

MINISTERIALBLATT

FÜR DAS LAND NORDRHEIN-WESTFALEN

Ausgabe A

20. Jahrgang	Ausgegeben zu Düsseldorf am 24. April 1967	Nummer 54
--------------	--	-----------

Inhalt

I.

**Veröffentlichungen, die in die Sammlung des bereinigten Ministerialblattes
für das Land Nordrhein-Westfalen (SMBL. NW.) aufgenommen werden.**

Glied.- Nr.	Datum	Titel	Seite
8300	10. 4. 1967	RdErl. d. Arbeits- und Sozialministers Durchführung des Dritten Neuordnungsgesetzes zum Bundesversorgungsgesetz vom 28. Dezember 1966 (BGBl. I S. 750); hier: Heilbehandlung, Versehrtenleibesübungen und Krankenbehandlung	528

I.

8300

**Durchführung
des Dritten Neuordnungsgesetzes
zum Bundesversorgungsgesetz
vom 28. Dezember 1966
(BGBl. I S. 750);**

**hier: Heilbehandlung, Versehrtenleibesübungen
und Krankenbehandlung**

RdErl. d. Arbeits- und Sozialministers v. 10. 4. 1967 —
— II B 2 4303 (10 67)

Für die Durchführung der durch das Dritte Neuordnungsgesetz geänderten und ergänzten Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes über Heilbehandlung, Versehrtenleibesübungen und Krankenbehandlung weise ich in Übereinstimmung mit dem Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung auf folgendes hin:

Zu § 10:

1. Durch die Neufassung des Absatzes 1 ist klarer hervorgehoben worden, daß auch im Rahmen der Heilbehandlung für Schädigungsfolgen die Kausalitätsnorm gilt. Heilbehandlung nach Absatz 1 ist daher auch dann zu gewähren, wenn die behandlungsbedürftige Gesundheitsstörung zwar nicht mit den anerkannten Folgen der Schädigung identisch ist, wohl aber durch sie verursacht worden ist. Heilbehandlung für ein selbständiges, nicht anerkanntes Leiden sowie Heilbehandlung für Gesundheitsstörungen, die durch ein äußeres Ereignis herbeigeführt worden sind, das seine Ursache in einem schädigungsbedingten Leiden hat (mittelbare Schädigungsfolgen), ist von der Krankenkasse jedoch nur im Einvernehmen mit dem Versorgungsamt zu gewähren. Die Krankenkasse soll die Beschädigten in diesen Fällen zur Stellung eines Antrages auf Anerkennung weiterer Schädigungsfolgen anregen. Der Zustimmung des Versorgungsamts bedarf es jedoch nicht, wenn der Beschädigte nach Absatz 2 Anspruch auf Heilbehandlung auch für Gesundheitsstörungen hat, die nicht als Folge einer Schädigung anerkannt sind. Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung beabsichtigt, eine entsprechende Regelung in den Entwurf der Verwaltungsvorschriften aufzunehmen.
2. Von Absatz 2 in der neuen Fassung werden alle nicht oder noch nicht als Schädigungsfolgen anerkannten Gesundheitsstörungen erfaßt. Dadurch wird erreicht, daß der Anspruch auf Heilbehandlung nach Absatz 2 zusammen mit dem Anspruch nach Absatz 1 einen Anspruch auf Behandlung aller Gesundheitsstörungen ergibt.
3. Durch Absatz 4 Buchstabe c wird nunmehr klargestellt, daß Witwen, auch wenn sie infolge der Anrechnung von Leistungen nach § 44 Absatz 5 keine Rente erhalten, Anspruch auf Krankenbehandlung haben. Hinsichtlich des Anspruchs der Witwer auf Krankenbehandlung ist keine Änderung eingetreten. Dieser Anspruch bleibt durch die Neufassung des § 43 aufrechterhalten.
4. Die Anordnung einer neuen Heilbehandlung nach Absatz 7 soll sich darauf beschränken, den Beschädigten zur Durchführung einer bestimmten Heilbehandlungsmaßnahme zu verpflichten. Die Verwaltungsbehörde muß in der Anordnung angeben, bei welcher Stelle und in welcher Weise der Beschädigte sich die Heilbehandlung verschaffen kann.

Zu § 11:

1. In Absatz 1 wird bestimmt, welche Leistungen die Heilbehandlung umfaßt. Die Aufzählung ist vollständig und abschließend. Leistungen, die in diesem Absatz nicht aufgeführt sind, rechnen nicht zur Heilbehandlung im engeren Sinne; für sie gelten die in der jeweiligen Vorschrift besonders geregelten Anspruchsvoraussetzungen. Krankenhausbehandlung, Heilstättenbehandlung und Hauspflege sind als Rechtsansprüche in Absatz 1 aufgenommen worden. Satz 2 stellt für diese Leistungen besondere An-

spruchsvoraussetzungen auf, die zusätzlich neben denen des § 10 Abs. 1 oder des § 10 Abs. 2 i. Verb. mit § 10 Abs. 1 erfüllt sein müssen.

