

INTERNATIONALES ARBEITSAMT

SOZIALE SICHERHEIT

Ein Lehrgang
für Arbeitnehmer



52922

GENEVE
1958

616755

ILO
500
1958
S67
Germ.
Cop.*



VORWORT

Es wird heute allgemein erkannt, daß dem Arbeitnehmer in unserer modernen Welt neben der beruflichen Ausbildung bestimmte andere Wissensgebiete zugänglich gemacht werden müssen, wenn er in der Lage sein soll, innerhalb des sich ständig ausdehnenden Tätigkeitsbereiches, in welchem die Arbeitnehmerschaft gegenwärtig an der Verantwortung für die Angelegenheiten der Gesamtheit teilnimmt, eine erfolgreiche Wirksamkeit zu entfalten. Ein Arbeitnehmer muß z. B. imstande sein, in der Gewerkschaftsarbeit und bei den Kollektivverhandlungen eine nützliche Rolle zu spielen oder im Betriebsrat, im Ausschuß für Produktionsfragen, in einem Lohnfestsetzungsorgan oder in einem Sozialversicherungsausschuß Mitgliedsfunktionen auszuüben. Um diesen Aufgaben gewachsen zu sein, muß er neben der aus eigener Erfahrung gewonnenen Kenntnis des Wirtschaftszweiges, in dem er tätig ist, eine klare allgemeine Vorstellung haben von der sozialen Struktur und dem Verwaltungswesen sowie von den bei der Führung der gewerkschaftlichen oder öffentlichen Angelegenheiten zur Anwendung gelangenden Verfahren.

Angesichts des wachsenden Bedürfnisses nach Kenntnissen dieser Art hat die Internationale Arbeitsorganisation 1956 ein ergänzendes Arbeiterfortbildungsprogramm aufgestellt. Vorgesehen sind Lehrgänge und Seminare in verschiedenen Teilen der Welt sowie eine Hilfstätigkeit in einzelnen Ländern oder auf internationaler Grundlage für schon bestehende Arbeiterfortbildungseinrichtungen.

Im Rahmen dieses Programmes gibt das Internationale Arbeitsamt gegenwärtig eine Folge von Handbüchern heraus, die als Grundlage für Arbeiterfortbildungslehrgänge auf den Gebieten dienen sollen, an denen die Internationale Arbeitsorganisation besonders interessiert ist.

Die vorliegende Veröffentlichung ist ein solcher Lehrgang für die Fortbildung von Arbeitnehmern. Sie behandelt die verschiedenen Typen der Sozialversicherung und verwandter sozialer Einrichtungen, die in ihrer Gesamtheit das System der Sozialen Sicherheit der einzelnen Länder bilden.

Der Lehrgang beginnt mit einer allgemeinen Darstellung der Entwicklung der Idee des sozialen Schutzes gegen solche Berufsgefahren wie Unfälle, Krankheit, Arbeitslosigkeit usw. und einer Erörterung der

Frage, auf welche sozialen Gruppen sich dieser Schutz erstrecken soll. Es folgt eine Untersuchung der verschiedenen Leistungstypen und der Voraussetzungen, unter denen sie gewährt werden. Im letzten Teil werden die mit der Finanzierung der Sozialen Sicherheit verknüpften Probleme sowie die in den einzelnen Ländern bestehenden Systeme und Methoden der Verwaltung auf dem Gebiet der Sozialen Sicherheit, der Beitragserhebung und der Leistungszahlung erklärt.

Der Lehrgang ist in zehn Lektionen eingeteilt. Angesichts des ausgedehnten Stoffgebiets und des beschränkten Raumes, der für seine Behandlung zur Verfügung stand, kann nicht erwartet werden, daß die gewählte Einteilung — wie irgendein Einteilungsprinzip überhaupt — den praktischen Bedürfnissen aller Lernenden voll Rechnung zu tragen vermag. Infolgedessen wird der Inhalt, gleichgültig ob er im direkten Unterricht (Vorlesungen, Erwachsenenurse usw.) oder für Korrespondenzkurse benutzt werden soll, den lokalen Bedürfnissen und Umständen angepaßt und ihnen entsprechend gegliedert werden müssen. Zusammen mit der im Anhang angeführten Literatur wird das Handbuch auch im Rahmen einer erschöpfenderen und spezielleren Untersuchung des Gegenstandes gute Dienste leisten. Jeder dieser Lektionen schließen sich einige Fragen an, die dem Zweck dienen, den durchgenommenen Stoff zu rekapitulieren und den Lernenden zur weiteren Beschäftigung mit einzelnen Fragen anzuregen.

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
VORWORT	III
ERSTE LEKTION: <i>Soziale Sicherheit: Ein neuer Name für ein altes Ziel</i>	1
Ursprünge der Sozialen Sicherheit	2
Sparen	3
Haftung des Arbeitgebers	3
Formen der Privatversicherung	6
Sozialversicherung	9
Sozialfürsorge	12
Familienzulagen	12
Staatlicher Gesundheitsdienst	13
Die Soziale Sicherheit und die IAO	13
ZWEITE LEKTION: <i>Geschützter Personenkreis</i>	17
Sozialversicherung der Arbeitnehmer	17
Bereich der erfaßten Betriebe	18
Bereich der erfaßten Arbeitnehmer	20
Sozialversicherung von Personen, die in keinem Beschäftigungsverhältnis stehen	24
Schutz der Familienangehörigen durch die Versicherung des Ernährers	25
Sozialfürsorge (einschließlich der Universalsysteme der Sozialen Sicherheit)	27
Dritte LEKTION: <i>Leistungen</i>	30
Allgemeines	30
Familienzulagen	38
VIERTE LEKTION: <i>Leistungen (Fortsetzung)</i>	46
Kranken- und Mutterschaftsversicherung	46
Ärztliche Leistungen	46
Krankengeld	55
Leistungen bei Mutterschaft	61
Fünfte LEKTION: <i>Leistungen (Fortsetzung)</i>	64
Renten	64
Invalidität	65
Alter	67
Tod des Ernährers	73
Sechste LEKTION: <i>Leistungen (Fortsetzung)</i>	76
Renten (Schluß)	76
Wartezeiten	76
Rentenberechnung	79
Siebente LEKTION: <i>Leistungen (Schluß)</i>	84
Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten	84
Definition des gedeckten Falles	85

	Seite
Ärztliche Leistungen	87
Leistungen bei vorübergehender Arbeitsunfähigkeit	88
Leistungen bei dauernder Erwerbsunfähigkeit	89
Leistungen an Hinterbliebene	91
Leistungen bei Arbeitslosigkeit	92
Definition des gedeckten Falles	94
Aufgaben der Arbeitsvermittlung	96
Sätze und Bedingungen der Arbeitslosenunterstützung	97
ACHTE LEKTION: Die Finanzierung der Sozialen Sicherheit	101
Häufigkeit und Dauer der Leistungen	102
Familienzulagen	102
Krankengeld	103
Leistungen bei Mutterschaft	105
Invalidenrenten	105
Altersrenten	106
Witwen- und Waisenrenten	108
Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten	109
Leistungen bei Arbeitslosigkeit	111
Ärztliche Leistungen	113
NEUNTE LEKTION: Die Finanzierung der Sozialen Sicherheit (Fortsetzung)	117
Zeitliche Verteilung der Kosten	117
Verteilung der Kosten auf die verschiedenen Bevölkerungsgruppen	127
ZEHNTE LEKTION: Die Verwaltung der Systeme der Sozialen Sicherheit	138
Ständige Verwaltungsfunktionen	138
Systeme mit Versicherungscharakter	139
Sozialfürsorge- und Universalsysteme	143
Befugnisse und Gliederung der Verwaltungsorgane	144
Selbstverwaltung der Sozialversicherung	147
Rechtsmittel	153
Hinweise auf weiteres Schrifttum	156

ERSTE LEKTION

SOZIALE SICHERHEIT: EIN NEUER NAME FÜR EIN ALTES ZIEL

Im Leben der Menschen und im Leben der Völker gibt es Zeiten, in denen sie sich zum Abenteuer hingezogen fühlen, wie auch Zeiten, in denen sie eine gesicherte Existenz anstreben. In unserem Zeitalter dürfte den meisten Menschen wohl die „Sicherheit“ das erstrebenswerte Ziel sein. Ein Zeichen hierfür ist die immer weitere Kreise erfassende, sich ständig verstärkende Forderung nach sozialer Sicherheit. Das Durchschnittsalter der Menschen ist heute höher als je zuvor, und mit den Jahren wird der Mensch bekanntlich vorsichtiger. Vielleicht sind auch die Gelegenheiten, durch das Eingehen von Risiken Reichtümer zu erwerben, so selten geworden, daß sie die Phantasie der Menschen nicht mehr beflügeln, so daß die Abenteuerlust außerhalb der wirtschaftlichen Sphäre befriedigt werden muß. Wie dem auch sei, heutzutage will jeder beruflich Tätige gesichert sein, nicht nur bis zur nächsten Mahlzeit, sondern bis zum Ende seines Lebens, und dieser Wunsch schließt auch die Sicherung der Existenz seiner Angehörigen mit ein. Dieses Bestreben hat es wohl schon seit jeher gegeben, wenn es auch oft nicht laut wurde, aber erst in den letzten Jahren erkannte die breite Masse, daß dieses Ziel für sie genauso erreichbar ist wie für die reichen Grundbesitzer. Das Wesen der sozialen Sicherheit besteht darin, der blinden Ungerechtigkeit der Natur und des Wirtschaftsgeschehens durch eine mit Überlegung geplante Gerechtigkeit zu begegnen und sie mit etwas gutem Willen zu mildern.

In dieser ersten Lektion wollen wir versuchen festzustellen, was heute allgemein unter dem Begriff „Soziale Sicherheit“ verstanden wird, indem wir die historischen Umstände untersuchen, unter denen sich dieser Begriff entwickelt hat.

Der Leser wird in diesem Buch, und vor allem in dieser ersten Lektion, eine ganze Reihe von Hinweisen auf die allgemeinen Strömungen der geschichtlichen Entwicklung finden, und es ist daher wohl am Platze, hierüber eine kurze Erklärung vorzuschicken. Es dauerte meist eine ganze Weile, bis man einem Volk die Vorteile der Idee der Sozialen Sicherheit begreiflich machen und die öffentliche Meinung davon überzeugen konnte, daß es sehr wohl möglich ist, diese Idee in immer weiterem Rahmen zu

verwirklichen. Nur in vereinzelten Fällen ist es weitblickenden Männern gelungen, die Formen, die die Soziale Sicherheit in einer noch fernen Zukunft annehmen wird, vorauszusehen. Außerdem setzt ein das ganze Land umfassendes System der Sozialen Sicherheit eine weitverzweigte Organisation voraus, deren Verwaltung ohne organisatorische Erfahrung mit bescheideneren und leichter zu bewältigenden Systemen fast unüberbrückbare Schwierigkeiten mit sich bringt. Daher kommt es, daß jedes Land versucht ist, in der eigenen Gesetzgebung Entwicklungsphasen zu durchlaufen, die in Ländern mit reicherer Erfahrung schon längst überholt sind. Dennoch ist heute der eingeschlagene Weg deutlich zu erkennen, so daß der Entwicklungsprozeß meist rascher vor sich geht und unter klarblickender Führung Fehlentwicklungen vermieden werden können. Abgesehen davon, zeigt auch schon eine oberflächliche Kenntnis des geschichtlichen Prozesses, daß stets, wenn man sich für ein bestimmtes Ziel entschieden hat, man zu seiner Erreichung reine Erfahrungsmittel heranzieht, wenn auch gelegentlich ein einleuchtender Grundsatz — vorzugsweise ein alteingebürgerter — herausgestellt wird, um diese Mittel schmackhaft zu machen. Endlich wohnt einem umfassenden, weitverzweigten System, besonders wenn es schon seit mehreren Jahren besteht, ein gewaltiges Trägheitsmoment inne, das grundlegende Änderungen sehr erschwert; daher hinken einige seit langem bestehende Systeme in ihren Verfahren anderen Systemen neueren Ursprungs nach.

URSPRÜNGE DER SOZIALEN SICHERHEIT

Für unsere Zwecke wird es zunächst genügen, den Ursprung der Bewegung zur Sozialen Sicherheit in den frühen Anfängen des 19. Jahrhunderts in Westeuropa zu suchen. Dort hatte die Industrialisierung ihren Anfang genommen, und dort war auch das „Proletariat“ geboren worden. Eine große neue Klasse war entstanden, die Fabrikarbeiter, deren Lebensunterhalt von der regelmäßigen Auszahlung ihrer Löhne abhing und für die daher Krankheit oder Arbeitslosigkeit bitterstes Elend bedeutete. Nun gab es zwar in Nordwesteuropa Armenrechtsverordnungen, die es bedürftigen Personen ermöglichten, unter Verlust ihrer bürgerlichen Rechte Unterstützungen zu beziehen, aber wie zu erwarten war — und dies war auch der Sinn dieser Gesetze —, machte niemand von diesem „Recht“ Gebrauch, wenn er es nur irgendwie vermeiden konnte. Das Armenrecht hatte aber zumindest das Verdienst, daß es die Verantwortung der Gemeinschaft für die Unterstützung der Mittellosen anerkannte, für die Bereitstellung bestimmter Geldbeträge zu diesem Zweck sorgte und in seinem Geltungsbereich ziemlich umfassend war. So nahm es verschiedene Prinzipien vorweg, die hundert Jahre später für

die Politik der Sozialen Sicherheit von grundlegender Bedeutung wurden. Die Unterstützung wurde aber so lange versagt, bis der Notleidende seine Mittel vollkommen erschöpft hatte und auch von seiner näheren Verwandtschaft keine Hilfe bekam. Die Armenunterstützung war also durchaus nicht als ein gewisses Mindestmaß an sozialer Sicherheit gedacht, sondern vielmehr als reine Polizeimaßnahme zum Schutz der öffentlichen Sicherheit, die dadurch, daß sie dem Hunger und der Verzweiflung entgegenwirkte, die sich daraus für die anderen Bürger möglicherweise ergebenden Gefahren und Belästigungen verminderte.

Bis in die achtziger Jahre des vorigen Jahrhunderts griff man vor allem zu drei Methoden, um die städtische arbeitende Bevölkerung vor der Mittellosigkeit zu schützen: Förderung des Sparens, Haftung der Arbeitgeber und verschiedene Formen der privaten Versicherung.

Sparen

Der Erfolg staatlich verwalteter Sparkassen, die sehr geringe Beträge als Einlage entgegennehmen, sollte nicht unterschätzt werden, denn in sehr vielen Ländern gab es und gibt es noch immer eine große Zahl von Lohnempfängern, die in diesen Sparkassen Konten unterhalten. Die Mängel dieser Einrichtung liegen aber auf der Hand. Bei dem vor fünfzig oder hundert Jahren vorherrschenden Lohnniveau und bei den großen Familien, die in jener Zeit die Regel waren, hatte ein ungelernter Arbeiter einfach nicht genug Geld übrig, um es zur Sparkasse zu tragen, und in der Tat brachten es auch nur wenige Angehörige dieser Klasse fertig, regelmäßig zu sparen. Auch ist das Sparen an sich kein sehr wirksames Mittel zur Erreichung von sozialer Sicherheit, außer vielleicht zur eigenen Altersversorgung; Krankheit, Unfälle, Arbeitslosigkeit und Tod können aber zu jeder Zeit im Leben eintreten, wenn auch einige dieser Risiken im vorgeschrittenen Alter wahrscheinlicher werden.

Haftung des Arbeitgebers

Die zweite Methode besteht darin, die Verantwortung für die Erhaltung des kranken wie des gesunden Arbeiters dem Arbeitgeber zu übertragen, kraft der fast väterlichen Autorität des Herrn über den Knecht und seiner daraus entspringenden Verantwortung. Hier wirkt noch das alte feudale System nach oder das althergebrachte Verhältnis zwischen dem Meister und den in seinem Hause wohnenden Lehrlingen. Für Regierungen, die glauben, daß sie das Problem der Sozialen Sicherheit lösen können — oder den Eindruck zu erwecken suchen, daß sie es gelöst haben —, ohne sich die Mühe zu machen, besondere Organe zu schaffen

oder Steuergelder aufzuwenden, bietet diese Methode viele Verlockungen. Sie ist in der Regel noch immer besser als gar nichts. Manchmal empfinden es Arbeitgeber als ihre moralische Pflicht, für das allgemeine Wohlergehen ihrer Arbeiter väterliche Sorge zu tragen. Früher einmal war in Mitteleuropa — und heute noch in gewissen Ländern Lateinamerikas und des Mittleren Ostens — der Arbeitgeber grundsätzlich verpflichtet, bei Krankheitsfällen, Todesfällen und Eintritt in den Ruhestand besondere Zuschüsse zu zahlen. Im allgemeinen bezieht sich jedoch die Haftung des Arbeitgebers vor allem auf die Entschädigungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten.

Im letzten Viertel des 19. Jahrhunderts suchten die industrialisierten Länder Westeuropas nach einem Weg, die immer zahlreicher werdenden Opfer der Fabrik- und Eisenbahnunfälle zu entschädigen. Natürlich war auf Grund eines ganz selbstverständlichen und anerkannten Prinzips des Bürgerlichen Rechts ein fahrlässiger Arbeitgeber verpflichtet, dem verletzten Arbeitnehmer Schadenersatz zu leisten; nur war es für den Arbeiter sogar dort, wo der Tatbestand der Fahrlässigkeit des Arbeitgebers wirklich vorlag, schwierig, den Beweis dafür zu erbringen. In Anbetracht dessen suchten die Rechtsgelehrten nach einer neuen Theorie, um die Entschädigung des Unfallopfers zu erleichtern. Es wurden mehrere Vorschläge gemacht, die alle darauf hinausliefen, einen Anspruch auf Schadenersatz begründen zu können, ohne den Beweis für die Fahrlässigkeit des Arbeitgebers führen zu müssen. Die Theorie, die schließlich Anerkennung fand, lief unter dem Namen „Prinzip des beruflichen Risikos“ und statuierte, daß der Arbeitgeber von vornherein für Betriebsunfälle haftbar ist. Jeder Unternehmer, der einen Betrieb gründet, schafft dadurch einen Faktor, der seinem ganzen Wesen nach Unfälle unter seinen Arbeitern verursachen kann, ohne daß notwendigerweise der Arbeitgeber oder der Arbeitnehmer daran direkt Schuld trägt; es ist daher nur recht und billig, daß der dem Opfer entstandene Schaden vom Arbeitgeber als Teil seiner Produktionskosten getragen wird. Dies war die Theorie, die den Gesetzen zugrunde liegt, welche die Arbeitgeber verpflichten, ihre Arbeiter für Verletzungen durch Unfälle, die sich aus der Beschäftigung ergeben, zu entschädigen. Die Höhe der Entschädigung wurde im Gesetz selbst geregelt und nicht mehr, wie dies früher bei Schadenersatzansprüchen gehandhabt wurde, vom Gericht von Fall zu Fall bestimmt. Diese sogenannten Betriebsunfallentschädigungsgesetze gaben dem Betroffenen eine viel bessere Möglichkeit zur Erlangung von Leistungen, die zumindest teilweise seinen Lohnausfall ersetzten; er mußte aber noch immer den vom Gesetz vorgeschriebenen Rechtsweg einschlagen, um seinen Anspruch geltend zu machen, und diese Prozeßführung wirkte sich auf seine Beziehungen zum Arbeitgeber nicht unbedingt günstig aus. Für den Gedan-

ken, den Unternehmer für Berufsunfälle haftpflichtig zu machen, sprach nicht nur das ethische Motiv der Gerechtigkeit; es wurde dadurch auch dem Arbeitgeber ein Anreiz geboten, positive Maßnahmen zur Verhütung von Unfällen zu ergreifen.

Nun kann aber die Methode der Haftbarmachung des Arbeitgebers noch zu keinem allgemeinen System der Sozialen Sicherheit führen. Die öffentlichen Behörden und großen Privatunternehmen sind zwar finanzkräftig genug und haben auch die notwendigen administrativen Möglichkeiten, um der ihnen auferlegten Verantwortung gerecht zu werden; sie haben auch in vielen Fällen selbst die Initiative ergriffen, indem sie im Interesse der Erhaltung eines guten Verhältnisses zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer ihrem Personal verschiedene Leistungen boten. So sind sie z. B. in der Lage, ihre eigenen betriebsärztlichen Dienste zur Betreuung des Personals einzusetzen, Krankengelder und Mutterschaftszuschüsse zu zahlen und die notwendigen Rücklagen zu bilden, um die Zahlung von Ruhegeldern an langgediente Arbeiter sicherzustellen. Die meisten Lohnempfänger sind aber nicht in Großunternehmen beschäftigt. In der Mehrzahl der industriell unterentwickelten Länder arbeitet der städtische Durchschnittsarbeiter in einem Kleinbetrieb, der etwa ein Dutzend Arbeitnehmer umfaßt. Man kann nun oft feststellen, daß kleine Unternehmen in vielen Fällen mit Schwierigkeiten zu kämpfen haben, um der gesetzlichen Forderung auf Zahlung solcher Leistungen an die Arbeitnehmer nachzukommen. Wird der kleine Unternehmer dazu gezwungen und handelt es sich um hohe Beträge, dann geht er bankrott, sein Geschäft ist ruiniert und seine Arbeiter verlieren ihr Brot. Daher kommt die gute Absicht des Gesetzgebers nur der Belegschaft großer Firmen zugute, und dieser Zustand ist natürlich unhaltbar.

Um die Entschädigungspflicht innerhalb der finanziellen Möglichkeiten eines Unternehmens mittlerer Größe zu halten, sah man daher Beträge vor, die weit davon entfernt waren, die tatsächlichen Bedürfnisse der Betroffenen bei dauernder und völliger Erwerbsunfähigkeit oder Tod zu erfüllen; da es keine Vorsorge für die regelmäßige Auszahlung von Renten gab, wurde die Entschädigung in solchen Fällen meistens in Form einer Pauschalabfindung beglichen.

Trotz allem kann die Haftung für einen Unfall, der dauernde Erwerbsunfähigkeit oder den Tod nach sich zieht, oder auch die Zahlungspflicht nach der Pensionierung eines Arbeitnehmers nach vielen Dienstjahren den Arbeitgeber verhältnismäßig schwer belasten, besonders wenn mehrere Ansprüche zur gleichen Zeit fällig werden. Um dem Arbeitgeber die Haftpflicht für Arbeitsunfälle abzunehmen, begannen die Versicherungsgesellschaften schon sehr bald Policen auszustellen, auf Grund derer der Versicherungsträger dem Arbeitgeber gegen die Zahlung von Prämien,

deren Höhe dem für das Unternehmen berechneten Risiko entsprach, die Haftung abnahm. Umsichtige Arbeitgeber, deren Unternehmen nicht groß genug waren, um sie in die Lage zu versetzen, ohne Schwierigkeiten ihre eigenen Risiken zu tragen, gingen Versicherungen dieser Art ein.

Wo die Haftung des Arbeitgebers für die Entschädigung bei Unfällen von Versicherungsgesellschaften übernommen wurde, kam es — was ja leicht verständlich ist — allzuoft vor, daß diese Gesellschaften die Ansprüche mit aller Kraft bestritten oder den Anspruchsteller dazu überredeten, sich mit einer lächerlich geringen Abfindung zufrieden zu geben. Es ist mit großer Wahrscheinlichkeit anzunehmen, daß solche Gepflogenheiten zu Unrecht den Ruf aller Versicherungsgesellschaften schädigten, jedenfalls haben sie aber dazu geführt, daß die Regierungen der meisten europäischen Länder schon seit langem einsahen, daß man andere Regelungen treffen mußte, um das Risiko für Betriebsunfälle gerecht zu verteilen.

Formen der Privatversicherung

Die dritte und letzte der aus dem vorigen Jahrhundert stammenden Methoden zur Bekämpfung der Not ist die private Versicherung in ihren verschiedenen Formen. Vorläufig wollen wir nur zwischen der Versicherung durch Hilfsvereine auf Gegenseitigkeit und der Versicherung durch eigentliche Versicherungsgesellschaften unterscheiden.

Die Hilfsvereine auf Gegenseitigkeit scheinen sich in verschiedenen Orten und verschiedenen Epochen spontan unter der städtischen Arbeiterschaft entwickelt zu haben, so z. B. im alten Rom oder in Madrid im 17. Jahrhundert. Mit dem Verfall der mittelalterlichen Zivilisation und ihrer Zünfte wanderten unorganisierte Massen von ungelernten Arbeitern in die Städte ein, und die Notwendigkeit solcher Vereine zur gegenseitigen Hilfe machte sich deutlich bemerkbar. Die Hauptziele dieser Vereine bestanden darin, den Mitgliedern bei Erkrankung einfache ärztliche Pflege zu sichern und im Todesfall die Bestattungskosten zu tragen; dafür zahlten die Mitglieder in festgesetzten Zeitabständen regelmäßig Beiträge. In einem Wort, die Hilfsvereine auf Gegenseitigkeit arbeiteten mit Versicherungsmethoden. Am Anfang war ihre Betriebsweise, wie ja nicht anders zu erwarten war, äußerst primitiv, und es kam nicht selten vor, daß sie die versprochenen Leistungen schuldig blieben. Allmählich kamen sie aber unter staatliche Aufsicht. Ihre Satzungen mußten amtlich genehmigt werden. Es war ihnen nicht gestattet, Versicherungen zu übernehmen, die rentenartige Leistungen mit sich brachten, beträchtliche Rücklagen voraussetzten und versicherungsmathematische Berechnungen erforderten; außerdem mußte ihre Rechnungsführung überprüft werden. Durch

diese Einschränkung ihrer Verantwortungen durch den Staat war eher die Möglichkeit gegeben, daß die Hilfsvereine ihre Verpflichtungen auch erfüllen konnten.

Sobald aber ein Hilfsverein auf Gegenseitigkeit auf geschäftlicher Basis geführt wird, kann man ihn praktisch kaum mehr von einer Versicherungsgesellschaft auf Gegenseitigkeit unterscheiden, deren Kunden zugleich auch ihre Aktionäre sind. Ältere oder kränkliche Personen werden nur zögernd aufgenommen. Außerdem sind Personen mit geringem Verdienst oder ohne feste Anstellung gar nicht in der Lage, die erforderlichen Beiträge regelmäßig zu zahlen.

Die Gewerkschaften, besonders die britischen, übernahmen oft die Rolle von Hilfsvereinen auf Gegenseitigkeit zusätzlich zu ihrer Hauptfunktion, die Interessen ihrer Mitglieder als Arbeitnehmer zu schützen. Auf diesem neuen Gebiet erstreckte sich ihre Tätigkeit vor allem auf die Gewährung von Arbeitslosenunterstützung, und hierin waren sie bahnbrechend. Eine Gewerkschaft hatte, insbesondere bevor es öffentliche Arbeitsvermittlungsstellen gab, den besten Überblick, wo es in ihrem Fach freie Stellen gab und welche ihrer Mitglieder am ehesten die persönliche und fachliche Eignung hatten, sie auszufüllen. Die Nachfrage nach Leistungen hing aber natürlich vom Wohlstand des betreffenden Gewerbebezuges ab und nicht vom allgemeinen Beschäftigungsstand in der Industrie in ihrer Gesamtheit, der natürlich viel krisenfester ist als der Beschäftigungsstand in einem bestimmten Gewerbebezweig in einer bestimmten Gegend. Da aber die Gewerkschaften keinen anderen Rückhalt hatten als die von ihren Mitgliedern eingezahlten Beiträge, waren sie finanziell nur in der Lage, verhältnismäßig kurzfristige Leistungen zu gewähren, und in allgemeinen Notzeiten waren ihre Mittel sehr bald erschöpft.

Da nun die von den Arbeitern selbst getragenen Hilfsvereine auf Gegenseitigkeit keine Gewähr für Alters- oder Lebensversicherungen übernehmen konnten, schufen verschiedene europäische Regierungen in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts Versicherungsämter mit staatlicher Bürgschaft, die auch den weniger Bemittelten die Möglichkeit gaben, Lebens- oder Altersversicherungen einzugehen; die Beiträge konnten z. B. durch die Post eingezahlt werden. Mit der Ausnahme von Japan wurde aber von diesen Möglichkeiten nicht viel Gebrauch gemacht, weil zu wenig Leute davon wußten und diejenigen Klassen der Bevölkerung, für die sie in erster Linie gedacht waren, davon keinen Gebrauch machen konnten oder wollten.

Angeichts dieser Umstände kam eine unternehmungsfreudige englische Versicherungsgesellschaft auf eine bessere Art, die Arbeiter dazu zu bringen, sich versichern zu lassen. Sie schickte ein Heer von Versiche-

rungsagenten aus, deren Aufgabe es war, jeden Haushalt zu besuchen, um Versicherungspolice zu verkaufen, deren Betrag etwa zur Deckung der Bestattungskosten des Versicherten ausreichte, und um wöchentlich die äußerst niedrig gehaltenen Prämien zu kassieren. Diese sogenannte Volksversicherung fand großen Anklang, und viele Versicherungsgesellschaften folgten diesem Beispiel — zuerst in England, dann in den Vereinigten Staaten und später auf dem europäischen Kontinent. Es wurden viele Millionen Policen verkauft, und es kam manchmal vor, daß jedes Familienmitglied eine oder mehrere Lebensversicherungspolice aufnahm. Nicht selten kam es sogar dazu, daß der Haushaltsvorstand mehr Policen übernahm, als er sich leisten konnte. Nach einer gewissen Zeit konnte er dann seinen Zahlungen nicht mehr nachkommen, und die Policen verfielen.

