den Bezirksausschüssen gehen auf die Zentrale des Heilfonds über

a) die Vorschreibung und Verrechnung der Versicherungsbeiträge,

b) die örtliche Kontrolle des Standes und der Bezüge

für die im § 2, Z. 1, Buchst. a) und c), der Regierungsverordnung vom 16. Juli 1926, Slg. Nr. 145, angeführten Personen. Die Dienstgeber aus dem Bereich der Selbstverwaltung haben die ihnen obliegenden Meldungen der Zentrale zu erstatten.

Art. IV.

Das anliegende Abkommen der Verbände der Träger der reichsgesetzlichen Krankenversicherung sowie der Reichsknappschaft mit dem Zentralverband der Krankenversicherungsanstalten und den ihm nicht angeschlossenen Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung des Protektorates Böhmen und Mähren über das Gegenseitigkeitsverhältnis der reichsgesetzlichen Krankenversicherung und der Krankenversicherung des Protektorates vom 19. September 1944 ist für die Dauer seiner Geltung Bestandteil der Rechtsvorschriften des Protektorates Böhmen und Mähren.

Art. V.

§ 1.

Diese Verordnung tritt am 1. Oktober 1944 in Kraft.

§ 1.

(1) Léčebný fond veřejných zaměstnanců rozhoduje do konce roku, v němž se válka skončí, s konečnou platností o léčení v lázních a sanatoriích; opravné prostředky proti těmto výměrům (§ 40 zákona) nejsou přípustny.

§ 2.

(1) Úkoly okresních sborů Léčebného fondu veřejných zaměstnanců (§ 24 zákona) obstarává do konce roku, v němž se válka skončí, přednosta okresního úřadu jako předseda okresního sboru. Působnost členů (náhradníků) okresních sborů zaniká. Úřední lékař okresního úřadu spolupůsobí i nadále.

(2) Od okresních sborů přecházejí na ústředí Léčebného fondu

a) předpis a účtování pojistného,

b) místní dozor nad stavem a požitky

osob uvedených v § 2, č. 1, písm. a) a c) vládního nařízení ze dne 16. července 1926, Sb. č. 145. Zaměstnavatelé z oboru samosprávy mají povinné ohlášky učiniti ústředí.

Čl. IV.

Připojená úmluva Svazu nositelů říšského zákonného nemocenského pojištění, jakož i Reichsknappschaft s Ústředním svazem nemocenských pojišťoven a s nositeli zákonného nemocenského pojištění Protektorátu Čechy a Morava, kteří nejsou ve svazu sdruženi, o vzájemnostním poměru říšského zákonného nemocenského pojištění a nemocenského pojištění Protektorátu ze dne 19. září 1944, je po dobu své platnosti součástí právních předpisů Protektorátu Čechy a Morava.

Čl. V.

§ 1.

Toto nařízení nabývá účinnosti dne 1. října 1944.

§ 2.

Personen, die vor dem 1. Oktober 1944 von der Krankenversicherungspflicht nach § 1 der Reg. VO Slg. Nr. 342/1942 befreit worden sind, oder die nach § 3 der Reg. VO Slg. Nr. 217/1943 bei dem Träger der Krankenversicherung nach dem Gesetz Slg. Nr. 221/1925 versichert geblieben sind, sind vom 1. Oktober 1944 an versicherungspflichtig nach den allgemeinen Rechtsvorschriften. Der Arbeitgeber ist verpflichtet, die Beschäftigten bei dem zuständigen Träger der Krankenversicherung bis spätestens 10. Oktober 1944 anzumelden.

§ 3.

Personen, die vor dem 1. Oktober 1944 von der Krankenversicherungspflicht nach § 2 der Reg. VO Slg. Nr. 342/1942 befreit worden sind, bleiben, solange die Voraussetzungen für die Befreiung vorliegen, weiterhin versicherungsfrei.

§ 4.

Die bei den Schiedsgerichten des Heilfonds bis zum 1. Oktober 1944 anhängig gewordenen Streitigkeiten über Badekuren und Sanatorienbehandlung sind nach dem bisherigen Verfahren zu erledigen.

§ 5.

Mit dem Tage des Inkrafttretens dieser Verordnung treten die Vorschriften über die gleichen Angelegenheiten außer Kraft, sofern sich aus dieser Verordnung nichts anderes ergibt.