Die in Absatz 1 genannten Leistungen sind grundsätzlich Naturalleistungen. Das gilt auch für größere Heilmittel und für Zahnersatz. Werden größere Heilmittel nach § 10 Abs. 1 an Kassenmitglieder gewährt, so richtet sich die Kostenerstattung nach § 20. Da die Krankenkassen zu größeren Heilmitteln nur einen Zuschuß leisten, liegt eine deckungsgleiche Verpflichtung im Sinne von § 19 Abs. 1 nicht vor.

Die Möglichkeit der Krankenkasse, ihren Mitgliedern einen Zuschuß zu den Aufwendungen für größere Heilmittel zu gewähren, schließt den Anspruch nach § 10 Abs. 2 nicht aus. Dem Beschädigten, der die Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz in Natur erhält, verbleiben keine Kosten, zu denen die Krankenkasse einen Zuschuß gewähren könnte; dem stehen § 10 Abs. 5 Buchstabe a und § 18 c Abs. 6 nicht entgegen.

2. Badekuren und Ersatzleistungen zählen nicht zu den Leistungen der Heilbehandlung im engeren Sinne (vgl. Nr. 1 Absatz 1). Sie sind Kannleistungen geblieben.

Mit den gesetzlichen Änderungen war keine Änderung der sachlichen Zuständigkeit für die Gewährung der Ersatzleistungen beabsichtigt. Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung wird daher der Bundesregierung eine rückwirkende Änderung der Zuständigkeitsverordnung empfehlen. Anträge auf Gewährung von Ersatzleistungen sind weiterhin von den Orthopädischen Versorgungsstellen zu bearbeiten.

Nach § 11 Absatz 3 können an Pflegezulageempfänger mindestens nach Stufe III Zuschüsse zu den Kosten der Beschaffung, Instandhaltung, Änderung und Unterbringung von Motorfahrzeugen gewährt werden, ohne daß dieser Personenkreis auf die Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln angewiesen ist. Sofern die übrigen Voraussetzungen gegeben sind, können diesem Personenkreis auf Antrag die Zuschüsse auch schon vor Änderung der Verordnung zur Durchführung des § 13 gewährt werden. Bei der Bearbeitung dieser Anträge ist davon auszugehen, daß diese Personen dem in § 5 Abs. 1 Nr. 2 Satz 1 der VO zu § 13 genannten Personenkreis zuzurechnen sind.

Zu § 12:

1. Der Umfang der Krankenbehandlung ist auf größere Heilmittel, Heilstättenbehandlung und orthopädische Versorgung ausgedehnt worden. Wie ich bereits mit meinem Erlaß v. 15. 2. 1967 (n. v.) — II B 2 — 4058 — mitgeteilt habe, sind die Orthopädischen Versorgungsstellen für die Durchführung der orthopädischen Versorgung auch dieses Personenkreises zuständig. Auch insoweit ist eine entsprechende Änderung der Zuständigkeitsverordnung vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung der Bundesregierung empfohlen worden.
2. Zuschüsse zu den Kosten der Beschaffung von Zahnersatz können nur insoweit bewilligt werden, als nicht auf Grund anderer Rechtsvorschriften Zahnersatz oder Zuschüsse zu den Kosten der Beschaffung von Zahnersatz gewährt werden. Bei einem Kassenmitglied hat daher zunächst die Krankenkasse ihren Zuschuß festzusetzen. Nach § 18 c Abs. 6 kann sie ihre Leistung weder im Einzelfall noch durch Satzungsänderung für einen größeren Personenkreis versagen oder kürzen, weil im Rahmen der Krankenbehandlung nach dem BVG gleichfalls eine derartige Leistung vorgesehen ist. Der Zuschuß beträgt 70 v. H. der notwendigen Kosten; er darf jedoch zusammen mit einem von anderer Stelle gewährten Zuschuß 100 v. H. der notwendigen Kosten nicht überschreiten. Die Notwendigkeit des Zahnersatzes ist nach denselben Grundsätzen wie bei der Gewährung von Zahnersatz als Sachleistung zu beurteilen. Dies gilt auch hinsichtlich der Feststellung der notwendigen Kosten. Die im letzten Absatz meines vorbezeichneten Erlasses v. 15. 2. 1967 empfohlene Übergangsregelung ist damit ab sofort entbehrlich.