Die gewerbsmäßige Lebensversicherung und verwandte Versicherungszweige konnten aber vom Standpunkt des Versicherten nie den Erfordernissen der Sozialen Sicherheit gerecht werden. Der Grund ist nicht schwer zu begreifen. Die Lebensversicherung ist ein sehr solider Geschäftszweig, der strengen rechtlichen Normen der Zahlungsfähigkeit unterliegt und verlässliche versicherungsmathematische Berechnungen voraussetzt; aber das Ziel dieser Versicherungen ist in den meisten Fällen auf Gewinn gerichtet, und die Förderung der Sozialen Sicherheit läuft nur nebenbei mit. Selbst wenn eine Versicherungsgesellschaft — was unter Umständen denkbar wäre — im Vergleich mit einem System der Sozialen Sicherheit so rationell arbeitete, daß sie nach Abzug des Gewinns gleichwertigen Schutz gegen niedrigere Prämien gewähren könnte, würde man doch zögern, diese Versicherung für die Zwecke der Sozialen Sicherheit einzusetzen. Im Wettlauf der Lebensversicherungsgesellschaften um die Gunst des Kunden versucht nämlich jede, ihm so günstige Bedingungen zu bieten, wie sie es ohne Gefährdung ihrer Rentabilität tun kann. Die besten Bedingungen werden natürlich dem „idealen Versicherungsnehmer“ geboten, d. h. demjenigen, dessen Alter, Gesundheitszustand und Stellung am ehesten erwarten lassen, daß er so bald nicht in die Lage kommen wird, eine Leistung zu beanspruchen. Man kann sogar sagen, daß Versicherungsgesellschaften, ob sie auf Gegenseitigkeit beruhen oder auf Gewinn gerichtet sind, absichtlich „hohe Risiken“ auszuschließen versuchen und bestrebt sind, ihre Kundschaft ausschließlich auf Grund der Lebenserwartung auszuwählen. Natürlich kann man ein System der Sozialen Sicherheit nicht auf dieser Grundlage organisieren. Den Versicherungsgesellschaften kommt aber trotzdem eine sehr wichtige Rolle zu, und zwar die Ergänzung des Schutzes, der durch die Systeme der Sozialen Sicherheit geboten wird, deren Leistungen den höheren Einkommensklassen der Bevölkerung oft dürftig erscheinen. Man nimmt die

privaten Versicherungen heute hauptsächlich in Anspruch, um Zusatzrenten zu sichern — eine technisch sehr komplizierte Funktion, zu deren Erfüllung sie ausgezeichnet geeignet sind. Innerhalb der letzten Jahrzehnte haben sogar Versicherungsgesellschaften von den Unternehmern die Führung von Rentensystemen übernommen, die früher von den letzteren verwaltet wurden, diese Systeme auf eine gesündere Basis gestellt und — in der westlichen Welt — Gruppenpolicen verkauft, die dem Personal tausender mittelgroßer oder auch kleiner, aber gutgehender Betriebe zusätzliche Renten sicherstellen.

* * *

Wir haben uns nun mit den verschiedenen Methoden auseinander-gesetzt, mit denen man bis ungefähr 1880 versuchte, dem Arbeiter und seiner Familie in Zeiten, in denen er nur unregelmäßig oder überhaupt nichts verdiente, die Existenz zu sichern, ohne zur Armenfürsorge Zuflucht nehmen zu müssen. Sowohl das Sparen als auch die private Versicherung — ob auf gegenseitiger oder kommerzieller Basis — hatten versagt, und zwar stets aus den gleichen Gründen. Armut und Vorsorge sind miteinander nur schwer vereinbar. Jemand, der wirklich arm ist, hat alle Hände voll zu tun, um sich von einem Tag zum anderen am Leben zu erhalten: er kann nicht an Möglichkeiten denken, die irgendwann eintreten könnten, und selbst, wenn er es könnte, würden bei der Einteilung des kärglichen Lohnes die dringenden und vorhandenen Bedürfnisse den bloßen Möglichkeiten der Zukunft stets vorangehen. Der Fehler des 19. Jahrhunderts bestand in dem naiv optimistischen Glauben, daß die unteren Klassen der Arbeiterschaft wirklich imstande seien, ihre Risiken selbst zu tragen. Es gab aber immerhin eine Minderheit, die Geld zurücklegte oder sich durch Hilfsvereine auf Gegenseitigkeit versichern ließ — eine Minderheit, die allerdings Millionen zählte und die zum Hauptteil aus Facharbeitern bestand, deren Erfolg in ihrer eigenen Klasse die Hoffnung und Erwartung eines noch größeren Fortschritts für die Zukunft geweckt hatte, wenn nicht für sie selbst, dann doch für ihre Kinder.

SOZIALVERSICHERUNG

Gegen Ende des Jahrhunderts waren mehrere Länder des europäischen Festlandes zur Überzeugung gelangt, daß der Hilfsarbeiter nicht für seine eigene Sicherheit sorgen könnte, und so entschlossen sie sich, wenn auch mit Widerstreben, öffentliche Gelder der Förderung des freiwilligen Sparens zu widmen. In einigen Ländern führten solche Projekte zu wertvollen Ergebnissen, in anderen wurden sie aber wieder aufgegeben. In

Dänemark und der Schweiz gibt es noch immer ein subventioniertes System der gegenseitigen Hilfe auf dem Gebiet der Krankenversicherung, dessen Leistungen — hauptsächlich Sachleistungen — der großen Mehrheit der Bevölkerung zugute kommen; in Dänemark und Schweden liegt auch die freiwillige Arbeitslosenversicherung noch immer in den Händen der stark subventionierten Gewerkschaften. Diese besondere Versicherungsmethode hat vieles für sich, denn sie schafft ein echtes Partnerschaftsverhältnis zwischen Bürger und Staat, wobei jeder seinen Anteil der Verantwortung für das reibungslose Funktionieren des Systems trägt. In seinen einfacheren Formen bietet es aber dem ungelernten Arbeiter keinen Anreiz, weil dieser seinen Teil der Verpflichtungen entweder nicht erfüllen würde oder nicht erfüllen könnte; in einem Land wie Dänemark dagegen, wo die Bevölkerung ein verhältnismäßig hohes Lohn- und Bildungsniveau erreicht hat, umfaßt dieses System mit Erfolg einen wesentlichen Teil der Arbeiterschaft und wird durch sehr hohe Reserven gedeckt, die sorgfältig eingeteilt sind, um besonders den weniger bemittelten Versicherten zu helfen.

In den Jahren zwischen 1883 und 1889 schuf die Regierung des Deutschen Reiches unter der Führung von Bismarck das erste Sozialversicherungssystem, das etwa 30 Jahre lang fast das einzige seiner Art war. Warum kam man gerade in Deutschland so bald zu der Einsicht, daß sich das Problem der sozialen Unsicherheit weder durch die Haftpflicht der Arbeitgeber noch durch Hilfsvereine auf Gegenseitigkeit lösen läßt? Die Wahrheit ist, daß Deutschland sich nicht im gleichen Maße wie andere Länder Westeuropas der Idee des Wirtschaftsliberalismus und des Laissez-faire verschrieben hatte, sondern noch unter dem Einfluß der preußischen Tradition des autoritären, paternalistischen Staates blieb. Schon in den fünfziger Jahren des vorigen Jahrhunderts hatten mehrere deutsche Staaten die Gemeinden ermächtigt, Krankenkassen zu gründen, welche von den Arbeitern Pflichtbeiträge erheben durften; so kam zwar das Prinzip der Zwangsversicherung zur Anwendung, aber der einzige Beitragleistende war noch immer der Versicherte. Die Beitragspflicht des Arbeitgebers in der Krankenversicherung wurde nicht auf Grund eines allgemein geltenden Prinzips eingeführt, sondern aus verwaltungstechnischen Gründen, weil nämlich die Krankenversicherung auch die ersten drei Monate einer gesundheitlichen Schädigung infolge Arbeitsunfalls umfassen sollte, was zugegebenermaßen in den Haftungsbereich des Arbeitgebers fiel. Die Sozialversicherung wurde in drei Etappen eingeführt, und zwar im Jahre 1883 zuerst die Krankenversicherung, dann 1884 die soziale Unfallversicherung und zuletzt, im Jahre 1889, die Invaliditäts- und Altersversicherung, wobei sämtliche in der Industrie tätigen Lohnempfänger allen diesen Versicherungen beitreten mußten. Dadurch,

daß sie dieses System in Etappen einführte und die Leitung der Krankenversicherung den schon bestehenden Hilfsvereinen auf Gegenseitigkeit, die der Unfallversicherung den Arbeitgeberverbänden und die der Rentenversicherung den Ländern übertrug, besänftigte und verringerte die deutsche Regierung die dagegen auftretenden Widerstände.

Man sieht, daß die Form der Sozialversicherung, wie sie in Deutschland erfunden wurde, die Merkmale aller früheren Formen in sich vereinigte und zusammenfaßte. Der Beitrag des Arbeiters zu seinem Hilfsverein auf Gegenseitigkeit, die Prämie des Arbeitgebers an seine Unfallversicherungsgesellschaft, die staatliche Subventionierung des freiwilligen Sparens: alle waren sie Faktoren für die Finanzierung dieser deutschen Sozialversicherung. Zudem bestand die Invalidenrente aus einem Grundbetrag, der reinen Versicherungscharakter trug und an alle ausbezahlt wurde, die die Bedingungen erfüllten, und einem veränderlichen Teil, der in direktem Verhältnis zu den eigenen Beiträgen des Versicherten stand und als eine Art Ersparnisse angesehen werden konnte. Dazu erhielt jede der beteiligten Parteien ein Mitspracherecht bei der Verwaltung der Versicherung, und auch die Hilfsvereine auf Gegenseitigkeit, die zwar einen Teil ihrer Unabhängigkeit eingebüßt hatten, spielten noch immer eine wichtige Rolle. Die Ausdehnung der Pflichtversicherung auf alle Arbeitnehmer als Klasse oder zumindest auf die städtischen Lohnempfänger, ob Hilfs- oder Facharbeiter, jung oder alt, Mann oder Frau, gesund oder schwächlich, bedeutete, daß diejenigen Gruppen, die bisher am ehesten der Armenfürsorge zur Last fielen, jetzt durch ein System der Sozialen Sicherheit erfaßt wurden, das ihnen rechtzeitig zu Hilfe kam, um sie vor Elend zu bewahren. Die Möglichkeit, diesen Schutz auf die unteren, finanziell schwächeren Schichten der Arbeiterklasse auszudehnen, ergab sich natürlich erst mit der Erschließung zusätzlicher Einnahmequellen, die das Zweifache oder Dreifache des Beitrags des Arbeiters betragen.

Dem Beispiel Deutschlands folgten nach kurzer Zeit Österreich und dreißig oder vierzig Jahre später Großbritannien, andere europäische Länder, die Sowjetunion und Japan. Nach der großen Depression der dreißiger Jahre breitete sich die Sozialversicherung auf die lateinamerikanischen Länder aus und erreichte sogar die Vereinigten Staaten und Kanada. In den Ländern des asiatischen Kontinents konnte die Sozialversicherung erst nach Herstellung der nationalen Unabhängigkeit Fuß fassen.

Mit der Sozialversicherung hatte man tatsächlich das Hauptmittel zur fortschreitenden Verwirklichung der Sozialen Sicherheit entdeckt. Andere Ansätze und Methoden leiten sich entweder davon ab oder laufen nur nebenher; sie sind heute schon fast überholt.

SOZIALFÜRSORGE

Auf eine andere Weise suchte man in Dänemark das Problem der Sozialen Sicherheit zu lösen: Man stellte ein systematisches Programm auf, um jedem Staatsbürger die Möglichkeit zu geben, im Notfall Hilfe zu erlangen, ohne die Armenunterstützung in Anspruch zu nehmen und damit seine Selbstachtung und seine Bürgerrechte zu verlieren. Es lief der dänischen Denkart zuwider, daß Menschen nach einem langen Arbeitsleben, das zum Wohle des Landes beigetragen hatte, im Alter dieser Schande ausgesetzt sein sollten. So schuf man eine neue Form der sozialen Dienstleistung, die wir unter dem Namen „Sozialfürsorge“ kennen: in ganz bestimmten Notfällen, die nicht der Schuld des Notleidenden selbst zuzuschreiben waren, war von nun an jeder von Gesetzes wegen berechtigt, aus öffentlichen Mitteln Unterstützungen zu beziehen. Dieser Gedanke fand vor allem in den skandinavischen und in den englisch sprechenden Ländern Anklang. In erster Linie galt diese Fürsorge den alten Leuten. Aber allmählich wurden auch für Gebrechliche, Hinterbliebene und Arbeitslose Leistungen ohne Beitragspflicht eingeführt. Schließlich schuf man in Neuseeland durch die Verschmelzung einer Reihe solcher Fürsorgeeinrichtungen ein umfassendes System der Sozialen Sicherheit.

FAMILIENZULAGEN

Kurz nach dem ersten Weltkrieg wurde auf Initiative der französischen und belgischen Arbeitgeber ein neuer Bereich miteingeschlossen, der bis dahin noch nicht durch die Sozialversicherung oder Sozialfürsorge erfaßt war, und zwar die zusätzliche langfristige Belastung des Familienhaushalts durch die Geburt eines Kindes. Dieses neue Gebiet war von den bisher anerkannten artmäßig verschieden, da die Fortpflanzung, zumindest in den gebildeteren Kreisen der Bevölkerung, bis zu einem gewissen Grade dem freien Willen unterliegt, und es schien auf den ersten Blick sonderbar, den Familienzuwachs mit Notfällen, wie Krankheit oder Arbeitslosigkeit, auf einen Nenner zu bringen. In Wahrheit wurden die Familienbeihilfen — hauptsächlich in der Form wöchentlicher Zulagen für jedes Kind — als Prämien eingeführt, entweder um in Ländern, wo der Geburtenrückgang ein besorgniserregendes Ausmaß annahm, den Bevölkerungszuwachs zu fördern, oder um eine Forderung nach allgemeiner Lohnerhöhung abzuwenden, indem man die Erhöhung auf Familien mit Kindern beschränkte, oder auch um den Kindern armer Familien eine bessere Fortbildungsmöglichkeit zu geben und so jedem jungen Menschen die gleichen Erfolgsaussichten zu eröffnen. Trotz ihrer Eigen-

art bildet in den meisten Fällen die Familienzulage einen Bestandteil des Systems der Sozialen Sicherheit, teils weil sie mit anderen Barleistungen koordiniert werden muß, teils weil in vielen Fällen die schon bestehenden Organe zur Aufbringung und Verteilung der Mittel herangezogen werden. Die Einführung der Familienbeihilfen ist vielleicht mehr als jede andere Neuerung ein Meilenstein in der Entwicklung der Sozialen Sicherheit von den Grundsätzen und der Struktur der Maßnahmen Bismarcks hinweg in eine neue Phase hinein.

STAATLICHER GESUNDHEITSDIENST

Im Laufe der letzten beiden Jahrzehnte ist noch eine weitere wichtige Neuerung zu den Mitteln der Sozialen Sicherheit hinzugetreten: der staatliche Gesundheitsdienst, der zumindest seinem Prinzip nach jedem einzelnen eine völlig unentgeltliche ärztliche Betreuung bietet. Diese Einrichtung dürfte das Ergebnis aus der Verschmelzung der Leistungen der Krankenversicherung und der unentgeltlichen (oder fast unentgeltlichen) Krankenhausbehandlung auf Kosten der öffentlichen Behörden sein. Der erste Schritt in dieser Richtung bestand darin, daß die öffentlichen Gesundheitsbehörden die Verantwortung für die Organisation aller ärztlichen Betreuungsdienste übernahmen, obwohl diese auch weiterhin nur der versicherten Bevölkerung und den ihr gleichgestellten Gruppen unentgeltlich zur Verfügung steht (Sowjetunion und volksdemokratische Länder, Chile). Der nächste Schritt, der in Neuseeland und dem Vereinigten Königreich bereits verwirklicht wurde, bietet der gesamten Bevölkerung eine vollständige ärztliche Betreuung, in manchen Fällen gegen die Entrichtung minimaler Gebühren, die lediglich den Zweck haben, Mißbräuche zu verhindern.

DIE SOZIALE SICHERHEIT UND DIE IAO

Wir haben schon zu Anfang dieser Lektion versucht, dem schillernden Ausdruck „Soziale Sicherheit“ einen Sinn zuzuordnen, und dabei einige allgemeine Erläuterungen gegeben. Die Leser werden jetzt verstehen, daß die Soziale Sicherheit das Ergebnis einer umfassenden und erfolgreichen Reihe von Maßnahmen ist, um die Bevölkerung (oder einen großen Teil davon) vor wirtschaftlicher Not zu schützen, die sonst durch den Verdienstausschlag bei Erkrankung, Arbeitslosigkeit, Alter oder nach dem Tode des Familienernährers eintreten würde, um ferner die Bevölkerung im erforderlichen Maße ärztlich zu versorgen und um schließlich Familien mit Kindern finanziellen Beistand zu leisten. Diese Definition

liegt auch tatsächlich dem Übereinkommen über Soziale Sicherheit (Mindestnormen), 1952, zugrunde, das von der Internationalen Arbeitskonferenz angenommen wurde.

Wir können uns nun fragen, wie die Internationale Arbeitsorganisation überhaupt dazu gekommen ist, diesen Ausdruck zu gebrauchen und ihm den obigen Sinn beizulegen. Um diese Frage zu beantworten, müssen wir uns kurz ins Gedächtnis rufen, welche Rolle die Internationale Arbeitsorganisation bei der Aufstellung der internationalen Normen der Sozialversicherung gespielt hat. In den zehn Jahren von 1925 bis 1934 nahm die IAO verschiedene Übereinkommen an, die die Entschädigung bei Betriebsunfällen und Berufskrankheiten und die Kranken-, Renten- und Arbeitslosenversicherung regelten. Seither ist die IAO auf diesen Gebieten eine Art Lehrer und Führer. Das Internationale Arbeitsamt verwandte seinen Einfluß, um den Kreis der zu schützenden Personen und die Liste der zu erfassenden Wechselfälle des Lebens zu erweitern und die Wirksamkeit der Leistungen zu verbessern. 1935 führten die Vereinigten Staaten in ihrem Gesetz über die Soziale Sicherheit eine Art Sozialversicherung ein, die die Risiken Alter, Tod und Arbeitslosigkeit deckte; das gleiche Gesetz sah auch die Zahlung von Zuschüssen zu den nicht aus Beiträgen finanzierten Rentensystemen der einzelnen Staaten durch den Bund vor und stellte so eine Verbindung von Sozialversicherung und Sozialfürsorge her.

Der glücklich gewählte Ausdruck, der in der Bezeichnung dieses Gesetzes gebraucht wurde, fand rasch Verbreitung und wurde auch im gleichlautenden Titel des neuseeländischen Gesetzes verwendet, das in einer geschlossenen Verordnung eine Reihe schon bestehender und neu eingeführter sozialer Fürsorgeleistungen zusammenfaßte und zu ihrer Finanzierung eine allgemeine Sondereinkommensteuer vorsah. Das neuseeländische Gesetz wurde knapp vor Ausbruch des zweiten Weltkrieges verabschiedet und fand im Ausland zunächst nicht sehr viel Beachtung. Das Internationale Arbeitsamt war jedoch von seiner Tragweite tief beeindruckt und machte soweit wie möglich die Öffentlichkeit darauf aufmerksam. Auch der Hinweis auf die Soziale Sicherheit, der in der Atlantikcharta von 1941 enthalten war, trug dazu bei, die Geläufigkeit dieses Ausdrucks über die halbe Erde zu verbreiten. Er wurde zu einem Schlagwort, das einer der tiefsten und zugleich am weitesten verbreiteten Bestrebungen der Menschheit Ausdruck verlieh.

Das Internationale Arbeitsamt wurde von Lord Beveridge zu Rate gezogen, und die Unterstützung des Amtes wurde von ihm in großzügiger Weise anerkannt. Die Auffassung des Amtes von der Sozialen Sicherheit leitete sich von den Grundsätzen her, die es aus den Entwicklungszügen der Sozialversicherung und Sozialfürsorge herauskristallisierte:

a) Umfassende und koordinierte Deckung aller Ereignisse, die dem Lohnempfänger ohne sein Verschulden einen zeitweiligen oder dauernden Verdienstausfall verursachen können; ärztliche Betreuung und Familienbeihilfen;

b) Ausdehnung dieses Schutzes auf alle erwachsenen Personen nach Maßgabe ihres Bedürfnisses und auf ihre Angehörigen;

c) Sicherstellung von Leistungen, die, wenn auch von bescheidener Höhe, für die Erhaltung eines sozial annehmbaren Lebensstandards ausreichen und auf Grund eines echten Rechtsanspruches gewährt werden;

d) Finanzierung durch Methoden, die dem Begünstigten einen angemessenen Begriff von den Kosten der von ihm erhaltenen Leistungen vermitteln, die aber zu gleicher Zeit auf der umfassenden Anwendung eines Prinzips der Solidarität zwischen Reichen und Armen, Männern und Frauen, Erwerbstätigen und wegen ihrer Jugend oder ihres Alters nicht Erwerbstätigen, Starken und Schwachen beruhen.

Diese Grundsätze fanden ihren Niederschlag in den Empfehlungen betreffend Sicherung des Lebensunterhalts und ärztliche Betreuung, die von der Internationalen Arbeitskonferenz auf ihrer historischen Tagung in Philadelphia 1944 angenommen wurden, als die Mitgliedstaaten der Internationalen Arbeitsorganisation zusammentraten, um ihre Nachkriegsprogramme auf arbeits- und sozialrechtlichem Gebiet in gemeinsamen Vereinbarungen auszuarbeiten.

Fünf Jahre später hielt der Verwaltungsrat des Internationalen Arbeitsamtes die Zeit für gekommen, um den wesentlichen Inhalt der Empfehlungen von Philadelphia in die Form von Übereinkommen zu fassen, die scharf umrissene gesetzliche Verpflichtungen schaffen würden. Nach eingehender Beratung mit den Regierungen und nach Erörterung auf zwei Jahrestagungen nahm die Konferenz 1952 das Übereinkommen über die Mindestnormen der Sozialen Sicherheit an, auf welches wir schon einmal hingewiesen haben. Dieses Übereinkommen erfaßt die höchsten gemeinsamen Faktoren der Sozialpolitik, an die sich alle Länder, die unterentwickelten wie die hochentwickelten, die armen daher wie die reichen, binden würden. Wenn auch in mancher Beziehung die in ihm festgelegten Normen unterhalb derjenigen liegen, die in den reichen Ländern schon erzielt wurden, stellt es doch auch für die ärmeren Länder ein in der Praxis erreichbares Ziel dar.

In den folgenden Lektionen werden wir uns mit den wichtigsten Merkmalen oder Aspekten der Gesetzgebung und Verwaltungsstruktur der Sozialen Sicherheit beschäftigen und dabei häufig auf die einschlägigen Bestimmungen des Übereinkommens und der Empfehlungen der

IAO zu sprechen kommen. Wir werden sehen, daß jedes Land die Lösung seiner Probleme auf dem Gebiet der Sozialen Sicherheit auf seine eigene Weise angepackt hat und seinen eigenen Kompromiß zwischen dem Idealen und dem Durchführbaren, zwischen Theorie und Praxis und zwischen den miteinander in Konflikt stehenden wirtschaftlichen Interessen der betroffenen Parteien gefunden hat, dabei aber trotzdem die Anwendung der in den von der Organisation angenommenen Regelungen enthaltenen Grundprinzipien als Ziel vor Augen hatte.

Fragen

1. *Nennen Sie kurz die Mängel*
 - a) *des Sparens,*
 - b) *der Haftung des Arbeitgebers,*
 - c) *der Privatversicherung*

als Methoden zur Verwirklichung der Sozialen Sicherheit.

2. *Geben Sie diejenigen wesentlichen Merkmale der Sozialversicherungsgesetzgebung Bismarcks an, die an jede der drei oben angeführten Methoden erinnern, sowie die Neuerungen, die ihr zum Erfolg verhalfen.*

3. *Welches sind die allgemeinen Normen, die den von der Internationalen Arbeitskonferenz auf dem Gebiet der Sozialen Sicherheit angenommenen Texten zugrunde liegen in bezug auf*

- a) *die zu erfassenden Fälle,*
 - b) *die zu schützenden Personen,*
 - c) *die Leistungssätze,*
 - d) *die Finanzierung?*
-

ZWEITE LEKTION

GESCHÜTZTER PERSONENKREIS

Wie wir aus der ersten Lektion gelernt haben, entstanden gegen Ende des 19. Jahrhunderts in Deutschland die Sozialversicherung und in Dänemark die beitragslosen Renten, eine Art sozialer Fürsorge. Der eine dieser beiden Wege zur Sozialen Sicherheit entwickelte sich aus der Privatversicherung, der andere aus dem Armenrecht. Mit dem einen System sollten die im Arbeitsverhältnis Stehenden, mit dem anderen die Bedürftigen geschützt werden. In der jüngsten Entwicklung verschmelzen beide Systeme miteinander, wobei jedes vom anderen bestimmte Eigenschaften übernimmt. In dieser Lektion werden wir uns mit der Frage beschäftigen, nach welchen Grundsätzen man die Personengruppen bestimmte, die in den Genuß der Sozialversicherung kommen sollten, und weshalb ferner manche Länder einem System der Sozialfürsorge oder einem universalen System der Sozialen Sicherheit, das die ganze Bevölkerung ohne Klassenunterschiede schützt, den Vorzug gegeben haben.

Das Übereinkommen über Soziale Sicherheit (Mindestnormen) anerkennt die Sozialversicherung und die Sozialfürsorge als Alternativlösungen. Dieses Übereinkommen soll auch unterentwickelten Ländern zugänglich sein; dies geht am klarsten aus den Bestimmungen hervor, in denen der Mindestgeltungsbereich eines jeden Sozialversicherungszweiges festgelegt wird. In den unterentwickelten Ländern ist es sehr schwierig, die Sozialversicherung außerhalb der größeren Städte durchzuführen; in Dörfern und Kleinstädten gibt es nur spärliche ärztliche Einrichtungen und nur wenige Betriebe mit einer größeren Belegschaft. Das Übereinkommen gilt daher bereits als durchgeführt, wenn die vorgeschriebenen Normen oder Leistungen der Hälfte der Arbeitnehmer eines Landes gewährt werden. Die Sozialfürsorge, die ja im Prinzip die ganze Bevölkerung erfassen sollte und durch Besteuerung finanziert werden muß, übersteigt meistens die wirtschaftlichen Kräfte der unterentwickelten Länder.

SOZIALVERSICHERUNG DER ARBEITNEHMER

Die Baumeister der Sozialversicherung wollten mit ihrem Werk die in einem abhängigen Arbeitsverhältnis stehenden Personen schützen,

d. h. die große Gruppe der Personen, deren Beschäftigung unsicher ist, die Vermögen oder Ersparnisse nicht besitzen, keinen größeren Familien- und Nachbarnkreis haben und der Gefahr der Mittellosigkeit daher am meisten ausgesetzt sind; am stärksten gefährdet waren darunter die ungelerten Fabrikarbeiter. Auf der anderen Seite stand eine kleine Anzahl gebildeter und recht wohlhabender Arbeitgeber, die große Betriebe leiteten und die zur Mitwirkung an der Verwaltung und Finanzierung der Sozialversicherung herangezogen werden konnten.

Die Anzahl der versicherten Arbeitnehmerkategorien hat sich aus zwei Gründen ständig erhöht. Erstens mehrten sich die Arten von Betrieben mit versicherungsfähiger Belegschaft, und zweitens wurden immer mehr Personengruppen von dem Begriff „Arbeitnehmer“ erfaßt.

Bereich der erfaßten Betriebe

In den meisten Ländern, in denen es eine Sozialversicherung gibt, sind die Arbeitnehmer in bestimmten Wirtschaftszweigen und in Betrieben einer bestimmten Größe von der Sozialversicherung ausgeschlossen. Bestimmte Arten von Betrieben werden hauptsächlich deswegen ausgenommen, weil es arbeitspolitisch oder verwaltungsmäßig nicht möglich ist, die Mitwirkung der betreffenden Arbeitgeber zu erzwingen, oder weil die betreffenden Arbeitnehmer durch Sondermaßnahmen bereits genügend geschützt sind.

Die ersten Sozialversicherungspläne standen noch unter dem Einfluß der Merkmale, nach denen man den Geltungsbereich der bereits bestehenden Gesetze über die Entschädigung bei Arbeitsunfällen bestimmt hatte. Berücksichtigt wurden also in erster Linie Fabriken, Bergwerke, Eisenbahnen und ganz allgemein die größeren Betriebe oder solche, von denen bekannt war, daß die darin beschäftigten Personen eine verhältnismäßig gefährliche Arbeit leisteten. Der „gewerbliche Betrieb“ stand denn auch im Mittelpunkt der Wirtschaftssphäre, die von den ersten Sozialversicherungsgesetzen umschlossen war. Oft wurden nach diesen Gesetzen nur Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten, Krankheit und Mutterschaft gedeckt.

Kleinbetriebe waren ausgeschlossen, weil sich diesen zahlreichen Arbeitgebern, die der Einführung der Sozialversicherung durch passiven Widerstand hätten entgegenwirken können, die Versicherungspflicht nur schwer aufzwingen ließ. Die Unzulänglichkeit eines Systems, in dem die Eingliederung eines Betriebs in die Sozialversicherung davon abhängen konnte, ob die Belegschaft um einen einzigen Arbeitnehmer vermehrt oder verringert würde, was die Aufnahme oder den Ausschluß der ganzen Belegschaft zur Folge gehabt hätte, hat man natürlich erkannt, und es

war klar, daß man hier würde Abhilfe schaffen müssen, sobald das System im Bewußtsein der Öffentlichkeit wie auch verwaltungsmäßig fest verankert wäre.