§ 6.

Diese Verordnung wird vom Minister für Wirtschaft und Arbeit, und zwar soweit es sich um Art. III handelt, im Einvernehmen mit dem Justizminister und dem Minister des Innern, durchgeführt.

Der Minister für Wirtschaft und Arbeit:

Dr. Bertsch m. p.

Der Justizminister:

Dr. Krejčí m. p.

Der Minister des Innern:

Bienert m. p.

§ 2.

Osoby, které před 1. říjnem 1944 byly vyňaty z pojistné povinnosti nemocenského pojištění podle § 1 vl. nař. Sb. č. 342/1942, nebo osoby, které podle § 3 vl. nař. Sb. č. 217/1943 zůstaly pojištěny u nositele nemocenského pojištění podle zákona Sb. č. 221/1925, podléhají od 1. října 1944 pojistné povinnosti podle všeobecných právních předpisů. Zaměstnavatel je povinen přihlásiti zaměstnance u příslušného nositele nemocenského pojištění nejpozději do 10. října 1944.

§ 3.

Osoby, které byly vyňaty před 1. říjnem 1944 z pojistné povinnosti nemocenského pojištění podle § 2 vl. nař. Sb. č. 342/1942, zůstávají, pokud jsou dány předpoklady pro vynětí, i nadále vyňaty.

§ 4.

Spory o léčení v lázních a sanatoriích, zahájené do dne 1. října 1944 u rozhodčích soudů Léčebného fondu, se vyřídí podle dosavadního řízení.

§ 5.

Jakmile toto nařízení nabude účinnosti, pozbudou platnosti předpisy o týchž věcech, pokud se z tohoto nařízení nepodává něco jiného.

§ 6.

Toto nařízení provede ministr hospodářství a práce, a to pokud jde o čl. III, v dohodě s ministrem spravedlnosti a ministrem vnitra.

Ministr hospodářství a práce:

Dr. Bertsch v. r.

Ministr spravedlnosti:

Dr. Krejčí v. r.

Ministr vnitra:

Bienert v. r.

*Anlage zur VO Slg. Nr. 216/1944.*

## Abkommen

**der Verbände der Träger der reichsgesetzlichen Krankenversicherung sowie der Reichsknappschaft mit dem Zentralverband der Krankenversicherungsanstalten und den ihm nicht angeschlossenen Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung des Protektorates Böhmen und Mähren.**

Zwischen

dem Reichsverband der Ortskrankenkassen, Körperschaft d. öffentl. Rechts

dem Reichsverband der Landkrankenkassen, Körperschaft d. öffentl. Rechts

dem Reichsverband der Betriebskrankenkassen, Körperschaft d. öffentl. Rechts

dem Reichsverband der Innungskrankenkassen, Körperschaft d. öffentl. Rechts

dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V.

dem Verband der Arbeiter-Ersatzkassen e. V. und

der Reichsknappschaft

sämtlich in Berlin

einerseits

und

dem Zentralverband der Krankenversicherungsanstalten,

der Krankenversicherungsanstalt der Privatangestellten,

dem Heilfonds der öffentlichen Bediensteten und

der Zentralbruderlade

sämtlich in Prag

andererseits

wird folgendes vereinbart:

*Příloha k nař. Sb. č. 216/1944.*

## Úmluva

**Svazů nositelů říšského zákonného nemocenského pojištění, jakož i Reichsknappschaft s Ústředním svazem nemocenských pojišťoven a s nositeli zákonného nemocenského pojištění Protektorátu Čechy a Morava, kteří ve svazu nejsou sdruženi.**

Reichsverband der Ortskrankenkassen, Körperschaft d. öffentl. Rechts,

Reichsverband der Landkrankenkassen, Körperschaft d. öffentl. Rechts,

Reichsverband der Betriebskrankenkassen, Körperschaft d. öffentl. Rechts,

Reichsverband der Innungskrankenkassen, Körperschaft d. öffentl. Rechts,

Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V.,

Verband der Arbeiter-Ersatzkassen e. V. a

Reichsknappschaft

vesměs v Berlině

s jedné strany

a

Ústřední svaz nemocenských pojišťoven,

Nemocenská pojišťovna soukromých zaměstnanců,

Léčebný fond veřejných zaměstnanců a

Ústřední bratrská pokladna

vesměs v Praze

s druhé strany

ujednaly toto:

§ 1.