Zu § 17:

1. § 17 geht weiterhin vom krankenversicherungsrechtlichen Begriff der Arbeitsunfähigkeit aus. Maßstab für die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit ist hier nach grundsätzlich die zuletzt ausgeübte Arbeit oder Tätigkeit. Bei Arbeitslosen kommt es dagegen auf die Arbeit an, die der Beschädigte verrichten würde, wenn er nicht arbeitslos wäre; im Regelfall ist das die zuletzt ausgeübte Arbeit. In den Fällen des § 17 Abs. 4 Buchstabe c ist die Erwerbstätigkeit der Beurteilung zugrunde zu legen, an deren Ausübung der Beschädigte durch die Arbeitsunfähigkeit gehindert wird. Bei Hausfrauen hängt die Annahme einer Arbeitsunfähigkeit von der Beurteilung ihrer Fähigkeit ab, den Haushalt weiterzuführen, während es bei Teilnehmern an beruflichen Förderungsmaßnahmen darauf ankommt, ob sie gesundheitlich fähig sind, weiterhin an der Förderungsmaßnahme teilzunehmen.
2. Nach der Neufassung des Absatzes 1 erster Halbsatz ist Einkommensausgleich zu gewähren, wenn der Beschädigte arbeitsunfähig „wird“; es ist also erforderlich, daß die Arbeitsunfähigkeit durch eine Zustandsänderung der als Folge einer Schädigung anerkannten Gesundheitsstörung oder durch das Hinzutreten einer durch eine anerkannte Schädigungsfolge verursachten Gesundheitsstörung eingetreten ist. Ein Beschädigter, der bereits wegen einer von einer Schädigung unabhängigen Gesundheitsstörung arbeitsunfähig ist, kann daher wegen anerkannter Schädigungsfolgen oder deren Folgen nicht arbeitsunfähig werden, solange die Arbeitsunfähigkeit wegen der Nichtschädigungsfolgen fortbesteht. Wird der Beschädigte in einem solchen Falle jedoch wegen der hinzugetretenen schädigungsbedingten Erkrankung stationär behandelt, besteht Anspruch auf Einkommensausgleich ohne Rücksicht auf den Fortbestand der Arbeitsunfähigkeit wegen Nichtschädigungsfolgen. Die Gewährung einer stationären Behandlung wegen Schädigungsfolgen ist nach Absatz 1 ein selbständiger Anspruchstatbestand neben der Arbeitsunfähigkeit wegen Schädigungsfolgen.
Wird der Beschädigte durch die anerkannten Schädigungsfolgen oder deren Folgen arbeitsunfähig, so kann er durch ein hinzutretendes Nichtschädigungsleiden nicht mehr arbeitsunfähig werden, solange die als Schädigungsfolge anerkannte Gesundheitsstörung oder deren Folgen noch ursächlich für die Arbeitsunfähigkeit sind.
3. Der Begriff des Nettoeinkommens (Abs. 2 und 5) ist insoweit geändert worden, als zum Nettoeinkommen aus nichtselbständiger Arbeit nur noch Bezüge im Sinne des § 19 Abs. 1 Nr. 1 EStG rechnen. Der Charakter von Einkünften im Sinne von § 19 Abs. 1 Nr. 1 EStG geht nicht dadurch verloren, daß solche Bezüge im Einzelfall steuerfrei sind.
4. Nach § 19 Abs. 1 EStG gehören auch einmalige Einnahmen zu den Einkünften aus nichtselbständiger Arbeit. Bei der Ermittlung des Nettoeinkommens nach Absatz 2 und Absatz 5 Satz 1 sind diese Einnahmen jedoch nicht zu berücksichtigen. Ihre Berücksichtigung wäre mit der Natur des Einkommensausgleichs als vorübergehender und sofort festzusetzender Leistung nicht zu vereinbaren. Der Zuschuß des Arbeitgebers nach § 1 Arbeiterkrankheitsgesetz ist weder nach Absatz 2 noch nach Absatz 5 Satz 1 zu den Einkünften im Sinne von § 19 Abs. 1 Nr. 1 EStG zu rechnen. Diese vom Steuerrecht abweichende Behandlung ergibt sich aus Absatz 5 Satz 2, wonach für gesetzliche Geldleistungen wegen Arbeitsunfähigkeit, zu denen auch der Arbeitgeberzuschuß gehört, eine besondere Behandlung vorgesehen ist. Da der Begriff des Nettoeinkommens in Absatz 2 und Absatz 5 einheitlich ist, gilt das gleiche sinngemäß für Absatz 2.
5. Bei der Ermittlung des Nettoeinkommens wird das Bruttoeinkommen grundsätzlich nur um die tatsächlichen Abzüge gemindert. Eine fiktive Berechnung des Nettoeinkommens ist nur vorzunehmen, wenn in dem Bruttoeinkommen einmalige Einnahmen enthalten sind, die bei der Berechnung des Einkommensausgleichs außer Betracht bleiben oder wenn Einkünfte aus einer zu berücksichtigenden Einkunftsart mit Ein-

künften aus einer nicht zu berücksichtigenden Einkunftsart zusammentreffen (vgl. RdErl. v. 21. 9. 1965 — MBl. NW. S. 1352 / SMBl. NW. 8300 —).