In der Praxis ist es nicht leicht, eine Unterscheidung zwischen Industrie und Handel zu treffen. Die Gefährlichkeit der Arbeit bildet kein ausreichendes Kriterium, weil das Unfallrisiko in vielen Handelsbetrieben ebenso groß, wenn nicht größer ist als in einigen Zweigen der verarbeitenden Industrie. Gefährlich sind nicht nur alle Arbeiten in Verkehrsbetrieben und Hafenanlagen, sondern auch der Umgang mit schweren Warenstücken in Geschäften; gefährlich ist zum Beispiel auch die Arbeit in Metzgereien und das Fensterreinigen. So mußten alle die Handelsbetriebe, in denen die Arbeit Gefahren mit sich brachte, bald von der Pflichtversicherung erfaßt werden. Unfälle in Büros sind selten — seltener vielleicht als zu Hause; wird aber die Haftung des Arbeitgebers für Unfälle einmal zum Grundsatz erhoben, dann verbreitet sich dieser Grundsatz unaufhaltsam und gilt bald für jede Art der Beschäftigung. Hand in Hand mit ihm geht die Sozialversicherung, die daneben auch noch andere Risiken deckt.

Trotzdem ist man in vielen Ländern, insbesondere dort, wo der kleine Grundbesitz vorherrscht, bei der Ausdehnung der Sozialversicherung auf die Landwirtschaft auf beträchtliche Schwierigkeiten gestoßen. Die im Zusammenhang mit den gewerblichen Betrieben bereits erwähnte Schwierigkeit, die Arbeitgeber zur Beteiligung zu veranlassen, tritt in der Landwirtschaft noch deutlicher hervor; die Scheu der Landwirte vor Neuerungen, die Tatsache, daß dieselbe Person einmal Arbeitgeber und dann wieder Arbeitnehmer ist, die ungewisse Stellung der Familienangehörigen, der jahreszeitlich bedingte Charakter von mancherlei Beschäftigungen, die Entlohnung in Naturalien anstatt in bar und der anfängliche Mangel an ärztlichen Einrichtungen — alle diese Faktoren haben für die Gesetzgebung wie auch für die Verwaltung abschreckend gewirkt. Andererseits kann man nicht behaupten, daß das ständige Personal eines landwirtschaftlichen Großbetriebes leichter oder schwerer von der Pflichtversicherung zu erfassen wäre als die Belegschaft einer einzelnen Fabrik, und mit solchen landwirtschaftlichen Betrieben wird begonnen.

Die Gesetzgebung und Praxis der Sozialversicherung für städtische Arbeitnehmer muß weitgehend abgeändert werden, wenn man sie erfolgreich auf dem Lande einführen will. Für die hauptsächlichsten Arbeitnehmergruppen lassen sich willkürliche Lohnskalen aufstellen, und der Berechnung der Arbeitgeberbeiträge kann der voraussichtliche Lohnaufwand zugrunde gelegt werden, den die Bestellung des Bodens erfordern dürfte. In den meisten Ländern, in denen die städtischen Arbeitnehmer im allgemeinen erfolgreich versichert werden konnten, ist das Problem

der Einführung der Sozialversicherung in landwirtschaftlichen Kleinbetrieben jedoch noch lange nicht gelöst. Einen Schutz der Gelegenheitsarbeiter in landwirtschaftlichen Kleinbetrieben gibt es nur in industrialisierten Ländern, wo die Sozialversicherung praktisch alle Arbeitgeber und Arbeitnehmer erfaßt, und in dicht besiedelten, aber wohlhabenden Agrarländern, wo der Staat es sich leisten kann, bedeutende Zuschüsse zur freiwilligen Versicherung zu gewähren.

Die Versicherung von Hausangestellten ist, jedenfalls in der Stadt, wohl weniger schwierig, denn die Dienstgeberin kann meist lesen und schreiben und daher die für diese Gruppe von Arbeitnehmern vereinfachten Formalitäten leicht erfüllen; außerdem ist in einer gut verwalteten Stadt jeder Einwohner registriert, und die zugesicherte ärztliche Betreuung kann tatsächlich in Anspruch genommen werden.

Die Beamten und Dauerangestellten des Staates, der Gemeinden und anderer öffentlicher Behörden werden von der Sozialversicherung oft mit der Begründung ausgeschlossen, daß ihnen bereits bessere Leistungen geboten werden. Diese Arbeitnehmer dürften normalerweise Gemeinschaftsfonds in geringerem Maße in Anspruch nehmen als die meisten anderen Arbeitnehmergruppen, und ihr Ausschluß aus dem gemeinsamen System schwächt die Solidarität der arbeitenden Bevölkerung eines Landes.

Einige Zweige der öffentlichen und privaten Wirtschaft werden oft von der Rentenversicherung ausgenommen, weil sie ihre eigenen Pensionskassen besitzen, die nicht selten älter, ja sogar bedeutend älter sind als die allgemeine Sozialversicherung. Diese besonderen Pensionskassen gewähren meist höhere Renten, und ihre Mitglieder ziehen es vor, nicht in der Masse der versicherten Bevölkerung unterzugehen. Da jedoch die fraglichen Wirtschaftszweige (z. B. Kohlenbergbau und Eisenbahnen) alt sind und relativ an Bedeutung verlieren und zudem ihre Pensionskassen mit Rentnern überlastet sind, ist das allgemeine System ohne sie besser gestellt.

Bereich der erfaßten Arbeitnehmer

So wie die Sozialversicherung zuerst nur jene Betriebe einbezog, die am leichtesten verwaltet werden konnten, waren in den erfaßten Betrieben anfänglich auch nicht sämtliche Arbeitnehmer versichert, sondern nur jene, die unmittelbar und ständig auf den Arbeitgeber angewiesen waren und die sich von ihrem Lohn kaum etwas ersparen konnten. Die Haftung des Arbeitgebers für seine Arbeitnehmer, die in der Verpflichtung, Beiträge für ihren Schutz zu entrichten, zum Ausdruck kommt, bedurfte zunächst, um anerkannt zu werden, einer festen rechtlichen Grundlage;

erst später bekamen allgemeinere Erwägungen wirtschaftlicher und sozialer Zweckmäßigkeit die Oberhand.

So wurden anfänglich die Arbeitnehmer eines Betriebes nur dann versichert, wenn sie unter der Leitung und Aufsicht des Arbeitgebers oder seiner Bevollmächtigten arbeiteten, wobei zu sagen ist, daß solche Arbeitnehmer die überwiegende Mehrheit der Belegschaft bilden. Sie stellten durch den Arbeitsvertrag ihre Arbeitskraft zur Verfügung, und der Arbeitgeber entschied, wie diese verwendet werden sollte. Wenn der Arbeitgeber dem Arbeitnehmer also eine gefährliche Aufgabe zuwies, dann war er auch für etwaige Unfälle haftbar. So hing es ursprünglich von dem Vorhandensein eines Dienstvertrages ab, ob ein Arbeitnehmer versichert werden konnte, und zwar nicht nur gegen Arbeitsunfälle, sondern — durch eine naheliegende Erweiterung — auch gegen andere Risiken. Lehrlinge wurden soweit als möglich den Arbeitnehmern gleichgestellt, auch wenn sie keinen Barlohn bezogen.

In den Beziehungen zwischen dem Arbeitgeber und seinen Arbeitnehmern hat jedoch ein zweiter Faktor allmählich ein stärkeres Gewicht erhalten. Der Arbeitnehmer ist zur Bestreitung seines Lebensunterhaltes auf seinen Arbeitgeber angewiesen. Der Arbeitgeber ist es, der die Preise seiner Waren festsetzt, und für seinen Versicherungsbeitrag kann er sich, soweit es seine Konkurrenten und die Öffentlichkeit zulassen, durch einen entsprechenden Preisaufschlag schadlos halten. Der Arbeitgeber ist es, von dessen obligatorischer Mitwirkung die Finanzierung der klassischen Sozialversicherung abhängt. Diese Überlegungen führen zu der Erweiterung des Begriffes „Arbeitnehmer“ auf alle Personen, die sich verpflichten, regelmäßig für eine andere Person zu arbeiten: Handlungsreisende, Heimarbeiter und ähnliche Arbeitnehmer, Pächter von landwirtschaftlichen Betrieben, ja sogar Studierende an bestimmten Fachschulen.

Wer Dienstleistungen oder Waren verkauft, ist zur Bestreitung seines Lebensunterhaltes natürlich auf den Käufer angewiesen; die Anwendung des Abhängigkeitsgrundsatzes hat jedoch, wenn nicht logische, so doch praktische Grenzen. Die klassische Sozialversicherung verlangt, daß die „Käufer“, d. h. die Arbeitgeber, viel weniger zahlreich und wirtschaftlich viel stärker sind als die durch die Versicherung zu schützenden Personen. Als Arbeitnehmer gelten jedoch bei einigen Systemen auch Personengruppen, die zahlenmäßig schwächer sind als diejenigen, die ihre Dienstleistungen erwerben; hierzu gehören Putzfrauen, Gärtner, Musiklehrer und Krankenpflegerinnen, die eine Reihe privater Haushalte besuchen. Obwohl sie von mehreren Arbeitgebern beschäftigt werden, sind diese Arbeitnehmer in ihrem Beruf regelmäßig tätig und verdienen außerdem nicht viel. Das Fehlen dieser beiden Voraussetzungen war und ist noch

bis zu einem gewissen Grade ein Grund zum Ausschluß aus der Sozialversicherung, was wir im folgenden erklären werden.

Eine Beschäftigung kann den Charakter einer Gelegenheitsarbeit tragen, sowohl vom Standpunkt des Arbeitgebers wie von dem des Arbeitnehmers aus betrachtet. Im ersten Falle gilt ein Arbeitnehmer als Gelegenheitsarbeiter, wenn er nur für eine kurze, im voraus begrenzte Zeit angestellt wird. Es läßt sich kein vertretbarer Grund dafür finden, einen solchen Zeitraum aus der Versicherungszeit des Arbeitnehmers auszunehmen, und ließe man es zu, so könnte es zu der ungerechten Gepflogenheit führen, Personen nur auf eine beschränkte Zeit anzustellen, mit der Absicht, ihren Arbeitsvertrag sofort nach Ablauf dieser Periode zu erneuern. Andererseits läßt sich ein Ausschluß wohl rechtfertigen, wenn die Beschäftigung auch vom Standpunkt des Arbeitnehmers nur Gelegenheitsarbeit ist. Hier bedeutet Gelegenheitsarbeit, daß der Betreffende für die Bestreitung seines Lebensunterhaltes nicht vorwiegend auf ein Arbeitsverhältnis angewiesen ist; entweder arbeitet er normalerweise für eigene Rechnung, oder er arbeitet überhaupt nur gelegentlich gegen Entgelt. Gegen die Einbeziehung der Gelegenheitsarbeit in den Versicherungszeitraum wird eingewendet, daß der Beitrag verlorengeht, da die Leistungsvoraussetzungen vermutlich nie erfüllt werden, während die beiden Partner und der Versicherungsträger dennoch verpflichtet sind, den Eintragungsformalitäten gerecht zu werden. Die Schwierigkeit besteht offensichtlich darin, zu ermitteln, ob der Arbeitnehmer die Absicht hat, auch weiterhin als solcher seinen Lebensunterhalt zu verdienen; ist das der Fall, dann muß er versichert werden. Am besten wäre das Problem vielleicht dadurch zu lösen, daß ein Gelegenheitsarbeiter nur dann nicht der Sozialversicherungspflicht unterliegt, wenn er eine amtliche Versicherungsbefreiung beantragt und erhalten hat.

Vor dem zweiten Weltkrieg war es zwar nicht allgemein, jedoch weiterhin üblich, von der Pflichtversicherung Personen zu befreien, deren Monats- oder Jahreseinkommen eine bestimmte Grenze überstieg; für einen oder mehrere Wirtschaftszweige gilt diese Beschränkung noch heute in etwa einem Dutzend Ländern. Der Ausschluß der höherbezahlten Arbeitnehmer ist ein Überbleibsel aus einer Zeit, da die Sozialversicherung nur als eine Einrichtung zum Schutze der unteren Klasse aufgefaßt wurde und die Büroangestellten, die meist mehr verdienten als die Arbeiter, sich als sozial höhergestellt betrachteten. Manche Sozialversicherungen kennen keine Einkommensgrenze für Arbeiter, sondern nur für Angestellte, und in verschiedenen Teilen Europas und Amerikas sind Angestellte und Vorarbeiter bei anderen Versicherungsanstalten versichert oder genießen wie Beamte das Vorrecht, im Krankheitsfalle ihr Gehalt weiter zu beziehen. Früher wurde die Auffassung vertreten,

daß Angestellte, die dem unteren Mittelstand angehören, es sich leisten könnten, gegen die von der Sozialversicherung erfaßten Risiken privat vorzusorgen; man erwartete von ihnen, daß sie Lebensversicherungen abschlossen und — worauf besonders die Ärzteverbände bestanden — für den Fall der Krankheit Ersparnisse anlegten und die ärztliche Behandlung selbst bezahlten. Wenn diese Ansicht jemals gerechtfertigt war, so ist sie es heute, angesichts der sozialen und wirtschaftlichen Umwälzungen der Nachkriegszeit, gewiß nicht mehr. Außerdem wurde durch die Einkommensgrenze die Verwaltung des Versicherungssystems erschwert, weil das Einkommen eines Arbeitnehmers in aufeinanderfolgenden Monaten oberhalb und unterhalb dieser Grenze liegen konnte. Die in der Sozialen Sicherheit zum Ausdruck kommende soziale Solidarität ist im Begriff, dieser Einkommensgrenze ein Ende zu machen. Andererseits ist, wie wir noch sehen werden, die Höhe der Beiträge und Leistungen fast überall begrenzt.

Ob ein Arbeitnehmer mit seinem Arbeitgeber verwandt oder verwandt ist, sollte seine Versicherungsfähigkeit grundsätzlich nicht beeinträchtigen, denn der Arbeitnehmer ist wohl in jedem Falle für die Bestreitung seines Lebensunterhaltes auf einen ununterbrochenen Verdienst angewiesen. Man hat dennoch gezögert, Personen, die bei nahen Verwandten beschäftigt sind, in die Sozialversicherung einzubeziehen. Eine Anfangsschwierigkeit entsteht, wenn das Familienunternehmen, wie es am häufigsten vorkommt, ein Kleinbetrieb ist und das Entgelt ganz oder vorwiegend aus Sachleistungen besteht, so daß zur Entrichtung von Beiträgen nur wenig Bargeld zur Verfügung steht. Der vom Arbeitgeber und vom Arbeitnehmer gemeinsam verübte Versicherungsbetrug ist im allgemeinen nicht häufig, bildet aber, wenn beide miteinander verwandt sind, eine ziemliche Gefahr: jemand, der krank oder arbeitslos gemeldet ist, arbeitet trotzdem weiter; ein Arbeitsunfähiger, der noch weitere Beiträge entrichten muß, um eine Versicherungsleistung beanspruchen zu können, wird weiter in der Lohnliste geführt; richtet sich die Höhe der Leistung proportional nach der Höhe des letzten Lohnes, so wird dieser rasch noch erhöht usw. Sämtliche dieser Gelegenheiten zum Versicherungsbetrug müssen ausgeschaltet werden, wenn nahe Verwandte versichert werden sollen. Man kann zu diesem Zweck besondere Vorkehrungen treffen, allerdings würden sie zusätzliche Verwaltungsarbeit verursachen.

Weniger schwerwiegend sind diese verwaltungstechnischen Probleme bei der Rentenversicherung, und gewisse Rentenversicherungen für unabhängige Erwerbstätige versichern auch Familienangehörige, die zusammen mit dem Familienoberhaupt in dessen Unternehmen arbeiten.

SOZIALVERSICHERUNG VON PERSONEN, DIE IN KEINEM BESCHÄFTIGUNGSVERHÄLTNIS STEHEN

Die Ausdehnung der Sozialversicherung der Arbeitnehmer auf andere Bevölkerungsgruppen ist in der Hauptsache erst nach dem zweiten Weltkrieg in Gang gekommen. Im großen und ganzen betrachtet, erstreckt sich diese Ausdehnung entweder auf alle selbständig Erwerbstätigen oder ganz allgemein auf alle erwachsenen Bürger.

Die Verwirklichung der Sozialen Sicherheit für die nicht im Beschäftigungsverhältnis stehenden Bevölkerungsgruppen wird nicht allein durch das Fehlen von Arbeitgeberbeiträgen, sondern auch dadurch erschwert, daß Leistungen für sie nur in geringerem Maße vorgesehen werden können. Der wirtschaftliche Verlust dieser Personen bei vorübergehender Arbeitsunfähigkeit läßt sich nur sehr schwer abschätzen. Andererseits brauchen die weniger wohlhabenden Angehörigen dieser Gruppen einen Schutz im Falle einer kostspieligen Krankheit sowie in den drei von der Rentenversicherung gedeckten Fällen. In diesem Zusammenhang ist man zu der Auffassung gelangt, daß die Hausfrau ohne Bezahlung an der Vermehrung des Volkswohlstandes mitwirkt; wenn sie krank oder arbeitsunfähig wird, ist es daher nur recht und billig und liegt überdies im Volksinteresse, daß sie die notwendige Pflege und, gemäß einer Bewertung ihrer Dienste, eine Entschädigung erhält.

Die allgemeinen Rentenversicherungen haben immer, zumindest in Europa, Personen, deren Versicherungspflicht erloschen war, die Möglichkeit einer freiwilligen Weiterversicherung gewährt. Denn es wäre untragbar, wenn jemand, der mehrere Jahre lang Beiträge entrichtet hat, seine Anwartschaft verliert, weil er ein höheres Gehalt bezieht, eine nicht versicherungsfähige Beschäftigung aufnimmt oder sich selbständig macht. Obwohl für eine solche freiwillige Weiterversicherung sowohl Arbeitgeber als auch Arbeitnehmer Beiträge entrichten müssen, gewährt der Staat dort die gleichen Zuschüsse wie zur Pflichtversicherung, und ziemlich viele Personen, die sich weiterversichern lassen können, machen von dieser Möglichkeit auch Gebrauch, namentlich, wenn die staatlichen Zuschüsse hoch sind.

In einigen Ländern haben minderbemittelte selbständig Erwerbstätige die Möglichkeit, sich für den Krankheitsfall (hauptsächlich für ärztliche Behandlung) und für ihre Altersversorgung mit staatlichen Zuschüssen freiwillig versichern zu lassen. Neben der vorausgehenden Bedürftigkeitsprüfung findet gewöhnlich eine ärztliche Untersuchung statt, und es besteht eine obere Altersgrenze für den Beitritt zur Versicherung; diese Vorsichtsmaßregeln sind durchaus vernünftig. Dort, wo diese staatlichen Zuschüsse sehr hoch sind, treten viele, vielleicht sogar

die meisten der in Frage kommenden Personen dieser freiwilligen Versicherung bei, weil keine Privatversicherung etwas Gleichwertiges bieten könnte. Es läßt sich jedoch nicht vermeiden, daß zahlreiche Unbekümmerte später privaten oder öffentlichen Hilfswerken zur Last fallen.

Wenn der selbständig Erwerbstätige seine Beiträge nicht nach einem System entrichtet, in dem die periodischen Zahlungsaufforderungen der Versicherungsanstalt gesetzlich vollstreckt werden können, dann besteht in der Praxis nur ein geringer Unterschied zwischen der Pflichtversicherung und der freiwilligen Versicherung; ist der durch den staatlichen Zuschuß gebotene Anreiz nicht genügend, so lassen sich Zahlungsunterlassungen kaum vermeiden.

Nach Kriegsende haben mehrere europäische Länder und die Vereinigten Staaten, vielleicht angeregt durch die Empfehlungen von Philadelphia, eine Rentenpflichtversicherung für selbständig Erwerbstätige eingeführt. Dabei muß entweder der Staat hohe Zuschüsse gewähren, oder die Beiträge werden zusammen mit der Einkommensteuer zwangsweise erhoben; in manchen Fällen sind beide dieser Voraussetzungen gleichzeitig erfüllt.

Mit der Einführung der obligatorischen Rentenversicherung für alle erwachsenen Bürger folgten 1956 die Niederlande dem Beispiel Finnlands (1937), des Vereinigten Königreichs und der Schweiz (1946).

SCHUTZ DER FAMILIENANGEHÖRIGEN DURCH DIE VERSICHERUNG DES ERNÄHRERS

Wenn früher ein Versicherter infolge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit starb, hat die Sozialversicherung seine hinterbliebenen Familienangehörigen stets geschützt; hier machte sich der Einfluß des Zivilrechts geltend. Nach der Jahrhundertwende dauerte es jedoch noch eine Reihe von Jahren, bis auch die Hinterbliebenen von Arbeitnehmern, deren Tod auf anderen Ursachen beruhte, einen Rentenanspruch erhielten; weitere lange Jahre vergingen, bis die Familienangehörigen eines lebenden Arbeitnehmers auf Grund seiner Versicherung Leistungen erhielten. Zunächst umfaßten diese Leistungen nur die ärztliche Behandlung Kranker und werdender Mütter, doch wurden später (namentlich seit Ende des zweiten Weltkrieges) viele Familienzulagesysteme geschaffen.

Daß diese Entwicklung so lange dauerte, läßt sich durch das Vorhandensein der tief verwurzelten Anschauung erklären, daß jeder für seine Familie volle Verantwortung trägt. Es war nicht leicht, die Arbeitgeber davon zu überzeugen, daß sie einen Teil dieser Verantwortung übernehmen sollten. Die Einführung von Sozialleistungen für Familienangehörige stellte einen Wendepunkt in der Entwicklung der Sozialver-

sicherung und in der Rechtfertigung der Forderung auf Teilnahme des Arbeitgebers dar, der damals nicht immer erkannt wurde. Der Arbeitgeber konnte die Beitragszahlung nicht mehr mit der Begründung ablehnen, daß ihm das Wohlergehen der Familienangehörigen seiner Arbeitnehmer fernliege; denn man begann, seine Zahlungen als eine willkommene Steuer zu betrachten, die das allgemeine Wohl der arbeitenden Bevölkerung fördern sollte.

Was die ärztlichen Leistungen betrifft, so gehören zu den mitversicherten Familienangehörigen immer die Ehefrau, sofern sie nicht selbst versichert ist, und die kleineren Kinder; in einigen Ländern kommen jedoch noch fast alle anderen nicht selbst versicherten Verwandten hinzu, die mit dem versicherten Familienoberhaupt im gemeinsamen Haushalt leben; hierbei handelt es sich nicht nur um eine großzügige Regelung, sondern darüber hinaus um eine ausdrückliche Anerkennung der Sozialversicherung als eines Mittels zur Förderung der Volksgesundheit.

In einer ständig wachsenden Anzahl von Ländern erhalten Sozialversicherungsrentner auf Grund ihrer eigenen Anspruchsberechtigung ärztliche Leistungen. Wenn also die Sozialversicherung einmal die gesamte werktätige Bevölkerung umfaßt, werden früher oder später die Ehefrau und die zur Arbeit zu jungen Kinder die einzigen Personen sein, die auf Grund der Versicherung ihres Ernährers einen Anspruch auf ärztliche Leistungen haben.

Sehr unterschiedlich ist auch der Kreis der geschützten Hinterbliebenen des Ernährers; jedoch sind hier die gesetzlichen Bestimmungen — vielleicht weil die Leistungen geteilt werden müssen — meist genauer formuliert und stellen eine Vorrangfolge für die verschiedenen Verwandten auf. Die Versicherung gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten anerkennt in der Regel einen weiteren Kreis von anspruchsberechtigten Verwandten als die allgemeine Hinterbliebenenversicherung, was wohl auf den Einfluß des Zivilrechts zurückzuführen ist. Aus diesem Grunde hat die Versicherung gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten schon immer großzügigere Leistungen gewährt, was sie sich schon deshalb erlauben kann, weil viel weniger Schadensfälle auftreten.

Sowohl im Rahmen der Kranken- als auch in dem der Rentenversicherung wird der Begriff des „Kindes“ meistens sehr weit ausgelegt: er umfaßt nicht nur die Kinder und Stiefkinder des Versicherten, sondern auch uneheliche Kinder seiner Ehefrau und Adoptivkinder sowie schließlich jüngere Geschwister und Enkel, wenn sie zur Bestreitung ihres Lebensunterhaltes auf ihn angewiesen sind. Die Altersgrenze liegt nirgends unter dem Ende des schulpflichtigen Alters und in vielen Fällen darüber, wenn das Kind eine höhere Ausbildung erhält. Ist das Kind arbeitsunfähig, so kann auf eine Altersgrenze überhaupt verzichtet

werden, damit das Kind, wenn seine Eltern gestorben und seine Geschwister erwachsen sind, die höchstmögliche Waisenrente auf Grund der Versicherung der Eltern erhält, die seinen Unterhalt weitgehend sichert; ein ernstlicher Mangel der Sozialversicherung wird dadurch praktisch beseitigt.

Bei erwachsenen Verwandten, mit Ausnahme der Ehefrau, gilt im allgemeinen die Bedingung, daß sie nicht nur vom Versicherten tatsächlich abhängig, sondern auch alt oder arbeitsunfähig sind; wenn die Sozialversicherung einmal alles umfaßt, werden solche Personen nicht mehr als Familienangehörige versichert werden.

Als eine Art Sozialversicherung können Familienzulagesysteme betrachtet werden, die nur die Familienangehörigen solcher Ernährer schützen, für die besondere Beiträge entrichtet werden müssen. Nach der überwiegenden Mehrzahl dieser Systeme haben nur jene unterhaltsberechtigten Kinder auf Zulagen Anspruch, die mit dem Versicherten in einem Haushalt leben. Immer weniger Systeme gewähren Zulagen ausschließlich für das zweite und die folgenden Kinder. Andererseits gibt es einige Systeme, in denen nicht erwerbstätigen Müttern eine Zulage ausgezahlt wird, und schließlich einige wenige Systeme, in deren Rahmen für alle unterhaltsberechtigten Verwandten in dem betreffenden Haushalt Zulagen vorgesehen sind.

Familienzulagesysteme, die nicht aus Steuern, sondern durch Beiträge finanziert werden, beschränken sich fast ausnahmslos auf Arbeitnehmer. Nur in einigen wenigen Ländern gibt es derartige Einrichtungen für selbständig Erwerbstätige; dort hat es sich jedoch als undurchführbar erwiesen, von den Selbständigen Beiträge einzuziehen, die für die Finanzierung von Zulagen in einem vernünftigen Rahmen ausreichen.

Familienzulagesysteme werden mit anderen Sozialversicherungszweigen koordiniert, damit Zulagen auch dann weitergezahlt werden können, wenn der Ernährer seine Erwerbstätigkeit vorübergehend oder für immer aufgibt und aus diesem Grunde Arbeitslosen-, Kranken- oder Invaliditätsleistungen erhält. Wird die Zulage nach dem Tode der Eltern weiter ausgezahlt, so können sich dadurch, wenn diese Beträge hoch genug sind, Waisenrenten erübrigen.

SOZIALFÜRSORGE (EINSCHLIESSLICH DER UNIVERSALSYSTEME DER SOZIALEN SICHERHEIT)

Ein anderer Weg zur Verwirklichung der Sozialen Sicherheit ist die Sozialfürsorge. Sie entwickelte sich aus dem Armenrecht im Zuge der Spezialisierung in der Unterstützung der verschiedenen Kategorien bedürftiger Bürger und erreichte im ersten Viertel des 20. Jahrhunderts

ihren Höhepunkt. Diese Methode wurde in einigen verhältnismäßig reichen Ländern vorgezogen, die ein umfangreiches Eingreifen des Staates ablehnten und vor der umständlichen und komplizierten Verwaltung der Sozialversicherung zurückschreckten; die Regierungen dieser Länder konnten die technischen Probleme der Verwaltung der Sozialversicherung noch nicht klar durchschauen und befürchteten vielleicht, daß ein solcher Verwaltungsapparat und die durch die Beiträge erworbenen Ansprüche eine nicht wieder rückgängig zu machende Entwicklung verursachen würden. In Ländern, in denen die selbständig Erwerbstätigen einen großen Bestandteil der arbeitenden Bevölkerung bilden, konnte die Sozialversicherung der Arbeitnehmer das Problem der sozialen Unsicherheit nur teilweise lösen. Darüber hinaus war die größte Armut in der westlichen Welt gerade unter den alten Leuten anzutreffen, und die klassische Sozialversicherung sah keine sofortige Linderung der Not dieser Menschen vor. Aus diesen Gründen haben mehrere wohlhabende Länder dem Weg über die soziale Fürsorge den Vorzug gegeben.

Die Armenunterstützung ist traditionsgemäß die Aufgabe der Gemeinden, und dies bedingt, daß die Unterstützungsempfänger in der betreffenden Gemeinde wohnen. Doch handelt es sich bei den in diesen Lektionen untersuchten Arten der Sozialfürsorge um solche, die ganz oder teilweise von der Regierung finanziert und verwaltet werden. Es käme also praktisch die gesamte, ständig im Lande ansässige Bevölkerung als Empfänger der Leistungen in Frage. Die soziale Fürsorge beruhte zunächst lediglich auf dem Zusammengehörigkeitsgefühl der Bevölkerung, doch wird ihre Berechtigung heute um so mehr anerkannt, als man weiß, daß ja ein Teil des gesamten Volkseinkommens in die Staatskasse fließt, so daß alle Einwohner irgendwie ihren Beitrag zu den Kosten der sozialen Fürsorge leisten.