(1) Versicherungszeiten, die in der reichsgesetzlichen Krankenversicherung und in der gesetzlichen Krankenversicherung des Protektorates Böhmen und Mähren zurückgelegt sind, werden gegenseitig voll angerechnet.

(2) Die Versicherten können sich im Anschluß an ihre Pflichtversicherung oder an ihre bestehende freiwillige Versicherung auch in dem anderen Rechtsgebiet freiwillig versichern, und zwar im Protektorat bei der nach ihrem Wohnort zuständigen Bezirkskrankenversicherungsanstalt, im übrigen Reichsgebiet bei der nach ihrem Wohnort zuständigen Allgemeinen Ortskrankenkasse oder, wo eine solche nicht besteht, bei der Landkrankenkasse. Eine bestehende Pflichtversicherung schließt die freiwillige Versicherung aus, soweit nicht in dem Rechtsgebiet, in dem die freiwillige Versicherung erfolgen soll, Ausnahmen zugelassen sind.

§ 2.

(1) Die Träger der reichsgesetzlichen Krankenversicherung gewähren den bei ihnen versicherten Arbeitskräften aus dem Protektorat und deren Familienangehörigen Leistungen auch beim Aufenthalt im Protektorat.

(2) Die an diesem Abkommen beteiligten Träger der gesetzlichen Krankenversicherung des Protektorates gewähren den bei ihnen versicherten Arbeitskräften aus dem übrigen Reichsgebiet und deren Familienangehörigen Leistungen auch beim Aufenthalt im übrigen Reichsgebiet.

(3) Arbeitskräfte aus dem Protektorat, die im übrigen Reichsgebiet wegen der Art ihrer Beschäftigung oder der Höhe ihres Jahresarbeitsverdienstes der Pflichtversicherung nicht unterliegen, im Protektorat jedoch pflichtversichert wären, erhalten Leistungen für sich und ihre Familienangehörigen beim Aufenthalt im Protektorat.

(4) Absätze 1 und 2 gelten entsprechend für Versicherte des einen Rechtsgebiets und ihre Familienangehörigen bei vorübergehendem Aufenthalt im anderen Rechtsgebiet, soweit nicht der verpflichtete Versicherungsträger die Leistungen selbst gewährt.

§ 3.

(1) Für denselben Versicherungsfall werden Leistungen nur aus der Versicherung eines

§ 1.

(1) Doby pojištění, které byly získány v říšském zákonném nemocenském a v zákonném nemocenském pojištění Protektorátu Čechy a Morava, se vzájemně plně započítávají.

(2) Pojištěnci se mohou v souvislosti se svým povinným nebo trvajícím dobrovolným pojištěním dobrovolně pojistiti také v druhé právní oblasti, a to v Protektorátě u okresní nemocenské pojišťovny příslušné podle jejich bydliště, na ostatním říšském území u „Allgemeine Ortskrankenkasse“ příslušné podle jejich bydliště, nebo tam kde není, u „Landkrankenkasse“. Trvající povinné pojištění vylučuje dobrovolné pojištění, pokud nejsou v právní oblasti, kde se má dobrovolné pojištění provésti, připuštěny výjimky.

§ 2.

(1) Nositelé říšského zákonného nemocenského pojištění poskytují zaměstnancům z Protektorátu, kteří jsou u nich pojištěni, a jejich rodinným příslušníkům dávky i při pobytu v Protektorátě.

(2) Nositelé zákonného nemocenského pojištění Protektorátu zúčastnění na této úmluvě poskytují zaměstnancům z ostatního říšského území, kteří jsou u nich pojištěni, a jejich rodinným příslušníkům dávky také při pobytu v ostatním říšském území.

(3) Zaměstnanci z Protektorátu, kteří nepodléhají v ostatním říšském území pro způsob svého zaměstnání nebo výši svého ročního pracovního výdělku povinnému pojištění, avšak v Protektorátě by byli povinně pojištěni, jakož i jejich rodinní příslušníci, obdrží dávky při pobytu v Protektorátě.