6. Für Kurzarbeiter ist der Einkommensausgleich nach dem Kurzlohn zu berechnen. Geht der Betrieb während der Arbeitsunfähigkeit oder stationären Behandlung wieder zur Vollarbeit über, kann der Unterschiedsbetrag zwischen dem Einkommensausgleich nach dem Kurzlohn und einem Einkommensausgleich nach dem Vollohn im Wege des Härteausgleichs gewährt werden. Nach § 89 Abs. 2 hat der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung der Gewährung dieses Härteausgleichs allgemein zugestimmt. Hierüber entscheiden die Versorgungsämter in eigener Zuständigkeit.
7. Bei der Feststellung des kalender-, werk- oder arbeitstäglichen Einkommensausgleichs ist das Nettoeinkommen des Ausgangszeitraums durch die Zahl der auf diesen Zeitraum entfallenden Kalender-, Werk- oder Arbeitstage zu teilen. Wird das Entgelt nach Wochen oder Monaten bemessen, so ist die Woche zu sieben und der Monat zu dreißig Tagen zu rechnen. Fehlzeiten sind weiterhin nach der in der VV Nr. 12 Buchstabe a zu § 17 BVG a. F. getroffenen Regelung zu berücksichtigen.
8. Das Gesetz verfolgt mit der Sechs-Wochen-Frist des Absatzes 2 Satz 1 den Zweck, zu Beginn einer Arbeitsunfähigkeit Leistungen in solcher Höhe sicherzustellen, daß der Beschädigte die wirtschaftliche Anpassung an die veränderten Verhältnisse ohne Schwierigkeiten vollziehen kann. Die Sechs-Wochen-Frist beginnt deshalb folgerichtig auch dann zu laufen, wenn wegen fehlender Einkommensminderung oder wegen Anrechnung gesetzlicher Geldleistungen kein Einkommensausgleich zu zahlen ist. Bei einer Arbeitsunfähigkeit, die wegen Nichtschädigungsfolgen eintritt, später aber — ohne Unterbrechung — wegen Schädigungsfolgen weiterbesteht, beginnt daher die Sechs-Wochen-Frist bereits mit der Arbeitsunfähigkeit wegen Nichtschädigungsfolgen, weil auch bei einer einheitlichen Arbeitsunfähigkeit vor dem Hinzutritt der Schädigungsfolgen ein Zeitraum verstreicht, den der Beschädigte zur Anpassung an die veränderten Verhältnisse nutzen kann. Der Lauf der Sechs-Wochen-Frist hängt somit nicht davon ab, ob dem Beschädigten Leistungen, wie Einkommensausgleich, Krankengeld, Hausgeld, Arbeitgeberzuschuß, Lohn- oder Gehaltsfortzahlung, erbracht werden. Bei ihrer Berechnung ist der Tag des Eintritts der Arbeitsunfähigkeit bzw. des Beginns der stationären Behandlung nicht mitzurechnen (§ 187 Abs. 1 BGB). Die Außerachtlassung des Tages des Eintritts der Arbeitsunfähigkeit und des Tages des Beginns der stationären Behandlung bei der Berechnung der Sechs-Wochen-Frist bedeutet jedoch nicht, daß für diesen Tag kein Einkommensausgleich zu zahlen ist. Nach § 18 a Abs. 3 beginnt der Einkommensausgleich an dem Tag, an dem seine Voraussetzungen erfüllt sind. Zu den Anspruchsvoraussetzungen des Einkommensausgleichs gehört nicht der Lauf der Sechs-Wochen-Frist. Für den Tag des Eintritts der Arbeitsunfähigkeit sind 100 v. H. des Nettoeinkommens der Berechnung des Einkommensausgleichs zugrunde zu legen, da nach Sinn und Zweck der gesetzlichen Regelung für diesen Tag eine Leistung in gleicher Höhe wie in den nachfolgenden 42 Tagen gewollt ist.
Eine rückwirkende Feststellung des Eintritts der Arbeitsunfähigkeit und damit eine rückwirkende Feststellung des Beginns der Sechs-Wochen-Frist kommt nur in Betracht, wenn die erforderlichen tatsächlichen, insbesondere ärztlichen Feststellungen getroffen werden können. In ärztlicher Hinsicht ist eine rückwirkende Feststellung der Arbeitsunfähigkeit in der Regel nicht möglich; eine solche Feststellung kann allenfalls dann getroffen werden, wenn Ergebnisse früherer ärztlicher Arbeitsunfähigkeitsuntersuchungen vorliegen. Außerdem kann ein rückliegender Beginn der Sechs-Wochen-Frist bei stationärer Behandlung festgestellt werden. Diese Auffassung steht mit den Regelungen in § 18 a Absatz 3 nicht im Widerspruch. Eine bis zu zwei Wochen rückwirkende Bewilligung