Wie es im Übereinkommen über Soziale Sicherheit (Mindestnormen) festgelegt ist, müssen dort, wo die vorgeschriebenen Leistungen im Rahmen der Sozialfürsorge gewährt werden, diese Leistungen allen Einwohnern zur Verfügung stehen, vorbehaltlich einer Überprüfung der wirtschaftlichen Verhältnisse bei der Geltendmachung des Anspruches und während der Nutznießung; ist der Antragsteller Ausländer, so können besondere Bedingungen vorgeschrieben werden.

Die soziale Fürsorge entspricht jedoch mit ihrem Verfahren der Nachprüfung der wirtschaftlichen Verhältnisse nicht mehr den heutigen Gegebenheiten, und in den letzten Jahren wurden auch keine neuen Systeme dieser Art eingeführt. Daß die genannte Überprüfung die Sparfreudigkeit beeinträchtigt, ist ein schwerer Mangel des Systems. Die Löhne der Arbeitnehmer — zumindest in den westlichen Ländern —

sind meist hoch genug, um steuerpflichtig zu sein, und die Methoden der Steuererhebung sind vollkommener geworden. Deshalb handelt es sich bei neuen Systemen, die die gesamte Bevölkerung erfassen sollen, stets entweder um nationale Rentenversicherungen, wie oben beschrieben, oder um Universalsysteme der Sozialen Sicherheit, die von allen Einwohnern unentgeltlich in Anspruch genommen werden können, wie etwa die nationalen Gesundheitsdienste und die Familienzulagesysteme.

Fragen

1. *Warum ist es schwierig, die Landarbeiter in die Systeme der Sozialversicherung einzugliedern?*
 2. *Welche Mißbräuche können vorkommen, wenn der Arbeitnehmer ein Familienangehöriger des Arbeitgebers ist?*
 3. *Welches ist die Hauptschwierigkeit bei der Eingliederung selbständig Erwerbstätiger in die Sozialversicherung?*
 4. *Worin unterscheidet sich die soziale Fürsorge von der Armenunterstützung einerseits und von der Sozialversicherung anderseits?*
 5. *In welche Richtung entwickeln sich die Systeme der sozialen Fürsorge, und welche Umstände ermöglichen eine solche Entwicklung?*
-

DRITTE LEKTION

LEISTUNGEN

ALLGEMEINES

Das Thema der folgenden fünf Lektionen sind die Leistungen der Systeme der Sozialen Sicherheit. Sie verkörpern den eigentlichen Zweck solcher Systeme, und dort, wo in den Statuten von den Leistungen die Rede ist, sind die Bestimmungen meistens am ausführlichsten; denn die Versicherungsfälle, für die sie vorgesehen werden, die Bedingungen, die der Antragsteller erfüllt haben muß, um sie zu erhalten und weiter zu beziehen, sowie ihre Form, Höhe und Dauer bedürfen einer Definition.

In einem einfachen Armenfürsorgesystem wollte man vom Antragsteller vor allem zweierlei wissen: ob er wirklich Not litt und ob er außerstande war, sich selbst zu helfen. War dies der Fall, gab man ihm die Mittel zur Bestreitung seines Lebens und gewährte ihm bei Krankheit ärztliche Hilfe. Ganz allgemein haben auch heute noch die Einrichtungen der Sozialen Sicherheit die Aufgabe, die Mittel zur Bestreitung des Lebensunterhalts aufzubringen und ärztliche Betreuung zu gewähren. Im Rahmen der Sozialen Sicherheit gibt es jedoch je nach der Art der Bedürftigkeit ganz bestimmte Leistungen, die eigens für den betreffenden Notfall gedacht sind; oft ist eine besonders hierfür geschaffene Stelle eingeschaltet.

Die Gliederung des Gesamtkomplexes der Sozialen Sicherheit in einzelne Zweige, von denen jeder ein bestimmtes Risiko oder eine Gruppe verwandter Risiken deckt, läßt sich durch die hier geschilderte geschichtliche Entwicklung erklären. Wie wir gesehen haben, konnten Hilfsvereine auf Gegenseitigkeit ihre Mitglieder ärztlich betreuen und kurze Zeit finanziell unterstützen; Versicherungsgesellschaften konnten die Haftpflicht der Arbeitgeber für Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten übernehmen, und die Gewerkschaften waren in der Lage, bei vorübergehender Arbeitslosigkeit Überbrückungsgelder auszuzahlen; die Rentenversicherung konnte jedoch nur von großen öffentlichen Institutionen getragen werden. Wo die verschiedenen Einrichtungen schon seit einer Generation oder noch länger nebeneinander bestanden hatten, ließen sie sich nur

schwer koordinieren, und der letzte Schritt, ihre Zusammenlegung — vorausgesetzt, daß eine solche wünschenswert ist — war nur in der jüngsten Vergangenheit in einzelnen Fällen möglich.

Die Spezialisierung der Sozialleistungen ist nicht nur rationell und wirtschaftlich, sondern gereicht auch dem Nutznießer zum Vorteil — oder sollte es wenigstens tun. Mit der Spezialisierung ist jedoch eine größere Genauigkeit in den Einzelbestimmungen und daher auch eine gewisse Starrheit verbunden. Diese Starrheit hat ihre Ursache wohl darin, daß die Leistungen der Sozialen Sicherheit auf Grund eines echten Rechtsanspruchs gewährt werden sollten.

Das Übereinkommen über Soziale Sicherheit (Mindestnormen) unterscheidet neun Leistungen, die es in einer an sich belanglosen Reihenfolge aufzählt. Für organisatorische Zwecke werden die Leistungen im allgemeinen in die folgenden Gruppen eingeteilt:

Familienzulagen;

ärztliche Betreuung, Krankengeld und Mutterschaftsleistungen;

Invaliditäts-, Alters- und Hinterbliebenenrenten;

Leistungen bei Arbeitslosigkeit.

Da wir hier nicht irgendein Idealgebilde erörtern wollen, sondern konkrete Einrichtungen der Sozialen Sicherheit, wie sie der Leser etwa in seinem eigenen Lande antreffen mag, werden wir uns an diese Gliederung halten. Es dürfte aber von Interesse sein, die allgemeinen Merkmale der Leistungen der Sozialen Sicherheit und ihre Beziehungen zueinander vorweg zu besprechen.

Wie wir auf den ersten Blick erkennen, haben alle in Frage kommenden Fälle eines gemeinsam: sie bewirken, daß der Verdienst des Betroffenen zur Bestreitung bestimmter wichtiger Ausgaben nicht mehr ausreicht. Ferner sind alle Risiken, mit Ausnahme der Arbeitslosigkeit, biologischer Art: Krankheit oder Verletzung, Niederkunft und das Anwachsen der Familie durch die Geburt eines Kindes, Alter und der damit verbundene Verfall der körperlichen und geistigen Kräfte, und schließlich der Tod. Die meisten dieser Ereignisse haben einen Verdienstaufschlag zur Folge. Bei heilbarer Krankheit, bei Mutterschaft und bei Arbeitslosigkeit ist dieser Ausfall vorübergehend, in den meisten Fällen unheilbarer Krankheit, bei manchen Verletzungen sowie bei Alter und Tod ist er jedoch von Dauer. Bestimmte funktionelle Behinderungen und Verstümmelungen verursachen, wie die teilweise Arbeitslosigkeit, nur eine Verringerung der Einkünfte. Zwar haben viele Krankheiten keine Arbeitsunfähigkeit zur Folge, doch ziehen sie alle normalerweise Behandlungskosten nach sich. Schließlich gibt es auch Fälle, die dem Ernährer Ausgaben für seine Familienangehörigen verursachen, wie Arztspesen,

Bestattungskosten und namentlich die Kosten für den allgemeinen Unterhalt.

Ein System der Sozialen Sicherheit kann oder sollte nicht für einen und denselben Verdienstausschlag mehr als eine Leistung gewähren. Wird ein Arbeitsloser zum Beispiel arbeitsunfähig, so erleidet er dadurch keinen zusätzlichen Verlust, der ihm einen Anspruch auf eine zusätzliche Leistung verleihe¹. Hat jedoch andererseits ein Ereignis bereits einmal zu einer Einkommenseinbuße geführt, so kann sein erneutes Eintreten eine weitere Verringerung verursachen: es könnte etwa jemand, der teilweise arbeitsunfähig ist, selbst für die Arbeit untauglich werden, die er noch auszuüben imstande war; in diesem Falle wird eine weitere Leistung fällig. Es wird auch vorkommen, daß jemand, der sein Einkommen teilweise oder vollständig eingebüßt hat, Verpflichtungen, wie zum Beispiel die Bestreitung von Arztkosten für sich selbst und seine Angehörigen, übernehmen muß. Die Familie kann durch die Geburt eines Kindes anwachsen, und schließlich müssen beim Tode des Ernährers die Bestattungskosten bezahlt und der Lebensunterhalt seiner Hinterbliebenen gesichert werden.

Einen vollständigen oder teilweisen Verdienstausschlag können natürlich nur erwerbstätige Personen erleiden. Arztspesen und Bestattungskosten können jedoch für jedermann entstehen, und jeder Erwachsene kann sich in die Lage versetzt sehen, zum Unterhalt eines Familienangehörigen gesetzlich verpflichtet zu sein.

Die Sozialversicherung wurde zunächst nur für den Schutz der Arbeitnehmer eingerichtet, während sie für selbständig Erwerbstätige erst nachträglich und auf etwas improvisierte Weise geschaffen wurde. Die Versicherung gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten und die Arbeitslosenversicherung erfaßten selbstverständlich nur die reinen Arbeitnehmer. In einigen Ländern wurden jedoch auch die kleineren Arbeitgeber und die selbständig Erwerbstätigen in die Möglichkeit versetzt und sogar verpflichtet, sich gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten zu versichern; in Dänemark wird diese Versicherung vom Staat subventioniert.

Im Gegensatz zur Sozialversicherung erstreckt sich die Sozialfürsorge auf die gesamte Bevölkerung, wobei als weiterer Unterschied noch hinzukommt, daß die Auswirkungen des vollständigen oder teilweisen Verdienstausschlages auf das Gesamteinkommen des Antragstellers in jedem Falle einzeln nachzuprüfen sind, bevor Leistungen gewährt werden.

¹ Sieht eine zweite Leistungsart (hier z. B. für Arbeitsunfähigkeit) einen höheren Betrag vor, so muß diese allerdings an die Stelle der früher ausgezahlten Leistung treten.

Mit Ausnahme von Bestattungen (die bei Mittellosigkeit unentgeltlich sind), Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten sowie Mutterschaft (wo der Arbeitgeber unter Umständen zu Ausgleichszahlungen verpflichtet wird), kann die Sozialfürsorge, wie es die Praxis bestätigt, alle denkbaren Fälle in ebenso wirksamer Weise decken wie die Sozialversicherung. In bezug auf sechs Fälle hat man die Sozialfürsorge manchmal selbst dort vorgezogen, wo bedeutende Sozialversicherungssysteme bereits bestanden. Diese Fälle sind: Bedürfnis nach ärztlicher Hilfe; Invalidität, Alter und Tod des Ernährers; Familienverpflichtungen; langdauernde Arbeitslosigkeit.

In bezug auf alle diese Fälle, mit Ausnahme des letzten, ist bei der Sozialfürsorge die Tendenz festzustellen, auf die Überprüfung der wirtschaftlichen Verhältnisse zu verzichten und sich auf diese Weise in ein umfassendes System der Sozialen Sicherheit zu verwandeln. Nur zwei Länder haben es gewagt, auch zur Deckung der Risiken der kurzfristigen Arbeitsunfähigkeit und der kurzfristigen Arbeitslosigkeit, bei denen der Gefahr eines Mißbrauchs schwer Einhalt zu gebieten ist, die Sozialfürsorge heranzuziehen.

Damit ein Leistungsanspruch entsteht, muß erstens der gedeckte Fall eingetreten sein und zu einem vollständigen oder teilweisen Verdienstaufschlag geführt oder bestimmte Sonderausgaben verursacht haben; zweitens muß derjenige, der den Anspruch geltend macht, in bezug auf seine Person alle Voraussetzungen erfüllen, die die betreffende Sozialversicherung oder Sozialfürsorge vorschreibt.

Was die zweite Voraussetzung betrifft, so verlangen die Statuten einiger Systeme lediglich, daß der Antragsteller beim Eintreten des Versicherungsfalles eine Beschäftigung ausübte, die von der Versicherung erfaßt wird. In vielen Fällen genügt es jedoch nicht, nur einfach „versichert“ zu sein, weil ein System jemanden meistens nicht allein deshalb schützt, weil er „versichert“ ist; es wird außerdem verlangt, daß er während einer Mindestzeit, deren Länge je nach der Leistungsart verschieden ist, eine „versicherungsfähige Beschäftigung“ ausgeübt hat und daß für ihn eine entsprechende Mindestbeitragssumme eingezahlt worden ist. Verständlicherweise hängt die Dauer der Wartezeit auch davon ab, wieweit die Wahrscheinlichkeit besteht, daß jemand eine Beschäftigung einfach deshalb aufnimmt, weil er befürchtet oder sogar schon weiß, daß für ihn ein Versicherungsfall eintreten wird, der ihm einen Anspruch auf Leistungen verleiht — gemeint sind also die Fälle, die für die Versicherung ein übermäßiges Risiko mit sich bringen. Je höher die in Aussicht stehende Versicherungsleistung ist, desto wahrscheinlicher ist es, daß solche Fälle auftreten. In einem Lande jedoch, in dem die Sozialversicherung nahezu alle erfaßt, sind die meisten Personen, die ein „hohes

Risiko“ darstellen, bereits versichert, wodurch das Problem einen großen Teil seiner Bedeutung verliert.

Im Rahmen der Sozialfürsorge sind die Voraussetzungen für die Anspruchsberechtigung einer Person nicht die gleichen wie innerhalb der Sozialversicherung. Um eine Leistung aus der Sozialfürsorge erhalten zu können, muß der Antragsteller im allgemeinen nachweisen, daß er ein Staatsangehöriger des Landes ist, nach dessen Gesetzgebung er seinen Antrag stellt, oder daß er zumindest in diesem Lande seinen regelmäßigen Wohnsitz hat; beantragt er eine Rente, so wird er wahrscheinlich nachweisen müssen, daß er während einer vorgeschriebenen Mindestanzahl von Jahren in dem betreffenden Land gewohnt hat.

Nachdem das Eintreten des Versicherungsfalles und die Erfüllung der Leistungsvoraussetzungen nachgewiesen sind, werden die Art und Höhe der in Frage kommenden Leistungen bestimmt. Handelt es sich um ärztliche Pflege, so muß es natürlich dem Ermessen des Vertrauensarztes überlassen werden, von welcher Art und Dauer die Behandlung sein soll, wobei allerdings bestimmte Grenzen durch die Statuten von vornherein festgelegt sind.

Die Barleistungssätze eines Sozialversicherungssystems stehen meistens in einem proportionalen Verhältnis zur Höhe des bisherigen, über einen bestimmten Zeitraum errechneten Durchschnittsverdienstes des Antragstellers, sie können aber auch auf der Basis des Existenzminimums festgesetzt werden. Im Rahmen der sozialen Fürsorge werden die Barleistungen grundsätzlich immer nach dem Existenzminimum bemessen, und zuweilen werden private Nebeneinnahmen oberhalb einer bestimmten Grenze von den Leistungen abgezogen.

Bei der Ausarbeitung des Übereinkommens über Soziale Sicherheit (Mindestnormen) anerkannte die Internationale Arbeitskonferenz gleichermaßen die Leistungen, die zum Verdienst in proportionalem Verhältnis stehen, und solche, die auf dem Existenzminimum beruhen. Es war keineswegs einfach, gerechte und vernünftige Regeln aufzustellen, nach denen das Niveau der Sozialleistungen in den einzelnen Ländern ermittelt und seiner wirtschaftlichen Bedeutung nach Vergleichen unterzogen werden konnte. Davon ausgehend, daß die Leistungen keinesfalls höher sein können als das vom Antragsteller zuvor bezogene Arbeitsentgelt, daß ferner die Kaufkraft der Löhne in einem ungefähr proportionalen Verhältnis zum tatsächlichen Wohlstand eines Landes steht und daß schließlich im Übereinkommen der Schwerpunkt weniger auf den absoluten Inhalt der Leistungen als vielmehr auf die Anstrengungen gelegt werden sollte, die die Mitgliedstaaten im Rahmen ihrer Kräfte für die Soziale Sicherheit unternehmen konnten, beschloß man, einen typischen Lohn für das jeweilige Land als Vergleichsmaßstab (Parameter)

für die Leistungssätze in diesem Land zu verwenden. Bezweckt das System die Sicherung eines Einkommens, das zur Bestreitung des Existenzminimums ausreicht, dann entspricht der Parameter dem Lohn eines typischen ungelernten Arbeiters. Ist die Sozialleistung proportional zum Arbeitsentgelt, dann muß sie nach den Bestimmungen des Übereinkommens einen bestimmten Mindestprozentsatz des Lohnes eines gelernten Handarbeiters erreichen. Dies wurde so beschlossen, weil die Systeme, in denen die Leistungen einen vorgeschriebenen Prozentsatz des bisherigen Lohnes darstellen, immer eine Höchstgrenze für diesen Lohn festsetzen, die manchmal so niedrig bemessen ist, daß sie die Höhe des Lohnes eines ungelernten Arbeiters kaum übersteigt, während die Mindestleistung, sofern eine solche überhaupt vorgeschrieben wird, weit unter dem Existenzminimum liegen kann. Im Übereinkommen ist genau festgelegt, auf welche Weise typische ungelernte und gelernte Arbeiter zu definieren sind. Dieses internationale Arbeitsübereinkommen ist das erste, in dem die Normen der Leistungen der Sozialen Sicherheit nicht an Hand von rechtlichen Begriffen, sondern vermittels statistischer Methoden definiert worden sind.

Die ärztlichen Leistungen sind in den einzelnen Systemen weniger verschieden als die Barleistungen, da sie meistens ziemlich allgemein definiert werden; diese allgemeine Ausdrucksweise ermöglicht natürlich eine ziemlich elastische Auslegung, je nachdem, was für ärztliche Einrichtungen in dem betreffenden Lande zur Verfügung stehen. Die Qualität der ärztlichen Betreuung, ein wesentliches Merkmal dieser Art der Sozialleistung, läßt sich — was beinahe selbstverständlich ist — überhaupt nicht definieren. Weder die Vollständigkeit der ärztlichen Schulung des Personals noch die Vollkommenheit der Einrichtungen können darauf schließen lassen, ob die Behandlung richtig ist oder nicht. Die Person, die die ärztliche Betreuung erteilt, kann ein Krankenpfleger oder Arztassistent sein, vielleicht aber auch ein Doktor der Medizin, und ob nun als Krankenhaus eine primitive Hütte auf einer Urwaldlichtung oder ein hypermoderner Wolkenkratzer dient, so kann die Behandlung in beiden Fällen für die in der betreffenden Gegend am häufigsten vorkommenden Krankheiten doch gleichermaßen wirksam sein.

Die größten Verschiedenheiten weisen die Systeme der Sozialen Sicherheit in ihren Barleistungsbestimmungen auf; diese Bestimmungen geben meistens Beträge und Zeitspannen an, die in Ziffern ausgedrückt werden müssen, und die Gesetzgeber eines jeden Landes haben ihre eigenen Auffassungen darüber, welche Leistungsbeträge angemessen sind, d. h. einerseits ausreichend, aber anderseits nicht so hoch, daß Mißbräuche vorkommen können. Vielleicht richtet man sich auch einfach danach, welche Finanzierungsbeiträge man von den Beitragspflichtigen

erwarten kann. Die Bestimmungen, die sich auf die Voraussetzungen und Höhe der Leistungen beziehen, sind im allgemeinen durch einen ausgeprägten Mangel an wissenschaftlicher Bewertung gekennzeichnet.

Dem freien Ermessen des Gesetzgebers sind jedoch Grenzen gesteckt; nur selten betragen die Leistungen für Verdienstausschlag weniger als ein Viertel des Lohnes eines ungelernten Arbeiters oder mehr als 90 Prozent des Verdienstes des Betroffenen, und eine Tabelle der Häufigkeitsverteilung der Prozentsätze bei den verschiedenen Systemen würde erkennen lassen, daß die größte Konzentration bei etwa 50 Prozent des einen oder anderen Parameters liegt. Obwohl sich übrigens die auf den Lohn bezogenen Leistungen von den nach dem Existenzminimum orientierten offenbar grundsätzlich unterscheiden, kommt es häufig vor, daß beide teilweise miteinander verbunden werden; so kann etwa die Leistung aus zwei Komponenten bestehen, von denen die eine sich nach der Höhe des letzten Lohnes richtet und die andere die Anzahl der Familienangehörigen berücksichtigt. Auch hier sind Mindestsätze meistens und Höchstsätze fast immer üblich.

Die Tatsache, daß die Leistungssätze von Versicherung zu Versicherung oder von Land zu Land verschieden hoch sind, könnte man vielleicht dadurch erklären, daß mit den Leistungen der Sozialen Sicherheit verschiedene Ziele verfolgt werden. Die Frage wäre hier zum Beispiel, ob die Versicherten vollständig auf die Pflichtversicherung angewiesen sein sollen oder ob man von ihnen erwartet, daß sie diese durch Ersparnisse oder eine private Versicherung ergänzen. In Ländern mit einer sozialistischen Staatsform wird natürlich, zumindest für fleißige und treue Arbeitnehmer, die erste Lösung gewählt. Was die Verhältnisse in den vorwiegend privatwirtschaftlich ausgerichteten Ländern betrifft, so sollte man annehmen können, daß die Leistungen der Sozialen Sicherheit nur das Fundament bilden, auf dem der einzelne je nach seinen Wünschen und Kräften seinen eigenen zusätzlichen Versicherungsschutz aufbaut. Diese Annahme bewahrheitet sich indessen nur in einigen wenigen englisch sprechenden sowie nordeuropäischen Ländern. In anderen Ländern mit privatkapitalistischem Wirtschaftssystem ist festzustellen, daß die Einrichtungen der Sozialen Sicherheit — die alle auf dem Versicherungsprinzip beruhen — der großen Masse der erwerbstätigen Bevölkerung die Last einer zusätzlichen privaten Vorsorge immer weiter abnehmen. Diese Entwicklung, die das persönliche Verantwortungsgefühl verständlicherweise schwächt, wurde durch schwere Inflationen und katastrophale Ersparnisverluste noch beschleunigt; nur die vom Staat verbürgten Systeme konnten sich verpflichten, für die Geldentwertungsverluste einen einigermaßen ausreichenden Ersatz zu bieten.

Ein System der Sozialen Sicherheit, dessen Leistungen sich den Geldwertschwankungen nicht anpassen, erfüllt seinen ursprünglichen Zweck natürlich nicht. Seit Kriegsende haben die meisten Regierungen, auch auf Grund der Lehren des Volkswirtschaftlers J. M. Keynes, eine Herabsetzung der Nominallohne (oder, wenn eine neue Währung eingeführt worden ist, der Reallohne) abgelehnt. Beabsichtigt, wenn auch nicht immer erreicht, wurde damit eine zur Produktivitätssteigerung proportionale Lohnerhöhung. In der Praxis neigen die Nominallohne dazu, rascher anzusteigen als die Produktivität, woraus sich eine mehr oder weniger große Inflation ergibt. Insbesondere während der ersten Nachkriegsjahre ist die Inflation in einigen Ländern so rasch fortgeschritten, daß die Regierungen sie nicht mehr einzudämmen vermochten und die Währung gegenüber dem Vorkriegsstand um 50 bis 90 Prozent oder sogar noch stärker abgewertet wurde. Die Regierungen nahmen zwar eine allgemeine Aufwertung der Sozialleistungen vor, mußten aber schon nach etwa einem Jahr einsehen, daß die neuen Sätze bereits nicht mehr ausreichten. Deshalb enthalten jetzt mehr und mehr Systeme der Sozialen Sicherheit ständige Vorschriften über die Anpassung der Leistungen an das allgemeine Lohn- oder Preisniveau.

Schon 1944 hat die Internationale Arbeitskonferenz in Philadelphia in der Empfehlung betreffend Sicherung des Lebensunterhalts dieses Problem vorausgesehen und später im Übereinkommen über Soziale Sicherheit (Mindestnormen) den seinerzeit formulierten Grundsatz bestätigt, daß die Leistungssätze überprüft werden sollten, wenn sich das allgemeine Einkommensniveau infolge größerer Schwankungen der Lebenshaltungskosten wesentlich geändert hat.

Die kurzfristigen Leistungen, die auf Grund des vom Antragsteller zuletzt bezogenen Lohnes berechnet werden, bieten keine nennenswerten Probleme, es sei denn, daß die Inflation katastrophale Ausmaße annimmt. Anders verhält es sich mit der Rentenversicherung. Die Renten können auf zwei Arten Schaden leiden: erstens wenn ihre Berechnungsgrundlage, d. h. das während einer bestimmten Anzahl von Jahren bezogene Durchschnittseinkommen, an Wert eingebüßt hat, und zweitens wenn die Rente selbst an Wert verliert. Systeme, deren Leistungen sich nach dem Existenzminimum richten, müssen natürlich ihre gesamte Leistungsskala den neuen Verhältnissen anpassen; dies ist allerdings verwaltungstechnisch verhältnismäßig einfach zu bewerkstelligen.

Sind in einem Lande die Zweige der Sozialen Sicherheit nicht aufeinander abgestimmt, dann kann es vorkommen, daß für die einzelnen Versicherungsfälle, die trotz ihrer wesensmäßigen Verschiedenheit dieselben Bedürfnisse entstehen lassen, verschieden hohe Leistungen vorgesehen sind. Diese Unterschiede gehen manchmal auf verständliche

Absichten zurück, erscheinen aber oft als willkürlich. Wird zum Beispiel erwartet, daß der eingetretene Verdienstausschlag nur vorübergehend ist, so kann man sich entweder auf den Standpunkt stellen, der Betreffende könne ja auf seine Ersparnisse zurückgreifen, so daß eine verhältnismäßig niedrige Versicherungsleistung genügen dürfte; man kann aber auch der Ansicht sein, er könne seine gewohnten Ausgaben nicht plötzlich verringern, weshalb eine verhältnismäßig hohe Leistung am Platze wäre; erwartet man einen dauernden Verdienstausschlag, so lassen sich die entsprechenden Gegenargumente vorbringen. Das eine Argument ist vielleicht ebenso berechtigt wie das andere, doch müssen Bedenken entstehen, wenn beide Überlegungen in der Gesetzgebung desselben Landes zum Ausdruck kommen.

Die Arbeit der Internationalen Arbeitskonferenz hat es den Regierungen erleichtert, das Niveau ihrer Mindestleistungen festzusetzen; dies ist insbesondere dem Einfluß des Übereinkommens über Soziale Sicherheit (Mindestnormen) zu verdanken. Die Tatsache, daß es möglich war, genaue Zahlen in dieses Übereinkommen aufzunehmen, ist ein Zeichen für die zunehmende Übereinstimmung der in den verschiedenen Ländern vertretenen Meinungen zu der Frage, welche Leistungen in den einzelnen Fällen als angemessen betrachtet werden können. Es sollte jedoch nicht unerwähnt bleiben, daß die Konferenz ebenso vorgegangen ist wie die Parlamente der einzelnen Länder und daß das erzielte Ergebnis auch hier weniger auf wissenschaftlichen Überlegungen als vielmehr auf Kompromissen beruht, die von den Vertretern verschiedener gegensätzlicher Interessen geschlossen wurden.

FAMILIENZULAGEN

Bei der Festsetzung der Lohn- und Gehaltssätze wird die Anzahl der auf den Lohn oder das Gehalt angewiesenen Familienangehörigen nicht unmittelbar berücksichtigt. Arbeitnehmer und Arbeitgeber gehen bei der Lohnfestsetzung zwar gewiß auch von einfachen praktischen Erwägungen in bezug auf den Lebensstandard, die durchschnittliche Größe der Familie und das zur Bestreitung des Lebensunterhalts der Familie notwendige Einkommen aus, haben sich aber darüber vermutlich keine wirklich präzisen Vorstellungen gemacht. Ein erwachsener Mann kann sicherlich mit seinem normalen Lohn zumindest seinen eigenen Lebensunterhalt und wahrscheinlich auch den seiner Frau in einer Weise bestreiten, die in seinem Land als angemessen gilt. Unterernährung und andere Härten, die manche Familien gesunder Arbeitnehmer erdulden müssen, werden jedoch vor allem dadurch verursacht, daß in bezug auf die Größe der Familie die Löhne nicht elastisch sind.

Es braucht nicht eigens betont zu werden, daß große Familien der Armut in größerem Maße ausgesetzt sind als kleine. Lange hielt man dies für ganz in Ordnung, und die Regierungen befürchteten insbesondere während der raschen Bevölkerungszunahme im 19. Jahrhundert, daß eine Unterstützung von Eltern, die mehr Kinder in die Welt setzten, als sie ernähren konnten, das elterliche Verantwortungsgefühl schwächen könnte. Diese Anschauung änderte sich jedoch, als dieses elterliche Verantwortungsgefühl in manchen Ländern Europas so stark wurde, daß dadurch ein Bevölkerungsrückgang zu befürchten war.

Währenddessen wurde im ersten Viertel des 20. Jahrhunderts die Sozialreform erfolgreich vorwärtsgetrieben, und dem Wohle der jüngeren Generation wurde eine ständig wachsende Aufmerksamkeit gewidmet. Der unentgeltliche Unterricht wurde durch subventionierte Schulspeisungen und durch ärztliche Betreuung der Schulkinder ergänzt, während kinderreiche Familien Steuererleichterungen erhielten. Andere kleine Vergünstigungen für Familien (insbesondere für kinderreiche Familien) sind inzwischen verschiedentlich eingeführt worden. Weit überragt wird dies alles jedoch von den Familienzulagen, die, bis zum Ende des zweiten Weltkriegs auf Frankreich und Belgien beschränkt, jetzt in Europa zum Allgemeingut geworden sind und die, wenn auch nur langsam, auch in anderen Weltteilen Boden gewinnen.