(4) Odstavce 1 a 2 platí obdobně pro pojištěnce a jejich rodinné příslušníky jedné právní oblasti při přechodném pobytu v druhé právní oblasti, pokud povinný nositel pojištění sám neposkytuje dávky.

§ 3.

(1) Za týž pojistný případ se poskytují dávky jen z pojištění jedné právní oblasti. Při

Rechtsgebietes gewährt. Dabei werden durch die Ansprüche aus dem letzten Versicherungsverhältnis alle anderen Ansprüche ausgeschlossen.

(2) Bezieht ein Berechtigter Renten aus den Rentenversicherungen der beiden Rechtsgebiete, werden die Leistungen aus der Krankenversicherung der Rentner nur von dem für der Wohn(Aufenthalts)ort zuständigen Versicherungsträger gewährt.

(3) Für Familienangehörige, die Ansprüche auf Leistungen aus eigener Versicherung haben, werden Leistungen der Familienhilfe nicht gewährt.

§ 4.

(1) Die freie ärztliche Behandlung und die freie Zahnbehandlung im anderen Rechtsgebiet werden durch die Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands, die Kassenzahnärztliche Vereinigung Deutschlands und die Kassendentistische Vereinigung Deutschlands sichergestellt.

(2) Die übrigen Leistungen nach § 2, Abs. 1 und 3, werden durch die für den Wohnort des Versicherten oder seiner Familienangehörigen zuständige Bezirkskrankenversicherungsanstalt gewährt. Arbeitskräfte aus dem Protektorat Böhmen und Mähren, die entweder

a) in ihrer Beschäftigung im übrigen Reichsgebiet der Angestelltenversicherung unterliegen oder

b) unmittelbar vor Aufnahme ihrer Beschäftigung im übrigen Reichsgebiet entweder

aa) bei der Krankenversicherungsanstalt der Privatangestellten in Prag der Krankenversicherung nach der Regierungsverordnung Slg. Nr. 365/1941 unterlagen oder

bb) nach dem Gesetz über die Krankenversicherung der öffentlichen Bediensteten Slg. Nr. 221/1925 beim Heilfonds der öffentlichen Bediensteten in Prag oder dem Heilfonds der Postbediensteten oder der Krankenversicherungsanstalt der Böhmisch-Mährischen Bahnen versichert waren,

erhalten die Leistungen im Protektorat durch die Krankenversicherungsanstalt der Privatangestellten in Prag.

(3) Die übrigen Leistungen nach § 2, Abs. 2, werden durch die für den Wohnort des Versicherten oder seiner Familienangehörigen

tom nároky z posledního pojistného poměru vylučují všechny ostatní nároky.

(2) Dostává-li oprávněný důchody z důchodového pojištění obou právních oblastí, poskytuje dávky z nemocenského pojištění důchodců jen nositel pojištění příslušný podle bydliště (pobytu).

(3) Rodinným příslušníkům, kteří mají nárok na dávky z vlastního pojištění, se rodinné dávky neposkytují.

§ 4.

(1) Bezplatné lékařské ošetření a bezplatné ošetření chrupu v druhé právní oblasti je zajištěno sdruženími „Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands", „Kassenzahnärztliche Vereinigung Deutschlands" a „Kassendentistische Vereinigung Deutschlands".

(2) Ostatní dávky podle § 2, odst. 1 a 3 poskytuje okresní nemocenská pojišťovna příslušná podle bydliště pojištěncova nebo jeho rodinných příslušníků. Zaměstnanci z Protektorátu Čechy a Mora, kteří buď

a) ve svém zaměstnání na ostatním říšském území podléhají úřednickému pojištění nebo

b) bezprostředně před přijetím svého zaměstnání na ostatním říšském území buď

aa) podléhali nemocenskému pojištění podle vládního nařízení Sb. č. 365/1941 u Nemocenské pojišťovny soukromých zaměstnanců v Praze nebo

bb) podle zákona o nemocenském pojištění veřejných zaměstnanců Sb. č. 221/1925 byli pojištěni u Léčebného fondu veřejných zaměstnanců v Praze nebo Léčebného fondu poštovních zaměstnanců nebo u Nemocenské pojišťovny českomoravských drah,

obdrží dávky v Protektorátě prostřednictvím Nemocenské pojišťovny soukromých zaměstnanců v Praze.