des Einkommensausgleichs kann nach Satz 1 dieser Vorschrift auch nur dann in Betracht kommen, wenn eine zeitgerechte Feststellung der Arbeitsunfähigkeit möglich ist. Die Vorschrift soll lediglich nachteilige Auswirkungen einer verspäteten Antragstellung vermeiden; sie erlaubt jedoch keine mit den tatsächlichen Verhältnissen und mit medizinischen Erkenntnissen im Widerspruch stehende rückwirkende Feststellung der Arbeitsunfähigkeit bis zu einem Zeitraum von zwei Wochen.

9. Bei stationärer Behandlung wegen Schädigungsfolgen ist Einkommensausgleich stets nur in Höhe von 65 bis 90 vom Hundert des Nettoeinkommens zu gewähren, auch wenn die stationäre Behandlung innerhalb der in Absatz 2 genannten 6 Wochen durchgeführt wird. Der Beginn der stationären Behandlung ist in Absatz 2 Satz 1 nur erwähnt worden, weil diese Frist auch durch den Beginn einer stationären Behandlung in Lauf gesetzt werden kann, ohne daß eine Arbeitsunfähigkeit vorausgegangen ist. Die in Satz 2 enthaltene Abweichung bezieht sich auf jeden Fall der stationären Behandlung; die Vorschrift enthält keinen Bezug auf den Zeitraum, in dem die stationäre Behandlung stattfindet.
10. Absatz 5 Satz 3 dient dem Zweck, den Bund vor ungerechtfertigten Mehrausgaben zu schützen. Solche Ausgaben können durch Unterlassung des Beschädigten jedoch nur dann entstehen, wenn es sich um Ansprüche auf Leistungen handelt, die nicht aus Bundesmitteln zu erstatten sind. Dazu zählt z. B. nicht das Krankengeld aus der gesetzlichen Krankenversicherung.

11. Nach § 183 Abs. 3 RVO endet der Anspruch auf Krankengeld mit dem Tage, von dem an Rente wegen Erwerbsunfähigkeit oder Altersruhegeld von einem Träger der Rentenversicherung zugebilligt wird. Ist über diesen Zeitpunkt hinaus Krankengeld gezahlt worden, so geht der Anspruch auf Rente bis zur Höhe des gezahlten Krankengeldes auf die Kasse über. Übersteigt das Krankengeld die Rente, so kann die Kasse den überschüssigen Betrag vom Versicherten nicht zurückfordern.

Zu der Frage, welche Rechtsfolgen sich aus dieser Bestimmung für die Gewährung von Einkommensausgleich und für den der Krankenkasse zu leistenden Kostenersatz ergeben, werde ich in einem besonderen Erlass Stellung nehmen.

12. Durch die Neufassung der Absätze 2, 5 und 7 ist die Berechnung des Einkommensausgleichs mit dem Ziele einer Leistungsverbesserung geändert worden. Im Gegensatz zur bisherigen Regelung ist vom ungekürzten tatsächlich erzielten Nettoeinkommen auszugehen, auf das ggf. ein weiterhin während der Arbeitsunfähigkeit (stationären Behandlung) erzielter Nettoeinkommen in der in Absatz 5 Satz 1 bestimmten Höhe anzurechnen ist. Der sich daraus ergebende Einkommensausgleich ist jedoch nur insoweit zu zahlen, als er zusammen mit dem anzurechnenden Übergangsgeld und den anzurechnenden gesetzlichen Geldleistungen bei kalendertäglicher Berechnung 30,— DM, bei werktäglicher Berechnung 36,— DM und bei arbeitstäglicher Berechnung 42,— DM nicht übersteigt.