Noch vor Beginn der Nachkriegszeit empfahl die Internationale Arbeitskonferenz in Philadelphia ihren Mitgliedstaaten die Durchführung eines Programms zur Förderung des Wohls der Familie mit folgenden Worten:

Die Allgemeinheit sollte in der Regel mit den Eltern durch allgemeine Fürsorgeeinrichtungen zusammenarbeiten, die dazu bestimmt sind, das Wohlergehen der unterhaltsberechtigten Kinder zu sichern.

1. Öffentliche Beihilfen in bar oder in Sachleistungen oder in beiderlei Gestalt sollten gewährt werden, um das Heranwachsen der Kinder unter gesundheitlich einwandfreien Verhältnissen zu ermöglichen, kinderreiche Familien zu unterstützen und die im Wege der Sozialversicherung zugunsten der Kinder getroffenen Maßnahmen zu ergänzen.

2. Wird bezweckt, das Heranwachsen der Kinder unter gesundheitlich einwandfreien Verhältnissen zu erleichtern, so sollten die Beihilfen die Gestalt etwa folgender Vergünstigungen annehmen: kostenlos verabreichte oder verbilligte Nahrungsmittel für Kleinkinder, Schulspeisungen und verbilligte Wohnungen für Familien mit mehreren Kindern.

3. Wird bezweckt, den Unterhalt kinderreicher Familien zu erleichtern oder die zugunsten der Kinder getroffenen Maßnahmen durch Sachleistungen und im Weg der Sozialversicherung zu ergänzen, so sollten Familienbeihilfen gewährt werden.

4. Solche Beihilfen sollten ohne Rücksicht auf das Einkommen der Eltern nach einer bestimmten Abstufung gewährt werden. Nach dieser Abstufung sollten die Beihilfen einen wesentlichen Beitrag zu den Kosten des Unterhalts

eines Kindes bilden und den Mehraufwendungen, die der Unterhalt älterer Kinder erfordert, Rechnung tragen. Sie sollten mindestens allen Kindern zukommen, für die nicht durch die Sozialversicherung gesorgt ist.

5. Kann die Erfüllung der Unterhaltspflicht der Eltern gegenüber unterhaltsberechtigten Kindern nicht erzwungen werden, so sollte die Allgemeinheit die Verantwortung für den Unterhalt solcher Kinder übernehmen¹.

Dieser Wortlaut zeigt deutlich, daß die Verfasser der Auffassung waren, Sachleistungen seien stets dann vorzuziehen, wenn man das Heranwachsen der Kinder unter gesundheitlich einwandfreien Verhältnissen im Auge habe, während Familienbeihilfen im wesentlichen ein Mittel zur Erreichung bevölkerungspolitischer Ziele darstellten. Die seit Kriegsende getroffenen Wohlfahrtsmaßnahmen zugunsten der Kinder haben diese Auffassung vom Zweck der Familienbeihilfen jedoch nicht bestätigt. Im Gegenteil: die Familienbeihilfen sind das Hauptmittel zur Förderung der Kinderwohlfahrt geworden. Sie ermöglichen es, die Unterschiede der Lebenshaltung zwischen kinderlosen Familien und Familien mit Kindern höchst wirksam auszugleichen. Ursprünglich verfolgte man zweifellos mit ihnen auch den Zweck, dem Geburtenrückgang entgegenzuwirken, doch läßt sich nicht genau ermitteln, inwieweit sie das Wiederaanwachsen der Geburtenziffer im Laufe des letzten Jahrzehnts mitverursacht haben. Heute besteht der Hauptzweck der Familienzulagen vielmehr darin, den Kindern gleiche Existenz- und Fortkommensmöglichkeiten zu erschließen. Daß dies, etwa in abgelegenen französischen Besitzungen, beabsichtigt wird, kann keinem Zweifel unterliegen, wenn man bedenkt, daß auch in jenen Gegenden, deren Bevölkerungen sich rasch vermehren, Familienzulagen eingeführt worden sind.

Jeder Zweig der Sozialen Sicherheit sieht heute Familienzulagen vor, die dazu dienen, die in bar ausgezahlten Grundleistungen zu ergänzen. Es mag daher angebracht sein, die Familienzulagen in diesem Lehrgang als erste Leistungsart zu beschreiben, hat doch auch Beveridge bei der Planung eines britischen Systems der Sozialen Sicherheit, das die wesentlichen Bedürfnisse in ausreichendem Maße decken sollte, die Erkenntnis gewonnen, daß Familienzulagen unentbehrlich sind. Sie gehören in jedes mit Überlegung ausgearbeitete Sozialleistungssystem und müssen überdies als Ergänzung des Arbeitsentgelts ausgezahlt werden, damit nicht jemand, der eine kinderreiche Familie zu erhalten hat, allein durch Beihilfen ein größeres Einkommen bezieht, als wenn er entgeltlich beschäftigt wäre.

¹ Empfehlung betreffend Sicherung des Lebensunterhalts, 1944, Anhang (Leitende Grundsätze und Vorschläge zu ihrer Durchführung), Teil II (Soziale Fürsorge), Absatz 28.

Wie die meisten Errungenschaften der Sozialen Sicherheit hat sich auch das Familienbeihilfewesen in zwei Richtungen entwickelt: einmal im Sinne der Sozialversicherung und zum anderen im Sinne der sozialen Fürsorge.

Kurz nach dem ersten Weltkrieg, als sich die Forderung nach allgemeiner Lohnerhöhung erhob, beschloß eine Gruppe patriotisch gesinnter französischer Industrieller, diese in Form von Zulagen zu gewähren, deren Höhe sich nach der Anzahl der unterhaltsberechtigten Kinder des Arbeitnehmers richtete. Um eine Benachteiligung von Arbeitnehmern mit kinderreichen Familien bei der Besetzung freier Stellen zu verhindern, gründeten die Arbeitnehmer Ausgleichskassen, die zur Folge hatten, daß der Arbeitgeber für jeden Arbeitnehmer die gleiche finanzielle Belastung übernahm. Dieser Ausgleichsmechanismus, der entweder für jeden Wirtschaftszweig getrennt funktionierte oder aber sämtliche Anstellungsverhältnisse gemeinsam erfaßte, beruht offensichtlich auf dem Versicherungsprinzip. Man könnte also ohne weiteres von einer „Familienzulageversicherung“ sprechen, da die Ausgleichskassen eine große Ähnlichkeit mit Gemeinschaftsfonds der Arbeitgeber zur Deckung der Haftpflicht aus Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten aufweisen.

Innerhalb von Systemen, die auf dem Versicherungsprinzip beruhen, kann ein Arbeitnehmer einen Anspruch auf Leistungen nur dann geltend machen, wenn er in einem dem System unterstellten Wirtschaftszweig beschäftigt ist. Indem ein Anspruch nur solchen Personen zuerkannt wird, die tatsächlich in einem Arbeitsverhältnis stehen, verringert man bei verhältnismäßig hohen Beihilfen die Gefahr, daß verantwortungslose Eltern viele Kinder in die Welt setzen, um einfach von den Beihilfen leben zu können, ohne jedoch zu arbeiten. Wie in der Krankenversicherung wird daher auch bei den Familienzulagen eine Mindestbeschäftigungsdauer verlangt, z. B. 18 Tage im Monat, wobei der volle Betrag ausgezahlt werden kann, wenn diese Mindestgrenze erreicht wird; die Zulage kann auch proportional zur Anzahl der Arbeitstage bemessen werden. Der durch Beschäftigung erworbene Anspruch auf Familienzulage besteht auch weiter bei Krankheit oder Arbeitslosigkeit, bei einer so schweren Invalidität, daß kaum Aussicht auf Wiederaufnahme einer regelmäßigen Beschäftigung besteht, und bei Alter; wenn es keine besonderen Waisenrenten gibt, dann wird die Zulage auch nach dem Tod des Ernährers, in manchen Systemen zu einem erhöhten Satz, ausbezahlt.

In einigen Ländern wurden auch für selbständig Erwerbstätige Familienzulagesysteme gegründet, womit fast die gleiche Vollständigkeit erreicht wurde wie mit den Universalsystemen, auf die wir nun zu sprechen kommen.

Die ersten Familienzulagesysteme nach dem Prinzip der sozialen Fürsorge wurden 1926 in Neuseeland gegründet, einem Land, das auf dem Gebiete der Sozialen Sicherheit schon damals Pionierarbeit geleistet hatte. Zunächst beschränkten sich die Zulagen auf Familien mit niedrigem Einkommen, doch wurde nach einigen Jahren auf die Einkommensüberprüfung verzichtet. Die meisten englisch sprechenden Länder (allerdings mit Ausnahme der Vereinigten Staaten) sowie die nordeuropäischen Länder sind dem Beispiel Neuseelands gefolgt. Da die Zulagen aus Steuereinkünften finanziert werden, stehen sie nicht nur allen Eltern ohne Ansehen ihrer finanziellen Lage zu, sondern sind wohl auch im Vergleich mit den von den Arbeitgebern gezahlten Zulagen weniger dazu angetan, einen Druck auf die Löhne auszuüben. Da die Sätze verhältnismäßig niedrig sind, dürfte wohl nur wenig Gefahr bestehen, daß Eltern kinderreicher Familien ihren Lebensunterhalt gänzlich aus den Kinderzulagen bestreiten; jedenfalls haben die Regierungen der betreffenden Länder sich durch ihre Erfahrungen nicht veranlaßt gesehen, gegen solche Mißbräuche besondere Vorkehrungen zu treffen; sie halten es für ausreichend, daß sie ganz allgemein die Eltern dazu verpflichten können, sich ordentlich um ihre Kinder zu kümmern. Anstatt die Bedingung aufzustellen, daß ein Elternteil Arbeitnehmer (oder gegebenenfalls selbständig erwerbstätig) sein muß, wird lediglich verlangt, daß der Antragsteller in dem betreffenden Land einen festen Wohnsitz hat, indem er z. B. vor der Geltendmachung eines Anspruchs zwölf Monate im Lande gelebt hat; bei einigen wenigen Systemen muß der Antragsteller außerdem Staatsangehöriger dieses Landes sein.

Bei den meisten Universalsystemen ist der Leistungsempfänger die Mutter, da wohl eher sie die Ausgaben zugunsten des Kindes vornehmen dürfte als der Vater. Jedenfalls wird die Zulage nur derjenigen Person oder Stelle ausgezahlt, der das Kind jeweils anvertraut ist, also auch etwa einem privaten Hilfswerk. Werden in einem Land Beihilfen für alle Kinder gewährt, so ist das tatsächliche verwandtschaftliche oder sonstige Verhältnis des Kindes zum Empfänger der Beihilfen natürlich nur von untergeordneter Bedeutung; wesentlich ist, daß das Kind vom Empfänger der Beihilfe abhängig und ihm anvertraut ist.

Eine andere Handhabung findet man bei Familienzulagesystemen, die auf dem Versicherungsprinzip beruhen. Wird die Auszahlung der Zulagen vom Arbeitnehmer vorgenommen, so ist es einfacher, wenn sie von demjenigen Elternteil in Empfang genommen werden, der bei dem betreffenden Arbeitgeber beschäftigt ist, also meistens vom Vater. Werden die Zulagen jedoch aus einer Ausgleichskasse gezahlt, so kann diese zwischen den beiden Eltern wählen, wobei in der Praxis anscheinend die Mutter bevorzugt wird. Diese Systeme messen dem Verhältnis

zwischen dem Leistungsempfänger und dem Kind zumeist eine größere Bedeutung bei als die Universalsysteme, um nicht etwa Kinderzulagen an Eltern auszuzahlen, die dem System nicht angehören; ein gesetzlich anerkanntes Verhältnis bietet hier eine nützliche Kontrollmöglichkeit. Verwandtschaftsverhältnisse der verschiedensten Arten können jedoch zulässig sein: Kinder des Arbeitnehmers oder seiner Ehefrau, Adoptivkinder, verwaiste Enkelkinder und verwaiste Geschwister.

Die meisten Systeme sehen vor, daß die Zulagen mindestens so lange ausgezahlt werden, bis das Kind das 16. Lebensjahr erreicht hat, und daß sie während einer Lehrzeit oder eines fortgesetzten Schulbesuchs auch nach Überschreitung dieser Altersgrenze ausgezahlt werden; diese Erweiterung zeugt von der Absicht, gleiche Fortkommensmöglichkeiten zu sichern. Mehrere Versicherungssysteme verzichten zudem auf die Einhaltung der Altersgrenze bei invaliden Kindern oder bei Mädchen, die zu Hause bleiben müssen, um jüngere Kinder zu hüten.

Weitaus die meisten Systeme beider Arten gewähren jetzt Beihilfen für alle Kinder, die zur Familie gehören und deren Alter unter der vorgeschriebenen Grenze liegt; in einigen Systemen gibt es jedoch nur Beihilfen von dem zweiten oder gar erst dritten Kind an, woraus sich eine beachtliche Kostenverminderung ergibt.

In einigen Versicherungssystemen wurden die Familienzulagen in bemerkenswerter Weise verbessert, indem eine besondere Zulage ausgezahlt wird, wenn die Mutter einer beruflichen Beschäftigung entsagt, um sich mehr ihren Kindern widmen zu können.

Die Sätze der Familienzulagen ändern sich nicht mit dem Lohn des Empfängers; sie sind entweder für jedes Kind gleich oder sie steigen mit der Anzahl der Kinder. Einheitlich hohe Kinderzulagen werden mit einer Ausnahme von allen universalen Systemen und von mehreren Versicherungssystemen gewährt. Folgende Tabelle, die vier Systeme umfaßt, gibt Beispiele für Progressivsätze, wobei der Satz für das erste anspruchsberechtigte Kind mit 1 angegeben wird:

TABELLE I. BEISPIELE FÜR PROGRESSIVE KINDERGELDSÄTZE

In Frage kommendes Kind	Kindergeldsatz			
Erstes Kind	1,0	1,0	0,0	1,0
Zweites Kind	1,1	1,0	1,0	1,25
Drittes Kind	1,1	1,25	1,5	1,5
Viertes Kind	1,4	1,7	1,5	1,8
Fünftes Kind	1,4	2,2	1,5	2,1
Sechstes Kind	1,4	2,2	1,5	2,3
Siebentes Kind	1,4	2,2	1,5	2,6
Achtes Kind	1,4	2,2	1,5	2,9
Neuntes Kind	1,4	2,2	1,5	2,9

Progressive Sätze bilden natürlich einen Ansporn für kinderreiche Familien, berücksichtigen aber auch die Tatsache, daß mit dem Anwachsen der Familie auch die Notwendigkeit größer wird, die Höhe des Kindergeldes den tatsächlichen Unterhaltskosten anzugleichen.

Eines der Universalsysteme erkennt an, daß die Nahrungs-, Kleidungs- und sogar Wohnungskosten für ein Kind mit seinem Alter zunehmen; zwischen den Altersgrenzen von 5 und 13 Jahren (gegebenenfalls auch später) erhöht sich der Satz schrittweise von 1 auf 1,6.

Da die Beihilfen nicht proportional zu den Löhnen sind, sondern aus festen Beträgen bestehen, läßt sich ihr Wert nicht von Land zu Land vergleichen. Bei der Vorbereitung des Übereinkommens über Soziale Sicherheit (Mindestnormen) konnte das Internationale Arbeitsamt für Länder, die ausführliche Lohnstatistiken veröffentlichen, das Verhältnis der Familienzulagen zum Lohn eines typischen ungelernten Arbeiters errechnen. So betrug 1950 die Zulage für das erste Kind 3,3 bis 11 Prozent dieses Lohnes. Unter Berücksichtigung der Zulage für die im Haushalt tätige Mutter konnten in drei Systemen, in denen es eine derartige Zulage gibt, für die einer Familie mit vier Kindern gezahlten Beihilfen die folgenden Prozentsätze der Normallöhne ermittelt werden (siehe Tabelle II).

TABELLE II. BEISPIELE FÜR PROGRESSIVE KINDERGELDSÄTZE
IN PROZENTEN DER LOHNHÖHE

In Frage kommendes Kind	Belgien	Polen	Frankreich
Erstes Kind	11,7	20,7	15,5
Zweites Kind	10,3	13,9	31,0
Drittes Kind	13,5	16,1	31,0
Viertes Kind	16,1	16,1	23,3
Insgesamt	51,6	66,8	100,8

Dieses außergewöhnlich hohe Kindergeld bietet sicherlich einen beachtlichen Anreiz für kinderliebende Eltern.

Bei der Festsetzung einer Mindestnorm für Familienleistungen stieß die Internationale Arbeitskonferenz auf eine heikle Frage. Sie mußte in besonderem Maße die geringen wirtschaftlichen Kräfte der unterentwickelten Länder berücksichtigen, in denen es hohe Geburtenziffern und ein verbreitetes Analphabetentum gibt. In solchen Ländern ist an ein universales System überhaupt nicht zu denken, während ein Versicherungssystem außerhalb der größeren Städte kaum durchführbar ist. Unter diesen Umständen gelangte die Konferenz zu der Auffassung, daß Sachleistungen, wie etwa Nahrungsmittel und Wohngelegenheiten, in einigen

Ländern ebenso zweckmäßig sein könnten wie Familienzulagen und daß die gerechteste Methode für die Festsetzung einer Mindestnorm darin bestehe, eine Mindesthöhe für den Gesamtaufwand eines Landes für Familienleistungen, ob in bar oder in Sachleistungen, festzusetzen. Die Konferenz beschloß, für Länder, deren System höchstens die Hälfte der werktätigen Bevölkerung erfaßt, diesen Mindestbetrag auf 3 Prozent des Lohnes eines ungelernten Arbeiters für jedes Kind der Landesbevölkerung festzusetzen und auf 1,5 Prozent für Länder mit Systemen, die die gesamte Bevölkerung erfassen.

Fragen

1. *Welche von der Sozialen Sicherheit gedeckten Fälle haben vorübergehende Folgen? Welche ständige? Welche Fälle führen zu einer Einkommensverringerung? Welche zu einer Ausgabenerhöhung?*
 2. *Unter welchen Umständen kann ein Versicherungsfall eintreten, während Leistungen schon für einen anderen Versicherungsfall ausgezahlt werden?*
 3. *Sollte nach Ihrer Ansicht das Ziel der Leistungen der Sozialen Sicherheit darin bestehen, einen Lebensstandard aufrechtzuerhalten, der der bisherigen Lebenshaltung des Leistungsempfängers angemessen ist, oder sollte einfach das Existenzminimum gewährleistet werden, wobei jedem einzelnen eine zusätzliche Vorsorge selbst überlassen bleibt?*
 4. *Ist es Ihrer Meinung nach in unterentwickelten Ländern besser, Geld für Familienzulagen auszugeben oder direkt für die Ernährung der Kinder oder für billige Familienwohnungen?*
-

VIERTE LEKTION

LEISTUNGEN (*Fortsetzung*)

KRANKEN- UND MUTTERSCHAFTSVERSICHERUNG

Sowohl aus geschichtlichen als auch aus logischen Gründen kann man die Krankenversicherung als den Hauptzweig der Sozialversicherung betrachten. In ihrer einfachsten Form kann man eine Krankenversicherung an jedem Ort, wo einige hundert Personen zu einer Kasseneinheit zusammengefaßt werden können und ein Arzt zu ihrer Betreuung angestellt werden kann, leicht in die Wege leiten. Jeder Mensch kennt Krankheit aus seiner eigenen Erfahrung, und die Furcht vor ihr macht sich in allen Lebensaltern spürbar. Die Pflege der Gesundheit in der Jugend und den mittleren Jahren zögert den Beginn von Invalidität, Alterserscheinungen und selbst den Tod hinaus. Eine Erkrankung bedroht den von ihr Befallenen in zweierlei Weise mit Arbeitslosigkeit: anfangs wegen seiner Arbeitsunfähigkeit und später durch den Verlust seiner Stellung.

Eine typische Krankenversicherung bietet den Versicherten und ihren Angehörigen ärztliche Leistungen (einschließlich Geburtshilfe) auf Grund von Verträgen mit privat praktizierenden Ärzten und mit öffentlich subventionierten Krankenhäusern. Der oder die Versicherte erhalten außerdem während der Krankheit bzw. während des Mutterschaftsurlaubs Barleistungen, und beim Tod des Versicherten — oder in selteneren Fällen eines Angehörigen — zahlt die Versicherung ein Sterbegeld aus. In der Sowjetunion und anderen Volksdemokratien, in Neuseeland, Großbritannien und Chile wird dagegen die Verpflichtung zur Gewährung ärztlicher Leistungen von der öffentlichen Gesundheitsbehörde übernommen, die zu diesem Zweck mit einem Versicherungs- oder Fürsorgesystem koordiniert ist, welches für die Barleistungen sorgt.

Ärztliche Leistungen

Es ist praktisch unmöglich, ärztliche Leistungen zu beschreiben, ohne gleichzeitig ein Bild von der Organisation der ärztlichen Betreuungsdienste zu entwerfen. Tatsächlich ist es so, daß die heikelsten und ver-

wirrendsten Probleme auf dem Gebiet der Sozialen Sicherheit im Zusammenhang mit der ärztlichen Betreuung auftreten. Ihre Problematik liegt nämlich im wesentlichen im Menschen begründet, und es ist daher unmöglich, für sie eine Dauerlösung zu finden. Die Grundschwierigkeit ist natürlich die Geldfrage, doch wird das Problem durch die individualistische Tradition des Arztberufes — jedenfalls in der westlichen Welt — noch weiter kompliziert. Zwischen den Vertretern der versicherten Bevölkerung und den Vertretern der praktischen Ärzte herrscht eine ständige Spannung. Trotzdem kommt man immer zu Kompromissen, und die von Zeit zu Zeit erfolgenden kleinen Änderungen haben allmählich zu einer rationelleren Politik geführt.

Die Fälligkeit einer ärztlichen Leistung bestimmt sich auf einfache Weise, nämlich durch das physische Bedürfnis nach ihr: der Versicherte fühlt sich krank. Die vorbeugende Medizin ist in der Regel Sache der öffentlichen Gesundheitsbehörden, diese können aber auch Vereinbarungen treffen, nach welchen Schutzimpfungen und ähnliche Maßnahmen von ärztlichen Betreuungsdiensten durchgeführt werden, während alle Ärzte verpflichtet sind, gewisse Infektionskrankheiten den Behörden zu melden.

Nahezu sämtliche Krankenversicherungen verlangen von Personen, die ärztliche Leistungen beanspruchen, daß sie im Laufe des vergangenen Jahres (oder eines kürzeren Zeitraumes) vor Beginn der Behandlung eine Mindestzahl von Beiträgen entrichtet haben. Diese sogenannte Wartezeit wird auf verschiedene Weise ausgedrückt, so z. B.: 60 Stunden Beschäftigung im Laufe der vergangenen drei Monate; ein Beitragsmonat im Laufe der vergangenen vier Monate; sechs Beitragsmonate im Laufe der vergangenen zwölf Monate. Die Berechnung der Wartezeit scheint nicht auf klar umrissenen Grundsätzen zu beruhen; aber offensichtlich besteht überall das Bestreben, die ärztlichen Leistungen im Interesse der öffentlichen Gesundheit dem Versicherten und seinen Angehörigen möglichst leicht zugänglich zu machen. Angesichts einer solchen Vielfalt von Verfahren mußte man sich in der Formulierung, die für das Übereinkommen über Soziale Sicherheit (Mindestnormen) gewählt wurde, auf die Erfüllung einer „zur Vermeidung von Mißbräuchen als notwendig erachteten Wartezeit“ beschränken.

Bei öffentlichen ärztlichen Betreuungsdiensten fällt die Wartezeit natürlich aus. Es gibt auch einige Versicherungssysteme, die keine Wartezeit vorschreiben und die Leistungen jedem zugänglich machen, der zum Zeitpunkt, in dem die Krankheit festgestellt wird, in einem von der Versicherung erfaßten Beschäftigungsverhältnis steht. Streng ausgelegt würde dies allerdings bedeuten, daß jemand, der kurz nach Verlassen seiner Stellung erkrankt, keinen Anspruch auf ärztliche Leistung hätte; daher

sehen diese Systeme eine „freie Versicherungsperiode“ vor. So werden Personen, die im Laufe der vorausgegangenen zwölf Monate 26 Wochen in einem versicherten Beschäftigungsverhältnis standen, während der ersten drei Wochen der Arbeitslosigkeit genauso behandelt, als ob sie noch immer in Arbeit stünden. Sie sind daher bei jeder Erkrankung, die in dieser Zeit eintritt, zum Bezug ärztlicher Leistungen — und auch des Krankengeldes — berechtigt.

Solange der Arzt hauptsächlich eine mehr beruhigende Funktion ausübte und die Heilung genauso oft von der Natur bewirkt wurde wie vom Arzt, kam der Barleistung eine zumindest gleich große Bedeutung zu wie der ärztlichen. Vor allem während der letzten dreißig Jahre haben jedoch die letzteren mit der Entdeckung und Verbreitung wirksamerer Heilmethoden eine viel größere Bedeutung erlangt, und die Krankenversicherung ist im wesentlichen ein Organ der ärztlichen Betreuung geworden, wobei die Barleistung nur noch eine rein sekundäre Rolle spielt.

Der ideale ärztliche Betreuungsdienst, den alle Mitgliedstaaten der Internationalen Arbeitsorganisation anstreben sollten, wurde 1944 sehr ausführlich in der Empfehlung betreffend ärztliche Betreuung beschrieben. In den acht Jahren, die zwischen dieser Empfehlung und der Annahme des Übereinkommens über Soziale Sicherheit (Mindestnormen) verstrichen, war aber nur eine kleine Minderheit dieser Staaten dem Ideal nahegekommen, und da im Übereinkommen die wirtschaftlichen Kräfte der ärmeren Länder berücksichtigt werden, sind dessen Bestimmungen einfacher und dessen Normen niedriger als die der Empfehlung. Die meisten Länder, die Krankenversicherungssysteme besitzen, erfüllen wohl die vorgeschriebene Norm in bezug auf den Umfang der Leistung selbst, doch umfassen in außereuropäischen Ländern die Systeme oft nur einen geringen Prozentsatz der Bevölkerung.

Jeder ärztliche Betreuungsdienst gewährt, wenn auch in verschiedenen Graden der Verfügbarkeit, Spezialisierung und Freigebigkeit, folgende Leistungen:

- a) Behandlung durch praktische Ärzte, einschließlich der Hausbesuche;
- b) diagnostische Hilfsmittel;
- c) Behandlung durch Fachärzte und Chirurgen;
- d) Arzneien;
- e) Geburtshilfe durch Hebammen oder Ärzte;
- f) Pflege und Unterhalt in Krankenhäusern;
- g) zahnärztliche Behandlung.

Dazu kommen unter Umständen auch die verschiedenen Arten physikalischer Therapie, Zahn- und Gliederersatz, Rekonvaleszentenpflege, Hauspflege und Krankentransport.

Soll ein ärztlicher Betreuungsdienst möglichst vollständig sein, dann ist er mit hohen Kosten verbunden. Obwohl der Nachfrage nach ärztlicher Behandlung und Arzneien natürliche Grenzen gesetzt sind, lassen diese Grenzen noch immer genügend Spielraum für viele unnötige Ausgaben. Jeder ärztliche Betreuungsdienst muß daher höchste Wirtschaftlichkeit anstreben, d. h. mit einem gegebenen Aufwand ein Höchstmaß an Wirksamkeit erzielen. Um diesen Begriff im Verhältnis zur ärztlichen Pflege richtig zu verstehen, müssen wir ein Kriterium zur Bestimmung des Aufwandes suchen. Es ist hier nicht der Ort, eine Wirtschaftsanalyse durchzuführen — die gezwungenermaßen theoretisch und schematisch bleiben müßte —, um eine Formel zur Errechnung der optimalen Zahl zu gewinnen; auf jeden Fall kann man mit größter Wahrscheinlichkeit annehmen, daß bis zu einem gewissen Punkt mit der Erhöhung des Aufwands der Wirkungsgrad steigt und nach Erreichung eines Gipfels wieder absinkt. Wir können vielleicht sagen, daß in diesem Zusammenhang „maximale Wirtschaftlichkeit“ die weitmöglichste Herabsetzung der durchschnittlichen Häufigkeit und Dauer der Arbeitsunfähigkeit mittels einer Politik bedeutet, die auf die Verhütung von Krankheiten und die Verlängerung des Arbeitslebens hinzielt. Es ist sicher noch keine vergleichende wissenschaftliche Bewertung verschiedener Betreuungsdienste vom Standpunkt der Wirtschaftlichkeit durchgeführt worden; man hat dies aber schon für bestimmte Behandlungsmethoden versucht, und es wäre sicherlich nützlich, den Bereich dieser Forschungen auszuweiten. Gegenwärtig müssen wir uns noch mit mehr oder weniger durch die Erfahrung bestätigten Eingebungen über die Wirtschaftlichkeit der verschiedenen Organisationsmethoden der ärztlichen Betreuungsdienste begnügen.