(3) Ostatní dávky podle § 2, odst. 2 poskytují se prostřednictvím „Allgemeine Ortskrankenkasse" příslušné podle bydliště po-

zuständige Allgemeine Ortskrankenkasse oder, wo eine solche nicht besteht, durch die Landkrankenkasse gewährt.

(4) Auf Antrag des Versicherten werden die Versicherungsleistungen durch den Träger der Versicherung aushilfsweise gewährt, dem er vor Beginn der Versicherung im anderen Rechtsgebiet angehört hat.

(5) Arbeitskräfte aus dem Grenzgebiet, die täglich oder zumindest einmal wöchentlich in ihren im anderen Rechtsgebiet gelegenen Wohnort zurückkehren (Grenzgänger), erhalten auch beim Aufenthalt in ihrem Wohnort Leistungen unmittelbar von dem verpflichteten Krankenversicherungsträger. Die nach dem Wohnort des Grenzgängers zuständige Bezirkskrankenversicherungsanstalt, bzw. die Allgemeine Ortskrankenkasse oder, wo eine solche nicht besteht, die Landkrankenkasse, ist verpflichtet, auf Antrag des verpflichteten Krankenversicherungsträgers einen Hausbesuch oder eine vertrauensärztliche Nachuntersuchung unverzüglich vorzunehmen und das Ergebnis dem verpflichteten Krankenversicherungsträger mitzuteilen.

§ 5.

(1) Für Voraussetzungen und Umfang der Leistungen gelten die für den aushelfenden Versicherungsträger maßgebenden Rechtsvorschriften. Der Anspruchsberechtigte des verpflichteten Versicherungsträgers steht einem Anspruchsberechtigten des aushelfenden Versicherungsträgers im vollen Umfange gleich.

(2) Kehrt der Versicherte nach Eintritt des Versicherungsfalls in das andere Rechtsgebiet zurück, so behält er die Ansprüche auf Leistungen, wenn er vor der Übersiedlung die Zustimmung des verpflichteten Versicherungsträgers zur Rückkehr erhalten hat. Für die Leistungen der Wochenhilfe kann die Zustimmung schon vor Eintritt des Versicherungsfalles erteilt werden. Bei erkrankten Grenzgängern ist die Zustimmung des verpflichteten Versicherungsträgers zur Rückkehr in ihren Wohnort nicht erforderlich.

(3) Der Versicherte behält den Anspruch auf Leistungen auch dann, wenn der Versicherungsfall während seines Urlaubs in dem anderen Rechtsgebiet eintritt.

(4) Der Versicherte verliert den Anspruch auf Leistungen, wenn er seinen Arbeitsvertrag gebrochen hat.

jištěncova nebo jeho rodinných příslušníků nebo, kde není, prostřednictvím „Landkrankenkasse".

(4) Na žádost pojištěncovu poskytne pojistné dávky výpomocně nositel pojištění, k němuž pojištěnec před počátkem pojištění v druhé právní oblasti příslušel.

(5) Zaměstnanci z pohraničního území, kteří se vracejí denně nebo nejméně jednou týdně do svého bydliště v druhé právní oblasti (osoby přecházející hranice za prací), dostávají také při pobytu ve svém bydlišti dávky přímo od povinného nositele nemocenského pojištění. Okresní nemocenská pojišťovna příslušná podle bydliště osob přecházejících hranice za prací, po případě „Allgemeine Ortskrankenkasse" nebo kde není, „Landkrankenkasse", je povinna na žádost povinného nositele nemocenského pojištění provésti neprodleně návštěvu v bytě nebo revisní prohlídku důvěrným lékařem a sděliti výsledek povinnému nositeli nemocenského pojištění.

§ 5.

(1) Pro předpoklady a rozsah dávek platí právní předpisy směrodatné pro vypomáhajícího nositele pojištění. Oprávněný pojištěnec povinného nositele pojištění je postaven v plném rozsahu na roveň oprávněnému pojištěnci vypomáhajícího nositele pojištění.