Beispiel: (Beschädigter, verheiratet)

		Einkommensausgleich			
		mtl.	100 %	90 %	75 %
		kalendertäglich			
1. Volles Nettoeinkommen insgesamt	§ 17 Abs. 2	1 650,—	55,—	49,50	41,25
2. „weiterbezogenes Nettoeinkommen	§ 17 Abs. 5 Satz 1	600,—	20,—	18,—	15,—
3. ausfallendes Nettoeinkommen		1 050,—	35,—	31,50	26,25
4. Höchstbetrag nach	§ 17 Abs. 7 Satz 3	900,—	30,—	30,—	30,—
5. „gesetzliche Geldleistungen	§ 17 Abs. 5 Satz 3				
a) Kranken- oder Hausgeld			15,18	23,70	15,80
b) Arbeitgeberzuschuß			19,82	—,—	—,—
6. auszahlender Einkommensausgleich			—,—	6,30	10,45

Von Zeile 5 an wird mit dem niedrigeren der Beträge in den Zeilen 3 und 4 weitergerechnet.

Zu § 18:

1. Als Zuschuß nach Absatz 4 ist der Betrag zu zahlen, den die Verwaltungsbehörde aufzuwenden hätte, wenn der Zahnersatz als Sachleistung gewährt würde.
2. Der Zuschuß nach Absatz 5 wird an Stelle der vorgesehenen Sachleistung gewährt. Er setzt daher voraus, daß die Sachleistung im Augenblick der Geltendmachung des Zuschusses noch gewährt werden kann, ein Fall einer selbst durchgeführten Heil- oder Krankenbehandlung also noch nicht vorliegt.

Zu § 18 a:

1. Durch die neue Vorschrift des § 18 a wird für den Bereich der Heil- und Krankenbehandlung das für die übrigen Leistungen geltende materiell-rechtliche Antragsprinzip durchbrochen.
2. Bei Bemessung der Zwei-Wochen-Frist nach Absatz 3 ist der Tag des Eintritts der Arbeitsunfähigkeit und der Tag des Beginns der Heilbehandlungsmaßnahme nicht mitzurechnen.

3. Absatz 7 regelt nur die Beendigung eines bereits bewilligten Einkommensausgleichs. Die Frage, ob einem Beschädigten, der bei Eintritt einer Arbeitsunfähigkeit bereits Erwerbsunfähigkeitsrente oder Altersruhegeld aus der gesetzlichen Rentenversicherung bezieht, noch Einkommensausgleich gewährt werden kann, beantwortet sich ausschließlich nach § 17. Sofern die dort genannten Voraussetzungen gegeben sind, steht der Rentenbezug bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit der Gewährung von Einkommensausgleich nicht entgegen.

Absatz 7 ist auch dann anzuwenden, wenn dem Beschädigten während des Bezuges von Einkommensausgleich eine Rente von einem Zeitpunkt an bewilligt wird, der vor dem Beginn des Einkommensausgleichs liegt. Die Vorschrift stellt auf die Rentenbewilligung, nicht auf den Rentenbeginn ab. Es kommt daher nur darauf an, daß der Zeitpunkt der Rentenbewilligung in den Zeitraum des Bezuges eines Einkommensausgleichs fällt. Eine Ausnahme ist nur dann zu machen, wenn der Zeitpunkt der Rentenbewilligung dem Beginn der Rente vorangeht. In diesem Falle

kann der Einkommensausgleich nicht vor dem Rentenbeginn wegfallen.

In Übergangsfällen ist wie folgt zu verfahren:

Ist dem Beschädigten eine Rente aus den gesetzlichen Rentenversicherungen vor dem 1. 1. 1967 bewilligt worden und bezog er zu diesem Zeitpunkt einen Einkommensausgleich, so ist zu prüfen, ob der Zeitpunkt der Rentenbewilligung dem Beginn der am 1. 1. 1967 bestehenden Arbeitsunfähigkeit nachgefolgt oder vorausgegangen ist. Ist die Bewilligung vorausgegangen, so ist der Einkommensausgleich über den 31. 12. 1966 hinaus bis zum Wegfall der Voraussetzungen oder bis zum Eintritt des Dauerzustandes weiter zu zahlen. Ist die Bewilligung nachgefolgt, so ist die Zahlung mit Ablauf des 31. 12. 1966 einzustellen, sofern der Beschädigte bis zu diesem Zeitpunkt von der Bewilligung Kenntnis erhalten hat. Durch die neue gesetzliche Vorschrift erhält die nachträgliche Bewilligung einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung eine besondere Bedeutung als Grund für den Wegfall des Einkommensausgleichs. Da der Gesetzgeber eine unterschiedliche Behandlung alter und neuer Fälle nicht gewollt hat, entspricht es seinem Willen, zumindest vom Inkrafttreten des 3. NOG an den Bezug einer früher bewilligten Rente der nachträglichen Bewilligung einer Rente in laufenden Fällen gleich zu behandeln.