Der Arzt wird die finanziellen Erwägungen der Wirtschaftlichkeit als störend abtun, denn für ihn ist das wichtigste die Wirksamkeit der Behandlung. Diese hängt offensichtlich von der gleichzeitigen Erfüllung mehrerer Bedingungen ab: nicht nur der Arzt muß seiner Aufgabe gewachsen sein, auch der Patient, das Pflegepersonal und die äußeren Umstände müssen an der Heilung mitwirken. Vor allem muß also der Arzt geschickt und gewissenhaft sein und das Vertrauen des Patienten genießen. Geschicklichkeit und Gewissenhaftigkeit sind das Ergebnis der Ausbildung angeborener Fähigkeiten, der Erziehung des Medizinstudenten zu einem sozialen Verantwortungsbewußtsein und der Zahlung von Honoraren, die von den meisten Ärzten als angemessen erachtet werden (denn der Arzt ist schließlich auch nur ein Mensch). Die Medizin ist heute

ebenso wie andere Wissenschaften in ständiger Entwicklung, und dem Arzt sollte daher Gelegenheit geboten werden, sich über die neuesten Fortschritte auf dem laufenden zu halten; dazu muß aber sein Verdienst so bemessen sein, daß ihm genügend Zeit dafür bleibt, und es müssen auch Möglichkeiten für Fortbildungsstudien geboten werden.

Die Bedingungen, die notwendig sind, um das Vertrauen des Patienten zu erwecken, sind nicht so leicht darzustellen. In einigen Ländern legen angeblich sowohl die Patienten als auch die Ärzte großes Gewicht auf die strengste Wahrung des Ärztegeheimnisses; vorausgesetzt, daß die Diagnose dem Vertrauensarzt der Krankenkasse mitgeteilt wird, kann dies wohl kaum zu allzu großen administrativen Schwierigkeiten führen. Weit verbreitet, vor allem in Ländern, wo der Lohnempfänger schon einige Erfahrung mit privaten Ärzten hat, ist auch die Ansicht, daß der Patient seinem Arzt nur dann Vertrauen entgegenbringen kann, wenn er ihn frei wählen und jederzeit wechseln kann, wenn er nicht zufrieden ist; dabei kommt es aber nur selten vor, daß der Patient Wert darauf legt, seinen eigenen Facharzt oder Chirurgen zu wählen, schon deswegen, weil er meist kaum in der Lage ist, dessen Können vergleichend zu beurteilen. In Ländern, wo die breite Masse der versicherten Bevölkerung es sich niemals leisten könnte, einen Arzt zu Rate zu ziehen, scheint kein ausgeprägter Wunsch nach einer freien Wahl des praktischen Arztes zu bestehen. Die Frage der freien Arztwahl hat aber noch eine andere Seite: man behauptet, daß der Patient durch die Vornahme dieser Auswahl den bevorzugten Arzt begünstigen kann, indem er seine Praxis erweitert, so daß der wirtschaftliche Wettbewerb seinen normalen Lauf nimmt. In diesem Zusammenhang ist aber der Wettbewerb nicht immer zu begrüßen, da der Patient nur allzuoft dem Arzt, der „mit sich reden läßt“, gegenüber dem wirklich gewissenhaften Arzt den Vorzug gibt.

Die Wirksamkeit der Behandlung hängt nicht nur von persönlichen Faktoren ab, sondern auch von den Hilfsmitteln, die dem praktischen Arzt zur Verfügung stehen: eine richtige Behandlung einschließlich der Entscheidung, ob Ruhe zu verordnen ist, kann nur auf einer richtigen Diagnose basieren, und ein gewissenhafter Arzt trachtet danach, sich den ganzen komplizierten Apparat der diagnostischen Methoden, die heute zu Gebote stehen, dienstbar zu machen. Der praktische Arzt hat dann zu entscheiden, welche Behandlungsmethode zu wählen ist und ob der Patient an einen Facharzt zu überweisen ist oder ins Krankenhaus geschickt werden soll. Wenn er dabei wirtschaftliche Erwägungen in gebührender Weise mit berücksichtigen soll, dann ist seine Entscheidung wahrhaftig nicht leicht. Jeden Tag überschütten ihn die Erzeugerfirmen mit Prospekten, die eine Vielzahl neuer und oft recht kostspieliger pharmazeutischer Präparate anpreisen: wie soll er zwischen ihnen die Wahl

treffen? Die Entscheidung, ob er dem Patienten raten soll, mit der Arbeit auszusetzen oder nicht, ob er eine physikalische Therapie verschreiben soll, ob er den Patienten an einen Facharzt überweisen, ins Krankenhaus schicken oder weiter in seiner alleinigen Pflege behalten soll — all dies sind Fragen, die für die Finanzen der Krankenkasse von großer Bedeutung sind.

Krankenversicherungen werden meist von medizinischen Laien verwaltet. Diese gehen an die Frage der Wirtschaftlichkeit von einem ganz anderen Blickpunkt heran; ihre Sorge gilt vor allem der Kostenseite, und sie neigen dazu, die Zweckmäßigkeit von Heilmitteln, die zweifellos auf kurze Sicht teuer, aber auf lange Sicht vielleicht wirtschaftlich sind, mit Skepsis zu betrachten. Außerdem werden sie daran interessiert sein, die Zeit des Arztes einzusparen, indem sie ihn in einer Behandlungsstelle oder Poliklinik arbeiten lassen. Man stellt Vertrauensärzte ein, um die verschiedenen Leistungen und Medikamente, die vom behandelnden Arzt verabreicht oder verordnet werden, auf ihre Notwendigkeit hin zu prüfen und diese unter Umständen in Frage zu stellen. Eine solche Überwachung beschränkt aber die berufliche Entscheidungsfreiheit des Arztes, und wenn sie nicht äußerst taktvoll gehandhabt wird, leidet darunter die Selbstachtung des Arztes, und seine Lustlosigkeit wirkt sich dann auf seine ganze Tätigkeit lähmend aus.

Der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit berührt demnach alle Phasen der ärztlichen Betreuung, von der Ausbildung des Mediziners bis zur Wahl und Durchführung der Behandlung; in welchem Maße er zur Anwendung kommt, hängt aber davon ab, in welcher Weise der Betreuungsdienst organisiert ist.

Ganz allgemein gesprochen gibt es drei Methoden, den Versicherten ärztliche Pflege angeeignet zu lassen:

- a) Begrenzter Ersatz der Behandlungskosten des Versicherten durch den Versicherungsträger;
- b) unmittelbare Betreuung durch ein auf Gehaltsbasis beschäftigtes Personal in Behandlungsstellen, die unter der Leitung des ärztlichen Betreuungsdienstes stehen;
- c) direkte Bezahlung der Behandlungskosten durch den Versicherungsträger.

In jedem System herrscht eine dieser drei Methoden bei der Behandlung durch praktische Ärzte vor, bei anderen ärztlichen Leistungen kommen aber auch oft die anderen Methoden bis zu einem gewissen Maß zur Anwendung.

Die Methode des begrenzten Kostenersatzes, die in der gewerbmäßig betriebenen Krankenversicherung üblich ist, wird nur in sehr

wenig Staaten von der Sozialversicherung angewendet. Im Prinzip nimmt hier der Versicherungsträger keinerlei Einfluß auf die Vereinbarungen, die der Patient mit dem Arzt, der Apotheke oder dem Krankenhaus seiner Wahl trifft. Die Versicherung muß aber gezwungenermaßen ihre Ausgaben innerhalb gewisser Grenzen halten. Sie stellt daher, möglichst im Einvernehmen mit der Ärzteschaft, einen Tarif für jede ärztliche Dienstleistung auf und erstattet dem Versicherten den größeren Teil (75–80 Prozent) des tarifmäßigen Honorars. Es kann nun beim Arzt die Neigung bestehen, im Bewußtsein, daß der Patient mit dieser Vergütung rechnen kann, sein Honorar bei Patienten, die ihm zahlungskräftig erscheinen, höherzuschrauben; wenn aber der Patient in einer gut mit Ärzten versorgten Gegend wohnt, ist er dank dem Konkurrenzkampf zwischen den Ärzten gegen diese Tendenz geschützt. Die Kostenersatzmethode sichert in vollkommener Weise das traditionelle Verhältnis zwischen Arzt und Patient, schließt aber die Möglichkeit aus, die ärztliche Betreuung rationeller zu organisieren. Außerdem nützt diese Methode dem ärmeren Patienten nur wenig, denn diesem fehlt nicht nur das nötige Bargeld, um die Rechnung zu bezahlen, sondern er muß auch einen für ihn noch immer beträchtlichen Teil der Kosten selbst tragen. Diese Härten können aber durch einen vollen Kostenersatz bei gewissen langwierigen Krankheiten gemildert werden, und dies geschieht auch in manchen Systemen.

Die zweite Methode ist das genaue Gegenteil der ersten. Alle Stufen des medizinischen Personals sind vom Versicherungsträger oder der öffentlichen Gesundheitsbehörde, der auch die Polikliniken gehören, in denen sie arbeiten, wie Beamte auf Gehaltsbasis (oft nebenberuflich) angestellt. Die Auswahl des Personals erfolgt (wenigstens in der Theorie) auf Grund seiner Eignung. Jede Poliklinik hat entsprechend ihrer Größe ihre Fachärzte, Helfer und Apotheker; auch die Krankenhäuser weisen in ihrem Umfang und in ihrem Behandlungsbereich Verschiedenheiten auf. Das Personal arbeitet als Team, und sobald die Diagnose gestellt ist, wird der Patient dem zuständigen Facharzt zugewiesen. Versicherte, in deren Nähe sich keine Poliklinik befindet, werden entweder durch fahrende Behandlungsstellen oder durch kleine Erste-Hilfe-Stationen versorgt und, falls nötig, ins Krankenhaus eingeliefert. Die Behandlungsmethoden stehen unter Aufsicht eines Chefärztekollegiums, und man verwendet eine besondere Pharmakopöe, die unter Berücksichtigung wirtschaftlicher Erwägungen zusammengestellt ist. Eine so hochentwickelte Rationalisierung bietet wenig Raum für eine freie Arztwahl, und der Patient verbleibt auch selten in der Pflege des gleichen Arztes; dabei kann aber die Aufzeichnung der Krankheitsgeschichte ohne weiteres einwandfrei geführt werden. Andererseits erweckt die eindrucksvolle Viel-

falt von Apparaten das Vertrauen des Patienten, und die hygienisch blitzsauberen Behandlungsräume stechen vorteilhaft von der oft etwas schäbigen Wirkungsstätte des Privatarztes ab. Diese Methode ist die alleinige Organisationsform, die von den lateinamerikanischen Sozialversicherungen und vom staatlichen ärztlichen Betreuungsdienst Chiles, der Sowjetunion und der Volksdemokratien angewandt wird. Sie hat auch ihre Nachteile: das bürokratische System, das dem einzelnen die Verantwortung entzieht, und der Verlust des nicht greifbaren, aber zweifellos vorhandenen Etwas, das der persönlichen Beziehung zum Arzt innewohnt.

Die dritte Methode könnte man als Zwischending zwischen der ersten und der zweiten bezeichnen — vielleicht als einen Schritt in der Richtung zur letzteren. Der Versicherungsträger zahlt direkt an den Arzt, den Apotheker und das Krankenhaus, wobei der Patient in der Regel überhaupt nicht belastet wird. Man versucht, die Wirtschaftlichkeit nicht durch eine Begrenzung der Zahlungen, sondern durch Vermeidung unrationeller Behandlungsmethoden zu erreichen. Zu diesem Zweck werden mit den betreffenden Fachschaften und Anstalten ins einzelne gehende Kollektivverträge abgeschlossen. Diese sehen z. B. vor, daß der praktische Arzt gewisse angepriesene pharmazeutische Erzeugnisse, für die leicht ein einfacher Ersatz gefunden werden kann, nicht verschreiben darf; für kostspielige Diagnose- und Behandlungsmethoden ist oft die Zustimmung des Vertrauensarztes erforderlich. Ärzte, die zu viel verschreiben oder bei der Ausstellung von Arbeitsunfähigkeitszeugnissen allzu großzügig sind, können bestraft werden. Die freie Arztwahl ist innerhalb gewisser Grenzen zulässig. Im allgemeinen wird der Arzt in seiner beruflichen Freiheit durch finanzielle Erwägungen nicht stärker eingeschränkt als bei der Behandlung eines Privatpatienten mittleren Einkommens.

Bei der dritten Methode sind zwei verschiedene Honorierungsweisen üblich: die Leistungshonorierung und das Kopfquotensystem.

Das System der Leistungshonorare kommt dem in der Privatpraxis vorherrschenden am nächsten. Im Einvernehmen mit der Ärzteschaft wird eine Liste aufgestellt, die alle ärztlichen Dienstleistungen umfaßt, und für jede wird eine angemessene Gebühr festgelegt. Dieses System bietet den Vorteil, daß der Arzt nach dem Umfang und der Bedeutung seiner Arbeit entlohnt wird, und den offensichtlichen Nachteil, daß er versucht ist, seine Pflege den Patienten in allzu reichlichem Maße ange-deihen zu lassen¹. Ebenso wie bei der Kostenersatzmethode steht es dem

¹ Dieser Tendenz kann man aber entgegenwirken, indem man dem Ärzteverband einen Prozentsatz der eingehenden Versicherungsbeiträge zuteilt und es dem Verband überläßt, diese nach seinen eigenen Normen zu verteilen.

Versicherten jederzeit frei, seinen Arzt zu wechseln, so daß das System ein Dauerverhältnis zwischen Arzt und Patienten nicht positiv fördert.

Das Kopfquotensystem ist einfacher und wird gleichfalls im Einvernehmen mit der Ärzteschaft angewendet. Der praktische Arzt erhält ein einheitliches Jahreshonorar für jeden Versicherten, der ihn durch vorherige Eintragung für den Krankheitsfall als behandelnden Arzt gewählt hat; ein Überwechseln ist nur in gewissen Zeitabständen gestattet oder kann erst nach Erfüllung gewisser Formalitäten erfolgen. Selbstverständlich liegt es im Interesse des Arztes, seinen Patienten durch Vorbeugung gesund zu erhalten und ihm nicht mehr Pflege zukommen zu lassen, als er nötig hat. Andererseits kann bei diesem System der praktische Arzt zu leicht geneigt sein, die Verantwortung für die Heilung einem Facharzt oder Krankenhaus zu übertragen. Die Pro-Kopf-Honorierung wird natürlich nie für Fachärzte angewandt; diese werden entweder auf Leistungshonorar- oder Gehaltsbasis bezahlt.

Alle ärztlichen Leistungen, die im Rahmen von Systemen der zweiten oder dritten Art zur Verfügung gestellt werden, sind in der Regel für den Patienten unentgeltlich. Bei einigen Systemen muß er jedoch einen geringfügigen Betrag entrichten, beispielsweise für die erste Konsultation, oder er muß einen kleinen Teil der Kosten eines verschriebenen Medikaments oder einer Zahnprothese selbst tragen; wo der Lebensstandard der versicherten Bevölkerung weit über dem Existenzminimum liegt, läßt sich diese Praxis durchaus rechtfertigen, weil der Patient dadurch an die Bedeutung der Sparsamkeit erinnert wird. Es kommt jedoch bei Systemen der dritten Art nicht selten vor, daß dem Versicherten ein wesentlicher Teil der Kosten für die Pflege seiner Angehörigen aufgebürdet wird; ein solches Vorgehen läßt sich allenfalls dann noch rechtfertigen, wenn die Mittel des Versicherungsträgers einfach nicht ausreichen.

Die meisten Krankenversicherungen setzen eine gewisse Grenze für die Dauer der Behandlung fest. Das Übereinkommen über Soziale Sicherheit (Mindestnormen) sieht vor, daß die Behandlung nach 26 Wochen eingestellt werden darf. Diese Grenze ist noch immer für die Krankenhauspflege üblich. Bei ärztlicher Pflege außerhalb des Krankenhauses ist die Begrenzung im allgemeinen elastischer: die Behandlung wird so lange fortgesetzt, als der Patient in einem versicherungsfähigen Beschäftigungsverhältnis steht oder Krankengeld bezieht. Die öffentlichen ärztlichen Betreuungsdienste setzen dagegen überhaupt keine Frist fest und behandeln den Patienten so lange, bis er geheilt ist oder die Erkrankung als unheilbar erkannt wird.

Zum Abschluß dieses nur allzu knappen Überblicks über die verschiedenen Mittel, mit denen die Träger der Sozialen Sicherheit ärztliche

Pflege gewähren, wollen wir noch einmal auf die Empfehlung betreffend ärztliche Betreuung, 1944, zurückkommen. Der sehr stark ins einzelne gehende Wortlaut dieser Empfehlung sieht eine Reihe von Methoden vor, die jeweils den aufeinanderfolgenden Entwicklungsstufen der ärztlichen Betreuungsdienste für die Masse der Bevölkerung entsprechen, behält aber dabei das Endziel, nämlich die Einrichtung öffentlicher Dienste für die ärztliche Betreuung der gesamten Bevölkerung, stets im Auge. Solche Dienste würden am besten auf Gehaltsbasis funktionieren und nach der zweiten der drei geschilderten Methoden organisiert sein, wobei aber von der dritten Methode der Grundsatz der beschränkten Arztwahl und die Einrichtung des Hausarztes übernommen wird. In diesem Zusammenhang ist es interessant festzustellen, daß man vor kurzem in Chile, wo seit etwa 30 Jahren die zweite Methode ziemlich streng gehandhabt wurde, zu einer beschränkten Arztwahl übergegangen ist.

Krankengeld

Der Fall, in dem Krankengeld zu zahlen ist, wird praktisch gekennzeichnet durch einen Verdienstausfall infolge einer Erkrankung oder Verletzung, zu deren Heilung es notwendig ist, daß der Patient mit der Arbeit aussetzt. Bei der Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit muß der Arzt natürlich sowohl den Zustand des Kranken als auch die Anforderungen seines Berufs berücksichtigen: Ein Leiden, das einen Bergmann arbeitsunfähig macht, muß für einen Büroangestellten nicht unbedingt das gleiche bedeuten. Man setzt dabei voraus, daß die Behandlung von beschränkter Dauer ist und der Patient früher oder später seine Tätigkeit wieder aufnimmt. In einigen Fällen weiß aber der Arzt schon von vornherein, daß der Patient nie mehr seine volle Gesundheit wiedererlangen wird oder daß die Krankheit tödlich ist. Auch diese Fälle gelten als Krankheit, und das Krankengeld wird später durch eine Invaliden- bzw. Hinterbliebenenrente abgelöst.

Der Anspruch auf Krankengeld erwächst bei fast allen Versicherungen erst nach Ablauf einer Wartezeit, die in den meisten Fällen die gleiche ist wie die Wartezeit für den Anspruch auf ärztliche Leistungen. Sie mag allerdings manchmal strengeren Regeln unterworfen sein als letztere, doch überschreitet sie nie sechs Beitragsmonate in den zwölf Monaten vor Ausbruch der Krankheit. Das Übereinkommen über Soziale Sicherheit (Mindestnormen) gibt für beide Leistungen die gleichen Richtlinien.

In den meisten Systemen wird kein Krankengeld gezahlt, wenn die Arbeitsunfähigkeit nur wenige Tage dauert. Die Karenzzeit beträgt jetzt im allgemeinen drei Tage, und diese Frist wird auch vom Übereinkommen über Soziale Sicherheit (Mindestnormen) eingeräumt. Der Grund, warum

eine Karenzzeit auferlegt wird, ist natürlich, Kosten zu sparen. Ungefähr die Hälfte aller Krankheitsfälle sind kurzfristige Unpäßlichkeiten, von denen jeder Mensch durchschnittlich einmal im Jahr betroffen wird. Die Kosten der Bearbeitung eines Antrags sind von der Dauer der Erkrankung unabhängig, und das Verhältnis zwischen Verwaltungsspesen und der Höhe der Leistung ist daher bei sehr kurzfristiger Leistungsdauer außerordentlich ungünstig. Außerdem kann man in solchen Fällen die Richtigkeit des Arbeitsunfähigkeitszeugnisses nicht nachprüfen, so daß häufigen Mißbräuchen Tür und Tor geöffnet wären.

Für den Versicherten ist es kein schwerer Schicksalsschlag, wenn er, sagen wir, einmal im Jahr ein paar Tage lang keinen Lohn erhält; was aber, wenn er eine Folge solcher kurzen Perioden der Arbeitsunfähigkeit durchmacht? Fortschrittlichere Systeme berücksichtigen auch diese Möglichkeit. Man kann z. B. vorsehen, daß die Karenzzeit entfällt, wenn der Patient einen Rückfall der gleichen Erkrankung erleidet oder auch, wenn im Laufe von 13 Wochen unmittelbar vor der betreffenden Erkrankung zwölf oder mehr Arbeitstage durch Krankheit oder Arbeitslosigkeit verlorengegangen sind.

Die Höhe des Krankengeldes kann auf drei Arten berechnet werden:

- a) als Prozentsatz des vorher bezogenen Lohnes;
- b) wie oben, zuzüglich allgemeiner Familienbeihilfen oder Sonderzulagen für unterhaltsberechtigte Familienangehörige;
- c) als ein einheitlicher Grundbetrag zuzüglich allgemeiner Familienbeihilfen oder Sonderzulagen für unterhaltsberechtigte Familienangehörige.

Die Lohnhöhe, von der man bei der Berechnung von a) und b) ausgeht, entspricht gewöhnlich dem letzten Lohn, so z. B. dem durchschnittlichen Tagesverdienst, den der Arbeiter während der letzten drei Monate vor Ausbruch der Erkrankung bezogen hat. Für diesen Grundlohn, der als Berechnungsbasis für die Leistungen dient, wird immer eine Maximalhöhe festgesetzt, und üblicherweise gilt die gleiche Höchstgrenze auch für den Lohn, von dem Beiträge erhoben werden. Daraus folgt, daß das Verhältnis zwischen Leistung und effektivem Lohn in dem Maße absinkt, als der letztere die Höchstgrenze überschreitet. Wenn die Höhe des Nominallohnes steigt, wie es in der heutigen Zeit oft der Fall ist, muß diese Höchstgrenze häufig hinaufgesetzt werden.

Die nach Formel c) gewährten Leistungen sind durch die Gesetzgebung an und für sich nicht an einen bestimmten Lohn gebunden, in der Praxis sollen sie aber einen Prozentsatz des Lohnes eines Hilfsarbeiters darstellen. Sie müssen daher ebenfalls erhöht werden, wenn das nominale Lohnniveau steigt.

Sozialversicherungssysteme, die die Formel *a)* anwenden, sind in Europa selten geworden, da die meisten europäischen Länder Familienzulagen oder wenigstens Zuschläge für unterhaltsberechtigte Familienangehörige als Zusatzleistungen eingeführt haben, sie sind aber in Lateinamerika noch immer vorherrschend. Das Verhältnis der Leistung zum Grundlohn bewegt sich bei diesen Systemen zwischen 50 und 75 oder sogar 90 Prozent.

Einen ähnlichen prozentualen Bereich umfassen die — hauptsächlich europäischen — Systeme, die der Formel *b)* den Vorzug geben. Da die Familienzulagen immer vom Lohn unabhängig sind und die Zulage zum Lohn die gleiche ist wie die Zulage zum Krankengeld, ergibt sich für die Angehörigen der niedrigeren Lohnstufen eine Gesamtleistung, die im Verhältnis zum vorherigen Einkommen höher liegt als für die höher entlohten Arbeitnehmer.

Die wenigen Systeme, die die Formel *c)* anwenden, bestehen in Ländern, wo die Löhne stark nivelliert sind und auch der Verdienst des Hilfsarbeiters noch ein gutes Stück über dem Existenzminimum liegt. Dazu gehören unter anderem die Versicherungssysteme des Vereinigten Königreiches und die Fürsorgesysteme Australiens und Neuseelands.

Das Problem, wie hoch die Krankengelder zu bemessen sind, veranschaulicht, wie schwierig es ist, eine gerechte und rationelle Leistungsskala auszuarbeiten, weil man ja vorher durch Untersuchungen nicht feststellen kann, wie sich verschiedene Berechnungsformeln auf das Verhalten und die Lebensbedingungen der Leistungsempfänger auswirken. Hier wäre es äußerst vorteilhaft, wenn verlässliche Statistiken zur Verfügung stünden, die das Verhältnis zwischen der Krankheitshäufigkeit und den Leistungssätzen aufzeigen; leider sind aber solche Statistiken nur selten auf Grund der Erfahrungen innerhalb eines einzigen Systems zusammenzustellen. Aus Gründen eben dieser Art empfahl im Jahre 1944 die Internationale Arbeitskonferenz die Normung der Statistiken der Sozialen Sicherheit, bis jetzt ist aber auf diesem technisch komplizierten Gebiet noch nicht viel erreicht worden. Der gesunde Menschenverstand kann uns jedoch helfen, den richtigen Weg einzuschlagen, wenn wir uns an den Grundsatz der Wirtschaftlichkeit halten, wie er in dieser Lektion bereits umrissen wurde.

Man sieht schon auf den ersten Blick, daß die Formel *a)* nicht geeignet ist, die finanziellen Mittel des Versicherungssystems möglichst rationell einzusetzen, und zwar gleichgültig, wie hoch die Leistungssätze bemessen sind. Die Auszahlung eines gleichbleibenden Betrages ohne Rücksicht auf die Größe der Familie ist nur unter einer der beiden folgenden Voraussetzungen zu rechtfertigen: 1. Recht und Billigkeit ver-

langen, daß Versicherte, die die gleichen Beitragssätze zahlen, auch die gleichen Leistungssätze erhalten; dieses Argument setzt allerdings voraus, daß der Beitrag der Arbeitgeber zur Anpassung der Leistungen an unterschiedliche Familienverhältnisse nicht verwendet werden kann; 2. es erheben sich Schwierigkeiten bei der Feststellung, wieviele unterhaltsberechtigten Angehörige in einem gewissen Zeitpunkt zur Familie des Leistungsempfängers gehören; solche Schwierigkeiten bestehen tatsächlich in manchen Ländern. In den Formeln *b)* und *c)* werden dagegen wirklich die Bedürfnisse der Familien mit in Rechnung gezogen.

Das Übereinkommen über Soziale Sicherheit (Mindestnormen) beurteilt die Angemessenheit der Leistungen nach deren prozentualem Verhältnis zum vorherigen Einkommen (Grundlohn zuzüglich Familienbeihilfe), und zwar im Falle eines Leistungsempfängers, der eine Frau und zwei Kinder zu erhalten hat. Das Übereinkommen befürwortet daher den Grundsatz, auf dem die Formeln *b)* und *c)* beruhen, begnügt sich aber mit einem Leistungssatz, der nur 45 Prozent des vorherigen Einkommens beträgt. Für die meisten Lohnempfänger ist dies zugegebenermaßen ein recht niedriger Betrag, aber er läßt sich aus zwei Gründen rechtfertigen. Erstens dürfen wir nicht vergessen, daß das Übereinkommen Mindestnormen festsetzt, und zwar hauptsächlich solche, die auch die Möglichkeiten der ärmeren Länder nicht übersteigen. Zweitens beziehen sich diese 45 Prozent bei Systemen, die nach Formel *a)* oder *b)* arbeiten, auf den Lohn eines Facharbeiters; es soll also damit nicht gesagt sein, daß der gleiche niedrige Prozentsatz auch auf Personen, die weniger verdienen, anzuwenden ist; bei Systemen mit der Formel *c)* bezieht sich diese Ziffer zwar auf den Lohn eines Hilfsarbeiters, aber solche Systeme gibt es ja nur in Ländern, wo Möglichkeiten zum Sparen bestehen und die Bevölkerung davon auch weitgehend Gebrauch macht. Trotzdem wollen wir uns nicht einreden, daß 45 Prozent des früheren Einkommens eines Arbeiters genügen, um sowohl ihn als auch seine Frau und Kinder zu erhalten. In der Praxis zahlen fast alle bestehenden Systeme an Arbeiter, die weniger verdienen als Facharbeiter, einen höheren Prozentsatz aus; in Indien beträgt er z. B. 58 Prozent.

Sicherlich soll das Krankengeld geringer sein als das Einkommen, das der Versicherte aus seiner Tätigkeit bezog, schon deswegen, weil ihm keine Versicherungsbeiträge abgezogen werden und weil die Fahrtkosten und die Ausgaben für außerhalb des Hauses eingenommene Mahlzeiten wegfallen. Diese Kosten können zusammen 10 Prozent seines Lohnes oder mehr ausmachen. Nachdem wir aber diesen Faktoren Rechnung getragen haben, sind die Erwägungen, auf Grund derer der Leistungssatz zu bestimmen ist, ganz widersprechender Art. Einerseits besteht beim Patienten die Neigung, auf den Arzt einen Druck auszuüben, damit er ihn

länger als nötig krank schreibt. Man kann mit Sicherheit annehmen, daß viele Menschen in langweiligen oder anstrengenden Berufen beschäftigt sind und daß sie nicht gerade ungern eine Zeitlang der Arbeit fernbleiben. Wenn nun das Krankengeld nicht viel weniger ausmacht als das Arbeitsentgelt, besteht für den Kranken eine sehr starke Versuchung, seine Krankheitssymptome zu übertreiben. Andererseits sollte aber das Krankengeld aus ideellen Erwägungen so hoch sein wie das frühere Nettoeinkommen, damit der Kranke nicht schlechter ernährt wird als vorher und nicht von der Angst vor Schulden bedrückt wird.