(2) Vrátí-li se pojištěnec po pojistném případu do druhé právní oblasti, podrží nárok na dávky, dostal-li před přesídlením souhlas k návratu od povinného nositele pojištění. Pro dávky v mateřství může býti souhlas udělen již před vznikem pojistného případu. U onemocnělých osob přecházejících hranice za prací není nutný souhlas povinného nositele pojištění k návratu do jejich bydliště.

(3) Pojištěnec podrží nárok na dávky i tehdy, nastane-li pojistný případ během jeho dovolené v druhé právní oblasti.

(4) Pojištěnec ztrácí nárok na dávky, poruší-li svou pracovní smlouvu.

§ 6.

(1) Als Nachweis für die Gewährung der Leistungen an Versicherte dient

a) in Fällen des § 5, Abs. 2, eine schriftliche Zustimmung des verpflichteten Versicherungsträgers, in der der Grundlohn oder der mittlere tägliche Arbeitsverdienst der zuständigen Klasse anzugeben ist;

b) in Fällen der Erkrankung nach ordnungsmäßiger Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses eine schriftliche Bestätigung des verpflichteten Versicherungsträgers über die Dauer der Mitgliedszeit und die Höhe des Grundlohns oder des mittleren täglichen Arbeitsverdienstes der zuständigen Klasse;

c) in Fällen des § 5, Abs. 3, des § 2, Abs. 3, und bei Versicherungspflichtigen in den Fällen des § 2, Abs. 4, eine schriftliche Bestätigung des Betriebes über die Dauer und Art der Beschäftigung und die Höhe des Verdienstes im letzten Monat.

(2) Familienangehörige und freiwillig Versicherte erhalten Leistungen, wenn eine Bescheinigung des verpflichteten Versicherungsträgers, dem der Versicherte angehört, vorliegt, oder wenn die Mitgliedschaft des Versicherten bei einem Versicherungsträger des anderen Rechtsgebiets oder in den Fällen des § 2, Abs. 3, die Art der Beschäftigung in anderer Weise glaubhaft gemacht wird oder bekannt ist.

(3) Krankenscheine für Versicherte sowie für Familienangehörige werden auf Grund der Nachweise nach Abs. 1 und 2 ausgestellt; aus dem Krankenschein muß ersichtlich sein, daß sich der verpflichtete Versicherungsträger im anderen Rechtsgebiet befindet.

§ 7.

(1) Ist bei Anspruchsberechtigung dem aushelfenden Versicherungsträger die Höhe des Grundlohns nicht bekannt, werden Barleistungen

a) bei männlichen Arbeitskräften über 21 Jahre nach einem Grundlohn oder einem mittleren täglichen Arbeitsverdienst von 4.— RM,

b) bei männlichen Arbeitskräften unter 21 Jahren und bei weiblichen Arbeitskräften nach einem Grundlohn oder einem mittleren täglichen Arbeitsverdienst von 3.— RM

gewährt.

§ 6.

(1) Jako průkaz pro poskytování dávek pojištěncům slouží

a) v případech § 5, odst. 2 písemný souhlas povinného nositele pojištění, v němž je třeba uvésti základní mzdu nebo střední denní pracovní výdělek příslušné třídy;

b) v případech onemocnění po řádném skončení pracovního poměru písemné potvrzení povinného nositele pojištění o trvání členské doby a výši základní mzdy nebo středního denního pracovního výdělku příslušné třídy;

c) v případech § 5, odst. 3, § 2, odst. 3 a u povinně pojištěných v případech § 2, odst. 4 písemné potvrzení podniku o trvání a způsobu zaměstnání a o výši výdělku v posledním měsíci.

(2) Rodinní příslušníci a dobrovolní pojištěnci obdrží dávky, předloží-li potvrzení povinného nositele pojištění, k němuž pojištěnec náleží, nebo jsou-li členství pojištěncovo u nositele pojištění v druhé právní oblasti nebo v případech § 2, odst. 3 způsob zaměstnání jiným způsobem věrohodně zjištěny nebo známy.

(3) Lístky k lékaři pro pojištěnce, jakož i pro rodinné příslušníky se vydávají na základě průkazů podle odstavců 1 a 2; z lístku k lékaři musí býti zjevno, že povinný nositel pojištění je v druhé právní oblasti.

§ 7.