Sowohl die Krankenkasse als auch die Verwaltungsbehörde sind verpflichtet, in enger Zusammenarbeit zu prüfen, ob ein Dauerzustand im Sinne des Absatzes 7 vorliegt. Zu diesem Zweck soll die zuständige Krankenkasse bei länger dauernden Arbeitsunfähigkeitsfällen nach etwa einem halben Jahr eine besondere vertrauensärztliche Untersuchung durchführen lassen. Werden der Verwaltungsbehörde Umstände bekannt, die auf das Vorliegen eines Dauerzustandes schließen lassen, ist auch sie gehalten, die notwendigen Maßnahmen zu ergreifen. In der Regel wird sie die Krankenkasse veranlassen müssen, eine unverzügliche vertrauensärztliche Nachuntersuchung durchführen zu lassen. Das Ergebnis dieser Untersuchungen leitet die Krankenkasse mit ihrer Stellungnahme der Verwaltungsbehörde zu. Diese erteilt einen entsprechenden Bescheid. Die Bescheiderteilung durch die Verwaltungsbehörde in diesen Fällen halte

ich schon deshalb für zweckdienlich, weil diese im allgemeinen an Hand ihrer Unterlagen die zu treffende Entscheidung besonders ausführlich begründen kann.

Als Zeitpunkt der Feststellung des Dauerzustandes im Sinne des Absatzes 7 ist der Tag anzusehen, an dem der Bescheid dem Beschädigten zugestellt wird. Der Tag der Zustellung, der sich nach dem geltenden Verwaltungszustellungsgesetz bestimmt, ist bei der Bemessung der Zwei-Wochen-Frist nicht mitzurechnen. In gleicher Weise ist zu verfahren, wenn dem Beschädigten eine Rente wegen Erwerbsunfähigkeit oder Altersruhegeld aus den gesetzlichen Rentenversicherungen bewilligt wird, wobei maßgebend für den Zeitpunkt des Wegfalls der Tag ist, an dem der Beschädigte den Bescheid über die Bewilligung der Rente erhalten hat.

Zu § 18 c:

Absatz 6 soll sicherstellen, daß andere öffentlich-rechtliche Leistungsträger ihre Ermessensleistungen nicht mit der Begründung versagen oder kürzen, das BVG sehe entsprechende Leistungen vor. Das bedeutet, daß die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung Zuschüsse zum Zahnersatz nicht unter Hinweis auf die Zuschüsse nach § 12 Absatz 2 verweigern können. Für den Fall, daß eine Naturalleistung nach dem BVG in Betracht kommt, vgl. Nr. 1 zu § 11.

Zu § 19:

Für Heilbehandlung, die für Gesundheitsstörungen gewährt worden ist, die durch eine anerkannte Schädigungsfolge verursacht worden sind, wird Kostenersatz nach Absatz 3 gewährt. Dabei ist Satz 1 dieser Vorschrift nur anwendbar, wenn es sich um eine anerkennungsfähige Gesundheitsstörung handelt. In den übrigen Fällen ist die Entscheidung nach Satz 2 alsbald zu treffen.

Wird die Gesundheitsstörung anerkannt, ist der Kostenersatz rückwirkend für alle Behandlungsfälle zu erbringen. Die Verjährung des Ersatzanspruchs beginnt in diesen Fällen erst mit dem Schluß des Jahres der Anerkennung.

— MBl. NW. 1967 S. 528.

Was kann man schicken?

(Die Liste ist unvollständig, sie gibt nur Anregungen)

Lebens- und Genußmittel

Bis je 1000 g

Eierteigwaren
Traubenzucker
Babynahrung
Obst und Südfrüchte

Bis je 500 g

Hartwurst } zusammen
Speck } bis 1000 g
Margarine } zusammen
Butter } bis 1000 g
andere Fette }
Nüsse
Mandeln
Zitronat
Rosinen
Backobst
Kekse, Teegebäck

Bis 300 g

Schokoladewaren
Bis je 250 g
Kaffee (in Pulverform: 50 g)
Kakao
Milchpulver
Käse
Bis je 50 g
Eipulver
Tabakpulver
(höchstens 48 Zigaretten
oder 8 Zigarren
oder 20 Zigarillos
oder 50 g Tabak)

Gewürze aller Art, Backpulver, Soßepulver, Puddingpulver, Suppen- und Brühwürfel nur in kleinen Mengen für den Hausgebrauch.

Die folgenden Preisangaben sind nicht als Höchstbegrenzungen anzusehen. Sie sollen nur zeigen, daß man auch ohne großen Aufwand helfen und Freude bereiten kann.

Textilien, Bekleidung und Zubehör

Bis 1,— DM

Druckknöpfe, Haken, Ösen
Nähnaedeln, Stopf- und Stricknaedeln
Nähzubehör (Garne usw.)
Perlmutterknöpfe
Reißverschlüsse usw.