Diese Widersprüche kann man durch eine aus b) abgeleitete Formel überbrücken. Das Krankengeld sollte ausreichen, um den Existenzbedarf des Arbeitnehmers und seiner Angehörigen zu decken. Es ist auch die Tatsache zu berücksichtigen, daß der Leistungsempfänger gewissen laufenden wirtschaftlichen Verpflichtungen nachkommen muß. So muß er z. B. regelmäßig seine Miete zahlen, die je nach der Höhe seines Arbeits Einkommens verschieden ist und im Krankheitsfalle nicht plötzlich herabgesetzt werden kann; man sollte aber andererseits nicht versuchen, diese Differentialbelastung durch das Krankengeld voll zu decken. Je höher der Lohn, desto eher kann man vom Versicherten erwarten, daß er sich Ersparnisse zurücklegt, aus denen er in Krankheits- und ähnlichen Notfällen bis zu einer gewissen Grenze schöpfen kann. Es erscheint daher nur recht und billig, einen um so niedrigeren Prozentsatz des Lohnes als Krankengeld auszuzahlen, je höher der Lohn ist. Eine derartige Abstufung der Leistungen würde praktisch eine Einteilung der Versicherten in Lohn- und Gehaltsklassen notwendig machen, was allerdings in der Krankenversicherung nur sehr selten geschieht. Wie wir schon bemerkt haben, wirkt sich jedoch auch die Gewährung der gleichen Familienzulage zu Lohn und Krankengeld in dieser Richtung aus.

Die Möglichkeit, Krankheitssymptome vorzuspiegeln oder zu übertreiben, ist bei kurzen Erkrankungen, deren Dauer zwar die Karenzzeit übersteigt, aber nicht lange genug ist, um eine sorgfältige Überprüfung der Diagnose zu gestatten, am ehesten gegeben. Bei wirklich ernsten Erkrankungen ist dagegen diese Möglichkeit äußerst gering, und daher besteht auch keine Notwendigkeit, sich durch einen niedrigen Leistungssatz gegen Mißbrauch zu sichern. Bei langwierigen Erkrankungen werden auch die Ersparnisse übermäßig beansprucht. Es scheint daher bei einer Krankheitsdauer von mehr als einem oder zwei Monaten sowohl durchführbar als auch wünschenswert, den Leistungssatz zu erhöhen. Das Krankenversicherungssystem der Tschechoslowakei enthielt seinerzeit alle diese Verbesserungen: Familienbeihilfen, Sätze, die in umgekehrtem Verhältnis zur Lohnhöhe standen, und erhöhte Sätze bei langandauernden Krankheiten.

Die meisten Krankenkassen zahlen weniger Krankengeld aus, während der Patient sich auf ihre Kosten im Krankenhaus behandeln läßt. Die Familienzulagen werden dadurch natürlich nicht berührt. Was aber die Höhe der Grundleistung und die bezugsberechtigten Personen betrifft, weichen die Grundsätze der verschiedenen Systeme in erstaunlicher Weise voneinander ab: Einige Systeme zahlen dem Krankenhauspatienten überhaupt nichts und den Angehörigen die Hälfte des Krankengeldes, andere zahlen dem ersteren die Hälfte und den letzteren die Hälfte. Das Übereinkommen über Soziale Sicherheit (Mindestnormen) stellt dazu einen klaren und einleuchtenden Grundsatz auf: Nur die Unterhaltskosten (nicht die Behandlungskosten) dürfen vom Krankengeld abgezogen werden.

Nach der Terminologie der Sozialen Sicherheit ist die Krankheit ein vorübergehender Zustand, der entweder mit der Heilung, mit einer dauernden Invalidität oder mit dem Tod endet. Der Hauptgrund, warum in Versicherungssystemen im Gegensatz zu Fürsorgesystemen die Dauer der Auszahlung des Krankengeldes befristet ist, liegt darin, daß dort, wo der Versicherungsträger die traditionelle Orts- oder Berufskrankenkasse ist, dieser finanziell nicht in der Lage ist, die Belastung zu tragen, die durch Fälle unbegrenzter Dauer, die sich von Jahr zu Jahr anhäufen, erwachsen würde. Außerdem besteht die Ansicht, wenn sie auch in den Argumenten nicht immer zum Ausdruck kommt, daß ein Mitglied einer solchen Kasse aus dem gemeinsamen Fonds nicht mehr als einen begrenzten Betrag entnehmen sollte. Eine solche Befristung des Krankengeldes ist für den Versicherten keineswegs eine Katastrophe, da er, wenn er nach Erlöschen seines Anspruches auf Krankengeld noch immer arbeitsunfähig ist, eine Invalidenrente beziehen kann. Diese ist zwar geringer als das Krankengeld, wird aber ohne Befristung von einer eigens zu diesem Zweck finanzierten Anstalt ausgezahlt. Dies war die herkömmliche Lösung, die noch immer in den meisten Staaten Anwendung findet, sogar dort, wo die Mittel der Krankenversicherung zentral zusammengefaßt sind.

Vor einem halben Jahrhundert erstreckte sich in der ursprünglichen deutschen Sozialversicherung die Auszahlung von Krankengeld im Einzelfall über höchstens 13 Wochen. Dann war viele Jahre hindurch 26 Wochen pro Fall die übliche Regel (in einigen Fällen ist die Vorschrift etwas strenger gehalten und lautet: „26 Wochen innerhalb eines Zeitraums von 52 Wochen“). Dies stellte eine bequeme Zwischenlösung dar, da von den meisten Krankheiten, die so lange andauerten, anzunehmen war, daß sie unheilbar seien; diese Ziffer wurde auch von dem Übereinkommen über Soziale Sicherheit (Mindestnormen) übernommen. In dem Maße aber, als die Medizin in die Lage kam, bei Krankheiten, die früher als unheilbar galten, eine Genesung in Aussicht zu stellen, begann die

Sozialversicherung, ihre Aufgaben in einem konstruktiveren Geiste zu sehen. So wurde in einem System nach dem anderen eine Klausel aufgenommen, die es der Verwaltung der Versicherung ermöglichte, die ärztlichen Leistungen und das Krankengeld auch nach Ablauf von 26 Wochen weiter zu gewähren, sofern eine Aussicht auf Heilung oder Besserung bestand. Diese Strömung besteht auch heute, in den meisten Systemen unterliegt aber noch immer die Fortsetzung der Leistungen einer willkürlichen Grenze von weiteren 26 Wochen. Nun reicht allerdings für die Heilung der Tuberkulose und einiger anderer Krankheiten ein Jahr oft nicht aus, und darum finden wir in den am weitesten vorgeschrittenen Ländern, daß der Bezug der Leistungen mit zwei oder drei Jahren befristet ist. Schließlich gibt es drei oder vier Systeme, die mit Hilfe staatlicher Zuschüsse die Zeitgrenze überhaupt abgeschafft haben. Diese Entwicklung ist ein augenfälliges Beispiel für die weltanschauliche Wandlung von der Sozialversicherung zur Sozialen Sicherheit.

Fast alle Krankenversicherungssysteme zahlen beim Tod eines zum Bezug von Krankengeld Berechtigten ein Sterbegeld aus, das bei den meisten Systemen dem Grundlohn für einen Monat entspricht; einige Systeme ziehen einen bescheidenen fixen Betrag vor. Einige wenige Systeme zahlen auch beim Tod von Angehörigen Sterbegelder. Im Vereinigten Königreich besteht für die gesamte Bevölkerung eine Pflichtversicherung für Bestattungskosten.

Leistungen bei Mutterschaft

Eines der allerersten Übereinkommen, die von der Internationalen Arbeitskonferenz angenommen wurden, war das Übereinkommen über Mutterschutz, 1919. Mit dieser Urkunde, die 1952 in verschiedenen Einzelheiten abgeändert wurde, sollte erreicht werden:

a) daß die Arbeitnehmerin die Möglichkeit hat, während sechs Wochen vor dem voraussichtlichen Zeitpunkt ihrer Niederkunft mit der Arbeit auszusetzen;

b) daß sie während der sechs Wochen nach ihrer Niederkunft mit der Arbeit aussetzen muß;

c) daß sie von einem Arzt oder einer geprüften Hebamme unentgeltlich behandelt wird;

d) daß ihr während dieser Zeit ihrer Abwesenheit vom Arbeitsplatz aus öffentlichen Mitteln oder durch eine Versicherung eine Barunterstützung ausgezahlt wird, die ausreicht, um sie und ihr Kind in guten gesundheitlichen Verhältnissen zu erhalten;

e) daß sie während ihrer Abwesenheit aus den oben erwähnten Gründen und auch während einer Abwesenheit, die durch eine Folgeerkrankung bedingt ist, nicht entlassen werden darf;

f) daß sie während der Arbeitszeit ihr Kind zweimal am Tag stillen kann.

Die meisten Mitgliedstaaten der IAO, die dieses Übereinkommen ratifiziert haben, gewähren die Bar- und Sachleistungen bei Mutterschaft auf dem Versicherungsweg, und zwar im Rahmen ihrer Krankenversicherungssysteme. Auch in einer Anzahl von Ländern, die das Übereinkommen nicht ratifiziert haben, bilden die Mutterschaftsleistungen einen Teil des Krankenversicherungssystems. In mehreren Systemen, die normalerweise den Angehörigen des Versicherten keine ärztlichen Leistungen bieten, wird bei Schwangerschaft der Frau des Versicherten eine Ausnahme gemacht.

Die Wartezeit, die zurückgelegt werden muß, bevor ein Anspruch auf Mutterschaftsleistungen erwächst, ist in der Regel strenger bemessen als die für das Krankengeld. Oft wird festgelegt, daß die Frau mindestens zehn Monate vor dem voraussichtlichen Zeitpunkt ihrer Niederkunft in die Versicherung aufgenommen sein muß.

Der Leistungssatz bei Mutterschaft ist meistens der gleiche wie beim Krankengeld, manchmal aber auch höher (vielleicht auf Grund der Bestimmung des Übereinkommens, welche vorsieht, daß die Unterstützung ausreichen muß, „um sie und ihr Kind in guten gesundheitlichen Verhältnissen zu erhalten“). Nach der Neufassung des Übereinkommens über Mutterschutz hat die Leistung mindestens zwei Drittel des früheren Verdienstes der Frau zu betragen; das Übereinkommen über Soziale Sicherheit (Mindestnormen) ist hier bescheidener und gibt sich mit 45 Prozent zufrieden.

Die weitaus meisten Länder halten es für ausreichend, bei normaler Schwangerschaft und Niederkunft die Barleistung während der zwölf Wochen, die sowohl im Übereinkommen über Mutterschutz als auch in dem über Soziale Sicherheit vorgeschrieben sind, auszuzahlen. Einige wenige Systeme haben diese Zeit auf 14, 18 oder sogar 20 Wochen hinaufgesetzt. Andererseits ist in mehreren lateinamerikanischen Ländern die Gesamtdauer der Zahlung von Mutterschaftsleistungen kürzer, etwa 7 bis 10 Wochen; es ist denkbar, daß dort die Geburt als etwas Natürlicheres betrachtet wird als z. B. in Europa. Indessen, gleichgültig wie hoch die Mindestdauer der Auszahlung von Mutterschaftsleistungen bemessen ist, hat eine Frau, die vor Ablauf dieser Frist erkrankt, auf jeden Fall Anspruch auf Krankengeld.

Sowohl in Europa als auch in Lateinamerika ist es üblich, einer Mutter, die ihr Kind selbst nährt, ein Stillgeld auszuzahlen, beispielsweise 20 Prozent ihres Lohnes während sechs Monaten. Außerdem stellen einige Systeme einen kleinen Betrag für den Ankauf einer Säuglingsausrüstung zur Verfügung. In einigen Ländern (so z. B. in der Tschechoslowakei und in Ungarn) finden wir eine nachahmenswerte Neuerung: den Wöchnerinnen werden Hausgehilfinnen zur Verfügung gestellt.

Fragen

1. *Geben Sie an, welche der beiden folgenden Methoden der Gewährung ärztlicher Leistungen Ihnen am meisten zusagt, und begründen Sie Ihre Wahl :*

a) *Erstattung der Behandlungskosten bis zu einer gewissen Grenze, wobei es dem Patienten freisteht, seinen Arzt, sein Krankenhaus usw. selbst zu wählen ; oder*

b) *Betreuung durch ärztliches Personal, das vom Versicherungsträger auf Gehaltsbasis angestellt ist.*

2. *Wenn das Krankengeld hoch bemessen ist, wird der Patient von wirtschaftlichen Sorgen befreit und kann sich richtig ernähren ; andererseits besteht für ihn dann die Versuchung, von der Arbeit länger als nötig fernzubleiben. Wie würden Sie den Leistungssatz regeln, um den Forderungen sowohl der Menschlichkeit als auch der Wirtschaftlichkeit in bester Weise gerecht zu werden ?*

3. *Können Sie rechtfertigen, daß man die Dauer der Zahlung von Krankengeldern und ärztlichen Leistungen mit beispielsweise 26 Wochen befristet, auch in Fällen, wo eine Verlängerung der Behandlung voraussichtlich zur Genesung führen würde ?*

FÜNFTE LEKTION

LEISTUNGEN (*Fortsetzung*)

RENTEN

Unter dem Sammelbegriff „Renten“ versteht man die langfristigen, periodischen Barleistungen der Sozialen Sicherheit bei Invalidität und Alter sowie beim Tod des Ernährers. Diese drei Risiken haben eines gemeinsam: sie setzen dem Arbeitsleben des Betreffenden ein Ende. Sowohl in der Sozialversicherung als auch in der sozialen Fürsorge müssen diese drei Arten von Renten logischerweise miteinander koordiniert werden.

Der vorsorgende Familienvater wünscht, für jedes Ereignis, das ihn und seine Angehörigen ihres Einkommens berauben kann, seine Ersparnisse griffbereit zu haben. Diesem Wunsch kommt der Umstand entgegen, daß die Sozialversicherung, wie auch die Privatversicherung, es aus mathematischen Erwägungen für praktisch hält, die Risiken Alter und Tod miteinander zu verbinden und sie als Alternativmöglichkeiten zu decken, d. h. Weiterleben jenseits einer bestimmten Altersgrenze oder Tod vor deren Erreichung. Bei der Planung der Sozialversicherung wurde die Invalidität schon immer als ein vorzeitiges Altern aufgefaßt, und die Invaliditätsrente bildete die Grundlage für die Berechnung der Alters- und Hinterbliebenenrenten. Einige neuere Systeme gewähren Invaliditätsleistungen jedoch im Rahmen der Krankenversicherung und fassen die Invalidität im wesentlichen als eine Verlängerung der Krankheit auf.

Im Rahmen der Fürsorge kann es sich natürlich nicht darum handeln, den Anspruch auf eine Rente von persönlichen Ersparnissen abhängig zu machen, und es ist jedem Lande selbst überlassen, ob eine der drei Rentenarten, ob zwei oder ob alle drei eingeführt werden sollten. An erster Stelle stehen die Altersrenten, weil es so viele Personen gibt, die ihrer bedürfen, weil man ferner die Not der alten Leute als eine Schande für die Gemeinschaft empfindet und weil die Verwaltung hier verhältnismäßig einfach ist. Kommen dann noch Invalidenrenten hinzu, dann werden die darauf bezüglichen Bestimmungen wohl meistens so formuliert sein, daß sie sich in die Vorschriften über Altersrenten leicht eingliedern

lassen. In ähnlicher Weise werden Witwenrenten mit den Altersrenten in Einklang gebracht.

Das Übereinkommen über Soziale Sicherheit (Mindestnormen) stellt anheim, die darin aufgestellten Normen entweder durch die Sozialversicherung oder durch die soziale Fürsorge zu verwirklichen. Obwohl die drei Versicherungsfälle in verschiedenen Kapiteln behandelt werden, sind die Bestimmungen sehr einheitlich gehalten, um Mitgliedstaaten, in denen alle drei Fälle durch ein einziges System gedeckt werden, die Ratifizierung des Übereinkommens zu erleichtern.

Nachdem wir in den nächsten drei Abschnitten die Fälle einzeln definiert haben, werden wir also untersuchen können, nach welchen gemeinsamen Regeln alle drei Renten berechnet und gewährt werden.

Invalidität

Invalidität ist fast immer mit Krankheit oder Alter verbunden, doch gibt es natürlich auch Fälle einer angeborenen Behinderung. Man könnte sie als eine unheilbare aber stabilisierte Erkrankung betrachten, die eine ständige Arbeitsunfähigkeit nach sich zieht und daher für den Versicherten ähnliche wirtschaftliche Folgen hat wie das fortgeschrittene Alter. Konstitutionelle Erkrankungen während der reiferen Lebensjahre, wie etwa Herzerkrankungen, Kreislauferkrankungen oder Rheumatismus, sind typische Ursachen der Invalidität. Die Krankheit schreitet allmählich fort, bis der Patient nicht mehr imstande ist, eine ordentliche und regelmäßige Beschäftigung auszuüben und daher praktisch nicht mehr anstellbar ist, obwohl sich theoretisch noch hier und da eine leichte Arbeit für ihn finden ließe. In einigen Systemen wird die Invalidität nicht mehr gedeckt, wenn sie in einem Alter eintritt, in dem bereits eine Altersrente beantragt werden kann.

Im Zusammenhang mit dieser Bedingung sei eine im deutschen Gesetz vom Jahre 1900 enthaltene Begriffsbestimmung der „Invalidität“ erwähnt, die von den weitaus meisten der später nachfolgenden Invalidenversicherungen übernommen wurde, teils wegen des Ansehens der deutschen Gesetzgebung, teils um sich die deutschen Erfahrungen mit versicherungsmathematischen Vorausberechnungen zunutze zu machen. Nach dieser Definition liegt eine entschädigungspflichtige Invalidität dann vor, wenn die Erwerbsfähigkeit des Versicherten in irgendeiner seinen Kräften und seiner Fähigkeit entsprechenden Beschäftigung, die ihm auf Grund seiner Ausbildung und Erfahrung zugemutet werden kann, weniger als ein Drittel der Erwerbsfähigkeit eines Gesunden mit ähnlicher Ausbildung beträgt. Man beachte, daß der Wortlaut der Definition die Stellung des gelernten Arbeiters schützt, dem eine Rente

nicht mit der Begründung verweigert werden kann, daß er einen regelmäßigen Lohn bei einer ungelernten Arbeit verdienen könnte oder sogar tatsächlich verdient. Die meisten Personen, die an schweren konstitutionellen Erkrankungen leiden, sind jedoch unfähig, überhaupt irgendeine Arbeit zu verrichten. Andererseits gibt es zahlreiche Fälle von Behinderungen, die auf kleinere oder größere Verstümmelungen zurückzuführen sind, doch deckt die Invaliditätsversicherung im Gegensatz zu der Versicherung gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten keine ständige Arbeitsunfähigkeit unterhalb der oben erwähnten hohen Grenze, mit Ausnahme einer kleineren Anzahl von Ländern (darunter heute auch die Bundesrepublik Deutschland), in denen folgende drei Grade anerkannt werden: Unfähigkeit, die frühere Beschäftigung wieder auszuüben; Unfähigkeit, irgendeine Beschäftigung auszuüben; vollständige Hilflosigkeit, die ständige Pflege erfordert.

Die klassische Begriffsbestimmung wurde zu einer Zeit formuliert, als es noch keine Arbeitslosenversicherung gab und man an eine solche noch nicht einmal dachte; die Invalidenversicherung lehnte es ab, für eine Arbeitslosigkeit teilweise behinderter Personen aufzukommen, die auf einer mangelnden Nachfrage nach solchen Arbeitskräften oder auf den Anstellungsgepflogenheiten der Arbeitgeber beruhte. Um diese Lücke zu schließen, schlug die Internationale Arbeitskonferenz in der Empfehlung betreffend Sicherung des Lebensunterhalts vor, die Invaliditätsleistungen mit der Stellung des Versicherten auf dem Arbeitsmarkt in Zusammenhang zu bringen: Kann einem Behinderten keine seiner Behinderung entsprechende regelmäßige Beschäftigung vermittelt werden, dann soll er als Invaliden betrachtet werden; wenn jedoch anzunehmen ist, daß er durch eine entsprechende körperliche und berufliche Umschulung in den Stand gesetzt werden kann, einen Beruf mit guten Anstellungsaussichten auszuüben, dann sollte er während dieser Umschulung Leistungen zur Bestreitung seines Lebensunterhalts erhalten.

Die Erfahrungen und verbesserten Methoden auf dem Gebiet der beruflichen Wiedereingliederung von Kriegsopfern haben, gemeinsam mit der Vollbeschäftigung nach dem zweiten Weltkrieg, den nach dem ersten Weltkrieg ausgearbeiteten Wiedereingliederungsplänen neuen Auftrieb verliehen. So wurde z. B. im Vereinigten Königreich ein der Empfehlung der Internationalen Arbeitskonferenz entsprechendes Programm in den Beveridge-Plan aufgenommen. In den Plänen der Länder, die neuerdings ein Interesse für die Invaliditätsversicherung an den Tag gelegt haben (die Vereinigten Staaten und die Schweiz), wird der beruflichen Rehabilitation eine große Bedeutung beigemessen. Die Verlängerung der Höchstdauer für die Gewährung von ärztlicher Betreuung und Krankengeld, die wir in der vorstehenden Lektion erwähnt haben, zeigt

ebenfalls, welcher Wert auf eine möglichst vollständige Genesung gelegt wird. Ferner haben einige Regierungen teilsinvaliden Personen dadurch Beschäftigungsmöglichkeiten gesichert, daß sie die Arbeitgeber dazu anhielten, ihnen einen bestimmten Anteil der verfügbaren Arbeitsplätze freizuhalten. Man sollte jedoch nicht vergessen, daß eine Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit bei den meisten Personen, die Invalidenrenten erhalten, nicht mehr in Frage kommt, namentlich nicht bei älteren Personen mit konstitutionellen Erkrankungen.

Das Übereinkommen über Soziale Sicherheit (Mindestnormen) definiert im Rahmen seiner beschränkten Zielsetzung die Invalidität wie folgt: „Der gedeckte Fall hat einen vorgeschriebenen Grad der Unfähigkeit zur Ausübung einer Erwerbstätigkeit zu umfassen, sofern diese Unfähigkeit voraussichtlich dauernd ist oder nach Wegfall des Krankengeldes weiterbesteht.“ Aus diesem Wortlaut geht hervor, daß unter Invalidität nicht ausschließlich vollständige Invalidität zu verstehen ist.

Alter

Der Umstand, von dem die Gewährung einer Altersrente abhängt, wird ziemlich einfach definiert; die meisten Systeme schreiben einfach das Mindestalter vor, von dessen Erreichung an eine Rente beansprucht werden kann („Ruhestandsalter“), und bestimmen, ob der Rentner seine Arbeit aufgeben muß. Das Ruhestandsalter ist jedoch von einem System zum andern verschieden, was an sich schon darauf hinweist, daß der Begriff des „Alters“ kein eindeutiger ist.

Immer sind zwei Hauptgedanken zu erkennen: erstens, daß das Alter jene Invalidität darstellt, die, wenn der Betreffende lange genug lebt, unausweichlich eintritt; und zweitens, daß jeder, der auf eine jahrelange Tätigkeit in einem bestimmten Betrieb oder Wirtschaftszweig zurückblicken kann, sich eine Belohnung in Form von Ruhegeld verdient hat. Beide Gedanken kommen in Systemen der Altersversorgung zum Ausdruck, wobei die Feststellung, daß der Schwerpunkt auf den einen oder auf den anderen Gedanken gelegt wird, dazu beiträgt, Unterschiede im Ruhestandsalter, in anderen Bedingungen für die Anwartschaft und in den Rentensätzen zu erklären.

Alle Rentensysteme setzen ein Alter fest, bei welchem dem Antragsteller Renten gewährt werden, gleichviel, ob er noch arbeitsfähig ist oder nicht. Hierin unterscheidet sich die Altersversicherung von der Invalidenversicherung. Der Umstand, daß das Ruhestandsalter im voraus bekannt ist, dient nicht nur dem Arbeitnehmer, sondern auch dem Arbeitgeber, weil er wissen muß, in welchem Alter er einen langjährigen Arbeitnehmer anständigerweise entlassen kann. Bei der Festsetzung des Ruhestands-

alters werden natürlich stets, wenn auch nicht immer in sehr bestimmter Form, das allmähliche Nachlassen der Leistungsfähigkeit und die zunehmende Gebrechlichkeit des Alters berücksichtigt. Ob ein älterer Arbeitnehmer seine Beschäftigung weiter ausüben kann, hängt ja nicht nur von den Anforderungen der Arbeit selbst, sondern gleichermaßen auch von seiner körperlichen Verfassung ab. Es wäre daher vernünftig, das Ruhestandsalter mit den Anforderungen des Berufs und der Dauer der Berufstätigkeit in Zusammenhang zu bringen. Dies hat die Internationale Arbeitskonferenz 1933 (Empfehlung betreffend Invaliditäts-, Alters- und Hinterbliebenenversicherung) empfohlen und 1944 (Empfehlung betreffend Sicherung des Lebensunterhalts) wiederholt.

In der Praxis lassen die meisten Rentensysteme für Arbeitnehmer im allgemeinen sowie alle Universalsysteme die beruflichen Unterschiede beim Eintreten der Altersinvalidität unberücksichtigt, vor allem wohl, um Komplikationen im Falle von Personen zu vermeiden, die mehrere Berufe ausgeübt haben. Teilweise läßt sich dieses Problem jedoch oft dadurch lösen, daß man für bestimmte Berufe besondere Rentensysteme einführt, die schon früher Renten gewähren als das Hauptsystem.

Das ganze Kriterium für die Festsetzung eines angemessenen Ruhestandsalters im Rahmen einer allgemeinen Rentenversicherung wurde prägnant in der Empfehlung betreffend Sicherung des Lebensunterhalts zum Ausdruck gebracht: „[Das vorgeschriebene Alter] sollte das Alter sein, in dem die Fähigkeit zu ergiebiger Arbeitsleistung gewöhnlich verlorengeht, Krankheit und Invalidität sich stark fühlbar machen und etwa bestehende Arbeitslosigkeit dauernd zu werden droht.“

Niemand sieht natürlich einem solchen Zustand freudig entgegen. Die Menschen wollen nicht warten, bis sie vollständig heruntergearbeitet sind und mit einem Fuß im Grabe stehen; sie erhoffen sozusagen „bezahlte Dauerferien“. Wenn jedoch ein älterer Mensch mit dem heutigen Arbeitstempo nicht mehr Schritt halten kann, so bedeutet dies glücklicherweise noch nicht, daß er auch unfähig ist, bestimmte Freizeitbeschäftigungen zu genießen.

Der Beginn des Ruhestandsalters wird durch eine Kompromißlösung festgesetzt, in der die obenstehenden Erwägungen praktisch miteinander in Einklang gebracht und auch mehrere Nebenfaktoren berücksichtigt werden, wie z. B. der Prozentsatz der alten Leute an der Gesamtbevölkerung, die Lebenserwartung bei einem bestimmten Ruhestandsalter, der allgemeine Beschäftigungsstand und natürlich auch die finanzielle Last und ihre Verteilung.

Das Vorhandensein überschüssiger Arbeitskräfte kann die Wahl des Ruhestandsalters beeinflussen, nicht nur aus dem offensichtlichen Grunde, daß ältere Leute nur schwer eine Beschäftigung finden können,

sondern auch umgekehrt deshalb, weil die wenigen älteren Personen, denen es gelingt, ihre Beschäftigung beizubehalten, dadurch jüngeren und leistungsfähigeren Arbeitnehmern, die wahrscheinlich eine Familie zu erhalten haben, den Zugang versperren. So empfahl die Internationale Arbeitskonferenz im Jahre 1933 während der Weltwirtschaftskrise die Herabsetzung des Ruhestandsalters als eine Maßnahme zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit.

Wie bei allen anderen Leistungen der Sozialen Sicherheit muß auch hier aus finanziellen Gründen zwischen einer großzügigen Definition des gedeckten Falles einerseits und großzügigen Leistungssätzen andererseits ausbalanciert werden. Bevor das Ruhestandsalter festgesetzt werden kann, muß man sich erst einmal vergewissern, welche Geldmittel aufgetrieben werden können, um Renten zu bestimmten Sätzen zu finanzieren. Innerhalb von Rentenversicherungen für die Gesamtheit der Arbeitnehmer sowie in den universalen Systemen gibt es eine bald erreichte Grenze dafür, was der Steuerpflichtige neben seinen Ausgaben für andere Leistungen der Sozialen Sicherheit jeweils für das Recht, später selbst eine Altersrente zu erhalten, zu zahlen geneigt ist. In Sonderkassen für verhältnismäßig kleine Gruppen von Arbeitnehmern sind die finanziellen Probleme oft weniger schwerwiegend. So läßt sich etwa eine besondere Pensionskasse für einen Wirtschaftszweig einführen, dessen Arbeitnehmern im Interesse der Volkswirtschaft eine Belohnung in Form von Rentenbegünstigungen zusteht oder die durch eine Gewerkschaft vertreten sind, welche durch ihre Machtstellung auf die Gesetzgebung einen starken Druck ausüben kann. Im einen wie im anderen Falle besteht die Begünstigung vor allem darin, einen viel größeren Teil der Rentenkosten auf die Steuerzahler oder auf andere Arbeitnehmer als Verbraucher abzuwälzen, als dies in einem gemeinsamen System für alle Arbeitnehmer möglich ist.

Das Ruhestandsalter im Rahmen von allgemeinen Rentenversicherungssystemen für Arbeitnehmer, Systemen für Industriearbeiter und -angestellte sowie Systemen der sozialen Fürsorge oder universalen Systemen der Sozialen Sicherheit war 1954 in 48 Ländern wie folgt festgesetzt:

Alter	Anzahl der Länder	Alter	Anzahl der Länder
70	2	60 ¹ }	9
67	2	55 ² }	
65	15	55 ¹ }	2
65 ¹ }	9	50 ² }	
60 ² }		50	1
60	8		

¹ Männer; ² Frauen.