(1) Není-li vypomáhajícímu nositeli pojištění známa při uplatňování nároku výše základního platu, poskytují se peněžité dávky

a) u mužů přes 21 roků podle základní mzdy nebo středního denního pracovního výdělku RM 4.—,

b) u mužů pod 21 roků nebo u žen podle základní mzdy nebo středního denního pracovního výdělku RM 3.—.

(2) Wird dem aushelfenden Versicherungsträger der Grundlohn nachträglich bekannt, sind dem Anspruchsberechtigten auf Antrag die Barleistungen in zuständiger Höhe zu gewähren; überzahlte Beträge werden nicht zurückgefordert.

§ 8.

Der aushelfende Versicherungsträger hat dem verpflichteten Versicherungsträger das Ende der Arbeitsunfähigkeit, bei Erkrankungen während des Urlaubs und der Schutzfrist auch den Beginn, unverzüglich schriftlich mitzuteilen.

§ 9.

(1) Die Versicherten sind von dem aushelfenden Versicherungsträger nach den bei ihm geltenden Bestimmungen und Grundsätzen einer ausreichenden Krankenaufsicht zu unterstellen. Vertrauensärztliche Nachuntersuchungen sind von ihm nach den Grundsätzen durchzuführen, die für seine Versicherten gelten.

(2) Der verpflichtete Versicherungsträger kann im Einzelfall eine besondere Krankenaufsicht und besondere vertrauensärztliche Nachuntersuchungen verlangen oder selbst veranlassen.

§ 10.

Die Verordnungen der Ärzte über die erforderlichen Heilmittel und sonstigen therapeutischen Behelfe sind von dem aushelfenden Krankenversicherungsträger nach den bei ihm geltenden Grundsätzen nachzuprüfen. Beanstandungen sind der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands, bzw. der von ihr bestimmten Stelle zuzuleiten.

§ 11.

(1) Den aushelfenden Versicherungsträgern werden ihre tatsächlichen Aufwendungen von den verpflichteten Versicherungsträgern erstattet.

(2) Für Arzneien, Heilmittel und sonstige therapeutische Behelfe und für die Verwaltungskosten einschließlich der Portoauslagen werden an Stelle der tatsächlichen Aufwendungen Pauschbeträge in Rechnung gestellt, die von den reichsgesetzlichen Versicherungsträgern im Verfahren nach §§ 219 ff RVO und von den Protektoratskrankenversicherungsträgern im Verfahren nach § 103 SVG zu zahlen sind, erstattet.

(2) Dozví-li se vypomáhající nositel pojištění dodatečně o základní mzdě, poskytnou se na žádost oprávněnému peněžité dávky v příslušné výši; přeplatky se nepožadují zpět.

§ 8.

Vypomáhající nositel pojištění je povinen sděliti neprodleně písemně povinnému nositeli pojištění konec neschopnosti k práci, a při onemocněních během dovolené a ochranné lhůty, také počátek neschopnosti k práci.

§ 9.

(1) Vypomáhající nositel pojištění podrobí pojištěnce náležitému dozoru na nemocné podle ustanovení a zásad pro něho platných. Revisní prohlídky důvěrnými lékaři provede podle zásad, podle nichž postupuje u svých pojištěnců.

(2) Povinný nositel pojištění může v jednotlivých případech požadovati zvláštní dozor na nemocné a zvláštní revisní prohlídky důvěrnými lékaři, případně může takové opatření učiniti sám.

§ 10.

Lékařské předpisy potřebných léků a jiných therapeutických pomůcek přezkoumá vypomáhající nositel nemocenského pojištění podle zásad pro něho platných. Závady je třeba sděliti „Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands", po případě místu, jež toto sdružení určí.

§ 11.

(1) Povinní nositelé pojištění uhradí vypomáhajícím nositelům pojištění skutečné náklady.

(2) Za léky, léčiva a jiné therapeutické pomůcky a za správní náklady včetně poštovného naúčtují se místo skutečných nákladů úhrnkové částky, které říšští nositelé pojištění uhradí v řízení podle §§ 219 a násl. říšského pojišťovacího řádu a protektorátní nositelé pojištění v řízení podle § 103 sociálně-pojišťovacího zákona.