Bis 5,— DM

Babyartikel
Babywäsche
Damenstrümpfe
Herrensocken (Kräuselkrepp)
moderne Hosenträger
Schals, Tücher
Wolle

Über 5,— DM

Anoraks
Bettwäsche
Blusen
Grobleinen
Kinderkleidung
Lederhosen
Oberwäsche, Unterwäsche
Pullover
Miederwaren
Schirme (Knirpse)
Schuhe und Zubehör
waschbare Krawatten
Wolle und Wollwaren
Kunstfasermäntel

Zugelassen sind auch alle größeren Bekleidungsstücke, wie Kleider, Anzüge, Mäntel, Röcke, Hosen, Jacken.

Lederwaren

Bis 5,— DM

Etuis
Geldbörsen
Taschenmaniküren

Über 5,— DM

Aktenaschen, Kollegmappen
Brieftaschen

Einkaufstaschen
Geldbörsen
Handtaschen
Reiseneccessaires
Taschenmaniküren
Lederhandschuhe
Schuhe

Verschiedenes

Batterien und Birnen für Taschenlampen
Bleistifte
Minen für Kugelschreiber
Blumensamen
Gasanzünder
Haarklammern
Hygiene-, Kosmetik- und Toilette-Artikel
(wie Toilettenseife, Rasierseife, Rasier-
klingen, Gesichtswasser, Hautcreme,
Babycrème, Haarwaschmittel, Papier-
taschentücher, Toilettenpapier)
Klebstoff in Tuben
Kunstpostkarten

Nägel, Schrauben, Haken
Schulhefte
Schwämme
Feinwaschmittel
Zeichenblocks
Fahrradzubehör
Feuerzeuge
Glühbirnen
Laubsägen
Scheren, Taschenmesser
Spielsachen, Gummibälle
Tulpenzwiebeln usw.

Alle Kleinigkeiten für Küche und Haushalt (Spülbürsten, Topfschrubber, Fensterleder, Vliesstofftücher, Einweckringe usw.), für den Garten und für den Bastler.

Die wichtigsten Bestimmungen

1. Geschenkpakete und -päckchen dürfen nur von einem privaten Absender an einen privaten Empfänger gerichtet sein. Organisationen und Firmen dürfen keine Geschenksendungen schicken.
2. Ein Paket darf 7 kg, ein Päckchen 2 kg wiegen.
3. Der Inhalt darf den Bedarf des Empfängers und seiner Familie nicht übersteigen. Bekleidung nur je ein Stück einer Art (also nicht 2 Pullover, 2 Paar Strümpfe usw.). Nicht mehr als 2–3 Bekleidungsstücke in eine Sendung! Getragene Textilien und Schuhe dürfen nur mit einer amtlichen Desinfektions-Bescheinigung versandt werden.
4. Höchstmengen für Genußmittel:

Kaffee und Kakao je	250 g	} je Sendung
Schokoladewaren	300 g	
Tabakerzeugnisse	50 g	
5. Verboten: Luftdicht verschlossene Behälter (deren Verschluß beim Öffnen verletzt werden muß, wie z. B. Konserven), Medikamente.
6. Keine schriftlichen Nachrichten, keine Zeitungen oder anderes bedrucktes Papier beilegen, aber: Inhaltsverzeichnis erwünscht.
7. Auf jede Sendung schreiben: „Geschenksendung! Keine Handelsware!“ – Päckchen müssen außerdem die Aufschrift „Päckchen“ tragen.

Einzelpreis dieser Nummer 0,70 DM

Einzellieferungen nur durch den August Bagel Verlag, Düsseldorf, gegen Voreinsendung des Betrages zuzügl. Versandkosten (Einzelheft 0,30 DM) auf das Postscheckkonto Köln 85 16 oder auf das Girokonto 35 415 bei der Rhein. Girozentrale und Provinzialbank Düsseldorf. (Der Verlag bittet, keine Postwertzeichen einzusenden.)

In der Regel sind nur noch die Nummern des laufenden und des vorhergehenden Jahrgangs lieferbar.

Wenn nicht innerhalb von acht Tagen eine Lieferung erfolgt, gilt die Nummer als vergriffen.

Eine besondere Benachrichtigung ergeht nicht.

Her ausgegeben von der Landesregierung Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf, Elisabethstraße 5. Druck: A. Bagel, Düsseldorf; Vertrieb: August Bagel Verlag, Düsseldorf. Bezug der Ausgabe A (zweiseitiger Druck) und B (einseitiger Druck) durch die Post. Ministerialblätter, in denen nur ein Sachgebiet behandelt ist, werden auch in der Ausgabe B zweiseitig bedruckt geliefert. Bezugspreis vierteljährlich Ausgabe A 13,45 DM, Ausgabe B 14,65 DM.