(3) Für jeden von dem verpflichteten Versicherungsträger besonders verlangten Hausbesuch des Krankenbesuchers oder Fürsorgers wird ein Betrag von 1,20 RM, für jede vertrauensärztliche Nachuntersuchung ein Betrag von 1,50 RM vergütet.

§ 12.

(1) Die Erstattungsansprüche sind von den aushelfenden Versicherungsträgern des Protektorates bei dem Zentralverband der Krankenversicherungsanstalten in Prag, von den aushelfenden Versicherungsträgern des übrigen Reichsgebiets bei der Verbindungsstelle der deutschen Krankenversicherung innerhalb von 4 Wochen nach Ablauf jedes Kalendervierteljahres geltend zu machen.

(2) Beide Zentralstellen gleichen die sich ergebende Spitze innerhalb von 6 Wochen nach ihrer Feststellung aus.

(3) Jede Zentralstelle legt den Gesamtbetrag auf die verpflichteten Versicherungsträger des entsprechenden Gebiets nach einem Schlüssel um, der im Protektorat Böhmen und Mähren durch das Ministerium für Wirtschaft und Arbeit und im übrigen Reichsgebiet durch den Reichsarbeitsminister zu genehmigen ist.

(4) Von der Beifügung von Belegen, Unterbelegen und Einzelabrechnungen der einzelnen Fälle wird abgesehen. Die Belege und Unterbelege sind aber so aufzubewahren, daß sie leicht nachgeprüft werden können. Die zuständigen Aufsichtsbehörden werden die Rechtmäßigkeit der Erstattungsansprüche gelegentlich der von ihnen vorzunehmenden Prüfungen der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung der Versicherungsträger nachprüfen lassen. Die Zentralstellen sind berechtigt, die Unterlagen für die Erstattungsansprüche bei den aushelfenden Versicherungsträgern oder durch Beauftragte an Ort und Stelle einsehen zu lassen.

§ 13.

Die Abrechnung der Fälle nach § 4, Abs. 5, erfolgt unmittelbar zwischen den beteiligten Trägern nach den Sätzen des § 11, Abs. 3.

§ 14.

Streitigkeiten zwischen der Verbindungsstelle der deutschen Krankenversicherung in Berlin und dem Zentralverband der Krankenversicherungsanstalten in Prag schlichten der Reichsarbeitsminister und das Ministerium für Wirtschaft und Arbeit in Prag.

(3) Za každou návštěvu kontrolora nebo ošetřovatele v bytě, kterou si povinný nositel pojištění zvlášť vyžádá, hradí se částka RM 1.20, za každou revisní prohlídku důvěrným lékařem částka RM 1.50.

§ 12.

(1) Vypomáhající nositelé pojištění v Protektorátu uplatní nároky na náhradu u Ústředního svazu nemocenských pojišťoven v Praze, vypomáhající nositelé z ostatního říšského území u „Verbindungsstelle der deutschen Krankenversicherung“ během 4 týdnů po uplynutí každého kalendářního čtvrtletí.

(2) Obě ústředny vyrovnají si vzniklé špičky během 6 týdnů po jejich zjištění.

(3) Každá ústředna rozvrhne celkovou částku na povinné nositele pojištění příslušného území podle klíče, který v Protektorátě Čechy a Morava schválí ministerstvo hospodářství a práce a na ostatním říšském území říšský ministr práce.

(4) Od připojování dokladů, příloh a vyúčtování jednotlivých případů se upouští. Doklady a přílohy je však třeba uschovati tak, aby mohly býti snadno přezkoumány. Příslušné dozorčí úřady dají přezkoumati oprávněnost nároků na náhradu při revisi hospodaření, účetnictví a správy nositelů pojištění. Ústředny jsou oprávněny nahlédnouti do podkladů o nárocích na náhradu u vypomáhajících nositelů pojištění nebo pověřenci na místě samém.

§ 13.

Vyúčtování případů podle § 4, odst. 5 děje se bezprostředně mezi zúčastněnými nositeli podle sazeb § 11, odst. 3.

§ 14.

Spory mezi „Verbindungsstelle der deutschen Krankenversicherung in Berlin“ a „Ústředním svazem nemocenských pojišťoven v Praze“ urovnávají říšský ministr práce a ministerstvo hospodářství a práce v Praze.