Bemerkenswert ist, daß der Ausgleich zwischen den verschiedenen Erwägungen, die wir erwähnt haben, in einer Gruppe von Ländern, deren Bevölkerungsstruktur und Wohlstand sehr verschieden sind, zu einer so dichten Konzentration bei 60 und 65 Jahren geführt hat. Dieses Ergebnis wurde vielleicht auch durch den Umstand beeinflusst, daß mehrere Länder mit einem nur geringen Anteil der alten Leute an der Bevölkerung zu arm sind, um sich ein verhältnismäßig niedriges Ruhestandsalter leisten zu können. Wie unbestimmt der Begriff des Alters ist und welcher Art die parlamentarischen Diskussionen sind, läßt sich daran erkennen, daß alle 48 Länder — mit zwei Ausnahmen — das Ruhestandsalter mit einem Vielfachen der Ziffer 5 bemessen haben. Die Zeitspanne von fünf Jahren ist jedoch von großer finanzieller Bedeutung; dieselbe Rente kann, wenn das Ruhestandsalter mit 60 festgesetzt ist, dem betreffenden System 40 bis 50 Prozent mehr Kosten verursachen, als wenn es mit 65 festgesetzt wäre, weil die Anzahl der Personen, die diese Altersgrenzen überleben, so verschieden ist. Warum 67 und 70 Jahre als Altersgrenzen gewählt wurden, ist übrigens bekannt: in den betreffenden Ländern, in denen die soziale Fürsorge oder ein Universalsystem der Sozialen Sicherheit eine große Landbevölkerung mit einem beschränkten Steueraufkommen zu schützen hat, gibt es besonders viele alte Leute.

20 Länder haben für Frauen das Ruhestandsalter niedriger angesetzt als für Männer, und zwar in jedem Fall um fünf Jahre niedriger. Dadurch wird der Tatsache Rechnung getragen, daß ältere Frauen bekanntlich in vielen gewöhnlich von Frauen ausgeübten Berufen nur sehr schwer unterkommen können. Obwohl Frauen durchschnittlich länger leben als Männer — was die Kosten dieser bevorzugten Behandlung noch erhöht —, kann eine solche Bestimmung als gerecht betrachtet werden, da bei Frauen eine geringere Wahrscheinlichkeit dafür besteht, daß sie Angehörige hinterlassen, die Hinterbliebenenrenten beanspruchen könnten.

Die hier beschriebene Lage in verschiedenen Ländern der Welt stimmt ziemlich genau mit dem in der Empfehlung betreffend Sicherung des Lebensunterhalts vorgeschlagenen Ruhestandsalter von 65 Jahren für Männer und 60 für Frauen überein. Das Übereinkommen über Soziale Sicherheit (Mindestnormen) ist vorsichtiger formuliert, wie sich das für eine vertragliche Regelung ziemt, die jahrzehntelang in Kraft bleiben soll und zu einer Zeit angenommen wurde, da man sich immer mehr darüber klar wurde, daß die Zukunft ein Anwachsen der Bevölkerungsschichten höheren Alters bringen würde, und insbesondere auch bedachte, daß ein Ruhestandsalter, nachdem es einmal festgesetzt ist, nur sehr schwer heraufgesetzt werden kann. Das Übereinkommen läßt daher sogar ein Alter von über 65 Jahren zu, wenn die Arbeitsfähigkeit der älteren Leute dies zu rechtfertigen scheint.

Wir haben weiter oben in dieser Lektion erwähnt, daß das Ruhestands-
alter theoretisch bis zu einem gewissen Grad von den besonderen Anforder-
ungen des Berufs abhängen sollte, den der Versicherte ausübt. In den
meisten Ländern werden beruflich bedingte Unterscheidungen dadurch
getroffen, daß für bestimmte anstrengende oder gefährliche Berufe oder
durch einzelne Arbeitgeber eine gesonderte Rentenpflichtversicherung ein-
geführt wird. Für Bergleute, deren Arbeit schwer und gefährlich ist, haben
mehrere europäische Länder besondere Rentenkassen gegründet, von
denen die meisten das Ruhestands-
alter um zehn Jahre niedriger ansetzen
als die allgemeinen Systeme für Arbeitnehmer, z. B. auf 50 anstatt 60
oder auf 55 anstatt 65 Jahre. In einigen europäischen und lateinamerika-
nischen Ländern gibt es für Seeleute und Eisenbahner Sondersysteme, die
das Ruhestands-
alter ebenfalls niedriger festsetzen. In der UdSSR und in
den meisten Volksdemokratien werden in der allgemeinen Rentenver-
sicherung die Berufe in zwei Kategorien eingeteilt: für Bergleute und
gegebenenfalls auch andere Arbeitnehmer in ungesunden Berufen ist das
Ruhestands-
alter 50 Jahre, gegenüber 60 (55 für Frauen) in anderen
Berufen. In einigen anderen Ländern wurde seit Kriegsende in die allge-
meine Rentenversicherung eine ähnliche Bestimmung eingeführt. Der-
artige Einrichtungen bieten beachtliche Vorteile (sie sind umfassend,
anpassungsfähig und finanziell stabil) im Vergleich zu komplexen Grup-
pen von Sondersystemen; die älteren Industrien in ihrer Verschieden-
artigkeit, die auf eigene Tradition zurückblicken, können sich damit
jedoch kaum befreunden.

Ob man nun bei der Festsetzung des Ruhestandsalters von der zu
erwartenden Arbeitsunfähigkeit oder von der durch ein langes Arbeits-
leben verdienten Ruhe ausgeht, so wird in beiden Fällen angenommen,
daß der Beginn der Rentengewährung in der Regel mit dem Eintritt in
den Ruhestand zusammenfällt. Viele ältere Leute arbeiten allerdings mit
oder ohne Rente nach Erreichung des Ruhestandsalters trotzdem weiter.

Zahlreiche allgemeine Rentenversicherungen — vielleicht die Hälfte —
nennen unter den Voraussetzungen für die Gewährung von Altersrenten
nicht die tatsächliche Einstellung der Arbeit. Es scheinen drei Gründe
dafür zu bestehen, daß man es dem Rentner erlaubt, weiterzuarbeiten und
so seine Rente und seinen Lohn gleichzeitig zu beziehen. Der erste und
wichtigste Grund ist, daß die Altersrenten namentlich vor dem zweiten
Weltkrieg zur Bestreitung des Lebensunterhalts oft nicht ausreichten, so
daß die Arbeitseinstellung nicht verlangt werden konnte. Ein zweiter
Grund ist, daß dort, wo das Ruhestands-
alter hoch ist, ohnehin nur
wenige Rentner ihre Beschäftigung bis ins Ruhestands-
alter hinein beibe-
halten können, und es wäre für die Verwaltung zu kostspielig nachzu-
prüfen, ob keiner der Rentner eine Beschäftigung ausübt. Drittens kann

in einem Land zeitweilig ein solcher Mangel an Arbeitskräften auftreten, daß man die Rentner dazu anspornen muß, ihre Beschäftigung wieder aufzunehmen.

Das Übereinkommen über Soziale Sicherheit (Mindestnormen) läßt ein Ruhen der Altersrenten zu, wenn der Rentner eine Erwerbstätigkeit ausübt oder wenn sein Verdienst einen bestimmten Betrag übersteigt. Wird das Rentensystem nicht vorwiegend aus den Beiträgen der Versicherten finanziert, so kann man wohl jemandem, der weiterhin einen normalen Lohn bezieht, die Rente mit gutem Grund verweigern. Diese Vorschrift ist natürlich im Zusammenhang mit jenen Bestimmungen des Übereinkommens zu verstehen, in denen der Mindestsatz der Rente vorgeschrieben wird.

In einer Pensionskasse für einen bestimmten Wirtschaftszweig oder Beruf ist der Eintritt in den Ruhestand meist obligatorisch, weil ja sowohl Arbeitgeber als auch Arbeitnehmer wünschen, daß dem Nachwuchs der Zugang offengehalten werde; die Rente ist dann aber wohl verhältnismäßig hoch, und es ist dem Rentner freigestellt, außerhalb des von der Pensionskasse erfaßten Wirtschaftszweiges oder Berufs Arbeit zu finden. Es wird auch von mehreren allgemeinen Rentenversicherungen Lateinamerikas vorgeschrieben, daß die Aufgabe einer versicherungsfähigen Beschäftigung eine Voraussetzung für die Auszahlung von Renten darstellt. Die Folge davon ist, daß niemand weiterarbeiten möchte, wenn sein Verdienst so gering wird, daß dieser den Betrag der ihm zustehenden Rente erreicht. In den wenigsten allgemeinen Rentenversicherungssystemen Europas, die der Weiterbeschäftigung von Rentnern Einhalt zu gebieten versuchen, geschieht dies dadurch, daß die Rente gekürzt wird oder gar ruht, wenn der Verdienst eine bestimmte Grenze überschreitet.

In mehreren Studien, die das Internationale Arbeitsamt für europäische und amerikanische Konferenzen vorgenommen hat, hat es sich dafür eingesetzt, daß das Ruhestandsalter elastisch gehalten werden möge, weil große individuelle Unterschiede in bezug auf die Arbeitsfähigkeit und den Wunsch nach Weiterarbeit vorhanden sind. Wird die Summe von Rente und Arbeitsverdienst begrenzt, so können die sich daraus ergebenden Einsparungen zu einem Ruhestandsalter führen, das niedriger liegt als das Alter, in dem die meisten Arbeiter ihre Arbeit aus körperlichen Gründen aufgeben müssen. Die in diesem frühen Alter gewährte Rente mag zwar nur sehr bescheiden sein, doch steht es dem Rentner frei, sich zusätzlich noch etwas zu verdienen. Andererseits kann ein Versicherter, der weiterarbeitet und seinen Rentenanspruch noch nicht geltend macht, dadurch das Recht auf eine Rente erwerben, die proportional zu diesem Aufschub erhöht wird. Entsprechende Maß-

nahmen wurden seinerzeit von Beveridge empfohlen und haben in mehreren allgemeinen Rentenversicherungssystemen Aufnahme gefunden.

Tod des Ernährers

In der zweiten Lektion haben wir kurz gestreift, welche unterhaltsberechtigten Familienangehörigen durch die Rentenversicherung ihres Ernährers geschützt sind; im folgenden werden wir uns näher mit der Definition dieser Familienangehörigen befassen.

Für die Hinterbliebenen treten im Rahmen von Versicherungssystemen die Hinterbliebenenrenten an die Stelle der Invaliditäts- oder Altersrenten, die der Verstorbene entweder noch nicht beanspruchen konnte oder bei seinem Tod bezog.

Das Übereinkommen über Soziale Sicherheit (Mindestnormen) schreibt vor, daß Witwen, von denen angenommen wird, daß sie sich nicht selbst erhalten können, sowie Kindern bis zum Ende des schulpflichtigen Alters Renten auszuzahlen sind. Bei Witwen gilt als Grund für die Unfähigkeit, sich selbst zu erhalten, außer Invalidität und Alter auch die Pflicht, für ein Kind zu sorgen. Obwohl heute fast alle Systeme den Kindern — viele auch der Witwe — günstigere Bedingungen einräumen, war im Übereinkommen zu berücksichtigen, daß die Hinterbliebenenrenten in den unterentwickelten Ländern meist als letzte Rente eingeführt werden. Die einschlägigen Bestimmungen der Empfehlung betreffend Sicherung des Lebensunterhalts sind den durchschnittlichen europäischen Gepflogenheiten besser angepaßt und enthalten zusätzliche Verbesserungen, die allmählich ihren Weg in die Gesetzgebung finden. Diese Bestimmungen sind so wichtig, daß wir ihren vollen Wortlaut zitieren wollen:

Hinterbliebenenrenten sollten gewährt werden

- a) der Witwe des Versicherten,
- b) den Kindern, Stiefkindern, Adoptivkindern und — sofern sie zuvor als unterhaltsberechtiget eingetragen worden sind — unehelichen Kindern eines oder einer Versicherten, falls der oder die Versicherte für den Unterhalt der Kinder gesorgt hat, und
- c) unter Bedingungen, die durch die innerstaatliche Gesetzgebung festzusetzen sind, einer unverheirateten Frau, mit welcher der Versicherte in Gemeinschaft gelebt hat.

Witwenrente sollte einer Witwe gewährt werden, die für den Unterhalt eines Kindes sorgt, für das eine Leistung gewährt wird, oder die beim Tod ihres Ehegatten oder zu einem späteren Zeitpunkt invalide ist oder das Mindestalter für die Beanspruchung einer Altersrente erreicht hat. Eine Witwe, die keine dieser Bedingungen erfüllt, sollte während einer Mindestdauer von einigen Monaten Witwenrente beziehen und im Falle der Arbeitslosigkeit auch weiterhin, bis ihr eine angemessene Beschäftigung angeboten werden kann, nötigenfalls nach entsprechender Ausbildung.

Waisenrente sollte für Kinder gewährt werden, die noch im schulpflichtigen Alter stehen oder das achtzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet haben und ihre allgemeine oder Berufsausbildung fortsetzen.¹

Nach der Art der Witwenrenten können die verschiedenen Länder in zwei Gruppen eingeteilt werden. Etwa die Hälfte dieser Länder gewährt bedingungslos Witwenrenten, wobei sich einige Systeme allerdings gegen Eheschließungen am Totenbett und ähnliches schützen. Diese günstige Behandlung von Witwen ist den meisten europäischen Systemen noch fremd, kommt jedoch in Lateinamerika in fast allen Systemen zum Ausdruck, weil dort verheiratete Frauen traditionsgemäß nicht zur Arbeit gehen sollen.

In der anderen Gruppe von Ländern liegt das Alter, bei dem eine kinderlose Witwe einen Rentenanspruch hat, zwischen 40 und 65 Jahren; diese Grenze entspricht also entweder dem normalen Ruhestandsalter für Frauen oder wird um etwa zehn Jahre niedriger festgesetzt. Nach den meisten Systemen in dieser Gruppe muß die Witwe das betreffende Alter erreicht haben oder beim Tod ihres Mannes bereits invalide gewesen sein. Diese Vorschrift kann zu Härten führen, da ja eine Witwe, die das vorgeschriebene Alter noch nicht erreicht hat, trotzdem zu alt sein kann, um eine versicherungsfähige Beschäftigung aufzunehmen und damit einen Altersrentenanspruch zu erwerben. Nur wenige Systeme gewähren den ständigen Schutz bei Invalidität und Alter, den die Empfehlung betreffend Sicherung des Lebensunterhalts vorschlägt; wo es keinen solchen Schutz gibt, sollte die Witwe, die einen bedingungslosen Rentenanspruch nicht geltend machen kann, verlangen können, daß ihr der Versicherungszeitraum ihres Mannes als ihr eigener angerechnet wird, wenn sie eine versicherungsfähige Beschäftigung aufnimmt. Nur sehr wenige Länder erkennen einer langjährigen Lebensgefährtin denselben Rentenanspruch zu wie der Ehefrau, was überraschend ist, wenn man bedenkt, in wievielen Ländern es häufig vorkommt, daß Mann und Frau unverheiratet zusammenleben. Andererseits wurde in mehreren Systemen Beveridges Vorschlag befolgt, jungen, kinderlosen Witwen eine zeitweilige Zulage zu gewähren, bis sie Arbeit gefunden haben.

Das Mindestalter, bis zu dessen Erreichung einem Kind bedingungslos eine Waisenrente ausgezahlt wird, ist fast überall 16 oder 18 Jahre; etwas mehr als die Hälfte der Länder schreibt 16 Jahre vor. Wird die Ausbildung des Kindes auch jenseits dieser Altersgrenze fortgesetzt, dann wird die Rentenauszahlungsdauer um zwei, fünf oder sogar neun Jahre

¹ Empfehlung betreffend Sicherung des Lebensunterhalts, 1944, Anhang (Leitende Grundsätze und Vorschläge zu ihrer Durchführung), Teil I (Sozialversicherung), Absatz 13.

verlängert. Fast alle Länder verzichten ferner auf die Altersgrenze, wenn das Kind invalide ist.

Was die anderen Verwandten betrifft, so wird einem Witwer, der beim Tode seiner Frau invalide oder im Ruhestandsalter war und vollständig von seiner Frau erhalten wurde, sehr oft dieselbe Rente ausgezahlt wie einer Witwe. In einer sehr geringen Anzahl von Systemen werden verwaihte Geschwister und Enkel den Kindern des Versicherten oder seiner Frau gleichgestellt. Schließlich haben unterhaltsberechtigte Eltern des Verstorbenen in etwa sechs Ländern einen Anspruch auf Rente, wenn der Höchstbetrag für die Summe der Hinterbliebenenrenten infolge der Rentenauszahlungen an die Witwe und die Kinder nicht schon erreicht ist; diese Bestimmung rechtfertigt sich in Ländern, in denen der Anwendungsbereich der Rentenversicherung verhältnismäßig klein ist oder die Rentenversicherung Personen, die bei der Einführung des Systems bereits ein höheres Alter erreicht hatten, keine beitragslose Rente gewährt.

SECHSTE LEKTION

LEISTUNGEN (*Fortsetzung*)

RENTEN (*Schluß*)

Wartezeiten

Wartezeiten sind ein wesentliches Merkmal der Rentensysteme. Die Rentenversicherungen müssen sich dagegen schützen, daß Personen in schlechtem Gesundheitszustand oder fortgeschrittenem Alter sich innerhalb kürzester Zeit eine Rente verschaffen, indem sie eine vielleicht nur symbolische Beschäftigung aufnehmen, die von einer Versicherung gedeckt wird, oder indem sie, sofern es sich um eine Einrichtung der Sozialfürsorge oder um ein Universalsystem der Sozialen Sicherheit handelt, aus einem Lande, das etwas ähnliches nicht hat, einwandern.

Das Alter nähert sich unaufhaltsam, und Invalidität und Tod sind Fälle, die immer wahrscheinlicher werden, bis man das 80. oder 100. Lebensjahr erreicht hat (wenn die Wahrscheinlichkeit der Invalidität beziehungsweise des Todes beinahe zur Gewißheit geworden ist). Je mehr sich daher ein neues Mitglied eines Rentensystems dem kritischen Alter nähert, desto mehr sollte sich die Beitragshöhe der Leistungshöhe selbst nähern. Aus praktischen und leicht ersichtlichen Gründen ändern sich jedoch die Sozialversicherungsbeiträge nicht mit dem Alter; die Beitragsätze sind so bemessen, daß sie dem gegenwärtigen und zukünftigen Altersaufbau der versicherten Bevölkerung entsprechen.

Wäre nicht zu befürchten, daß die Versicherung unversehens für zahlreiche Kranke oder alte Leute aufkommen muß, dann brauchte man keine Wartezeit. Nun ist diese Gefahr aber vorhanden, insbesondere bei Versicherungssystemen mit beschränktem Wirkungsbereich. Die Alternativlösung, die Beiträge allgemein so zu bemessen, daß ältere Personen nach Entrichtung einiger Beiträge dieselben Leistungen erhalten können wie Personen, die z. B. seit Ende der Schulzeit Beiträge entrichtet haben, wird als ungerecht betrachtet. Durch die Einrichtung einer Wartezeit wird erreicht, daß jeder Rentner zu den Leistungen, die er bezieht, selbst einen wesentlichen Beitrag geleistet hat. Das ist der ganze Sinn der Wartezeit in bezug auf die Altersrenten. Was Invalidität und Tod betrifft, so bezweckt die Wartezeit jedoch vor allem, Personen, bei deren Ver-

sicherungsbeitritt das baldige Eintreten des Versicherungsfalles anzunehmen ist, von der Versicherung fernzuhalten.

Während Invalidität und Tod in jedem Alter eintreten können, selbst bei jüngeren Personen, lassen sich das Alter und der damit zusammenhängende Ruhestand von jedem Menschen voraussehen, sobald er eine Arbeit aufnimmt; für diese Versicherung ist daher die Wartezeit meistens viel länger als für die beiden ersten Versicherungen, und zwar zumindest so lange, daß aus der Summe der Beiträge eine kleine, aber nützliche Rente finanziert werden kann.

Der Finanzplan eines Rentenversicherungssystems geht von der Voraussetzung aus, daß die meisten, die der Versicherung beitreten, ihre Beiträge ziemlich regelmäßig entrichten werden, bis einer der Versicherungsfälle eintritt. Es genügt daher nicht, eine Wartezeit von mehreren Jahren zurückzulegen; werden die Beiträge danach nicht weitergezahlt, dann kann die Rente verweigert oder gekürzt werden.

Wird die Beitragszahlung unterbrochen, weil der Versicherte aus freien Stücken aus dem von der Versicherung erfaßten Bereich ausgetreten ist, dann ist es recht und billig, ihn auf eine bestimmte Zeit weiter zu schützen, namentlich wenn er die Wartezeit erfüllt hat; in dem Maße, wie die Wartezeit lediglich bezweckte, Personen auszuschalten, bei denen ein baldiges Eintreten des Versicherungsfalles anzunehmen war, sollte die Schutzfrist, auf ersten Blick betrachtet, der Wartezeit entsprechen. Dem Betreffenden sollte auch die Gelegenheit geboten werden, mittels freiwilliger Beiträge seine Versicherung aufrechtzuerhalten. Nimmt er diese Gelegenheit nicht wahr und ist die Schutzfrist abgelaufen, dann kann man bei einem erneuten Beitritt zur Versicherung billigerweise von ihm verlangen, daß er die Wartezeit nochmals zurücklegt.

Es ist jedoch wahrscheinlicher, daß die Beitragszahlung durch Krankheit oder Arbeitslosigkeit unterbrochen wird; hier sollte der Betreffende so lange geschützt werden, als diese Krankheit oder Arbeitslosigkeit andauert. Ein solcher besonderer Schutz läßt sich aber nur dort durchführen, wo es eine Kranken- oder Arbeitslosenversicherung gibt, die mit der Rentenversicherung koordiniert ist.

Bei Rentenversicherungen mit kurzer Wartezeit wird ein Ausgleich dadurch geschaffen, daß man eine regelmäßigere Entrichtung von Beiträgen verlangt. Ist die Wartezeit jedoch lang (z. B. 15 Jahre, wie in den meisten Altersversicherungssystemen), dann kann schon auf Grund der zurückgelegten Wartezeit eine kleine Rente ausgezahlt werden, ohne daß der Versicherte weitere Beiträge zu zahlen braucht.

Auf diesen ganz allgemein beschriebenen Überlegungen beruhen die Wartezeiten, wie sie in der Rentenversicherung gewöhnlich vorgeschrieben werden. Selbstverständlich kommen diese Gedankengänge auch in den

entsprechenden Bestimmungen des Übereinkommens über Soziale Sicherheit (Mindestnormen) zum Ausdruck.

Soweit es sich um Versicherungssysteme mit beschränktem Wirkungsbereich handelt, schreibt das Übereinkommen zwei Arten von Höchstwartezzeiten vor: eine kürzere Zeitspanne, nach deren Ablauf der Versicherte Anspruch auf eine kleine, nicht fest begrenzte Rente hat, und eine längere, nach der er Anspruch auf eine Rente hat, die der Mindestnorm entspricht. Wir wollen uns hier zunächst mit den kürzeren Wartezeiten befassen. Sie betragen bei Invaliditäts- und Hinterbliebenenrenten fünf Beitragsjahre oder fünf Beschäftigungsjahre und bei Altersrenten 15 Beitragsjahre oder 15 Beschäftigungsjahre.

Für die Systeme der sozialen Fürsorge oder die Universalsysteme der Sozialen Sicherheit, deren Renten sämtlich dem Existenzminimum entsprechen, schreibt das Übereinkommen eine einzige Gruppe von Wartezeiten vor, nämlich bei Invaliditäts- und Hinterbliebenenrenten zehn Wohnsitzjahre und bei Altersrenten 20 Wohnsitzjahre.

Fast alle Rentensysteme für Arbeitnehmer im allgemeinen begnügen sich mit einer Wartezeit von fünf Beitrags- oder Beschäftigungsjahren für Invaliditäts- und Hinterbliebenenrenten. Oft ist sogar nur eine Wartezeit von einem Jahr bis vier Jahren erforderlich. Seit Kriegsende haben einige Länder für die Invaliditäts- und Hinterbliebenenrenten eine Mindestbeschäftigungszeit eingeführt, deren Länge sich nach dem Alter des Versicherten beim Eintritt des Versicherungsfalles richtet: z. B. eine Wartezeit von drei Jahren bei 25 und weniger Lebensjahren und von sieben Jahren bei 40 und mehr Lebensjahren.

Die Höchstwartezeit von 15 Jahren, die das Übereinkommen für Altersrenten in Versicherungssystemen zuläßt, wird nur in zwei oder drei Ländern überschritten. Wartezeiten von vier, fünf oder zehn Jahren sind keineswegs selten.

Eine Versicherung, die den Versicherten eine Wartezeit von 15 Jahren für die Anwartschaft auf Altersrenten auferlegt, bietet der Generation, die sich beim Inkrafttreten des Systems dem Ruhestandsalter nähert, keinen Schutz. Das Übereinkommen ersucht daher die Regierungen, die Bedingungen der Anwartschaft für diese Generation großzügiger zu gestalten. Dies geschieht durch verschiedene Methoden. Eine dieser Methoden besteht darin, die Wartezeit nach dem vom Versicherten beim Inkrafttreten des Systems erreichten Alter abzustufen, so daß sie von einer Mindestdauer von zwei oder drei Jahren für Versicherte, die sich zu dem genannten Zeitpunkt bereits dem Ruhestandsalter näherten, auf ihre normale Dauer für diejenigen ansteigt, die damals in mittleren Jahren standen. In der UdSSR und in den meisten Volksdemokratien wird bei der Berechnung der Wartezeit die Beschäftigungsdauer berücksichtigt, und

zwar auch die Dauer von Beschäftigungen, die der Versicherte vor dem Inkrafttreten des Versicherungssystems ausgeübt hat; bei einem sehr weitreichenden System schützt diese Bestimmung die meisten älteren Arbeitnehmer, obwohl es vielleicht schwierig sein mag, eine Beschäftigung nachzuweisen, die viele Jahre zurückliegt.

Rentenberechnung

Wie wir bei der Erörterung der Krankenversicherung gesehen haben, gibt es zwei grundlegende Leistungstypen: der eine ist proportional zu dem vom Leistungsempfänger früher bezogenen Lohn, und der andere geht von den Kosten zur Bestreitung des Lebensunterhalts aus. Wir haben auch gesehen, daß die erste Leistungsart manchmal, die zweite immer ergänzt wird, wenn der Leistungsempfänger unterhaltsberechtigten Familienangehörige hat. Die beiden genannten Berechnungsarten finden wir auch bei den Renten, denn auch die Rentenhöhe bestimmt sich entweder nach dem früheren Verdienst des Rentenempfängers oder nach dem Existenzminimum; dazu kommen auch hier unter Umständen noch Zulagen für Familienangehörige. Bei der Berechnung von Renten im Rahmen von Versicherungssystemen ist jedoch immer ein zusätzlicher Faktor zu berücksichtigen, nämlich die Anzahl und Höhe der entrichteten Beiträge. Wo eine Familienzulageversicherung oder ein universales Familienzulagesystem existiert, wird der Rentner dessen Leistungen auch weiterhin, manchmal sogar zu einem höheren Satz als vorher, beziehen.

In der überwiegenden Mehrheit der Versicherungssysteme setzen sich die Renten aus zwei Elementen zusammen, und manchmal kommen noch Familienzulagen — meistens nur Kindergeld — hinzu; bei einer geringeren Anzahl von Systemen wird gemäß der Empfehlung betreffend Sicherung des Lebensunterhalts auch eine Zulage für Invalide vorgesehen, die ständiger Pflege bedürfen.

Das erste Element ist ein Grundbetrag, auf den der Versicherte einen Anspruch erheben kann, wenn der Versicherungsfall nach Zurücklegung der Wartezeit eintritt. Dieser Betrag entspricht meistens einem Prozentsatz des Durchschnittslohnes, der der Beitragszahlung zugrunde lag; oft wird nur der Lohn der letzten fünf oder zehn Jahre berücksichtigt, entweder weil es verwaltungsmäßig einfacher ist, oder um die allgemein steigende Tendenz der Nominallohne zu berücksichtigen. Der Grundbetrag entspricht 25 bis 66 Prozent des Grundlohnes. Er kann auch — was allerdings viel seltener vorkommt — aus einem festen Betrag bestehen.

Das zweite Element ist der Steigerungsbetrag, d. h. ein Prozentsatz (z. B. ein oder zwei Prozent) des durchschnittlichen Jahreslohnes, der für

jedes Beitragsjahr zum Grundbetrag oder, wenn dieser hoch ist, nur für die innerhalb der Wartezeit liegenden Beitragsjahre hinzugefügt wird.

Invaliditäts- und Altersrenten werden nach derselben Methode berechnet, so daß eine kurz vor dem Ruhestandsalter ausgezahlte Invaliditätsrente fast ebenso hoch ist, wie es die andernfalls ausgezahlte Altersrente gewesen wäre. Der Grundbetrag und die etwa noch hinzukommenden Steigerungsbeträge für die Wartezeit bilden die Mindestrente.

Diese Methode der Rentenberechnung läßt sich durch das folgende Beispiel veranschaulichen:

A. Invaliditäts- und Altersrenten:

1. Grundrente — 25 Prozent des Grundverdienstes (d. i. des Durchschnittsverdienstes der letzten fünf Jahre);
 2. Steigerungsbeträge — 1 Prozent des Grundverdienstes für je 50 Beitragswochen, mit Ausnahme der ersten 150;
 3. Zulage von 10 Prozent der Summe aus 1 und 2 für jedes Kind.
- Der Gesamtbetrag darf 85 Prozent des Grundverdienstes nicht übersteigen.

B. Hinterbliebenenrenten:

1. Witwe: 40 Prozent der Summe aus A 1 und 2;
 2. Jedes Kind: 20 Prozent dieser Summe;
 3. Jede Vollwaise: 30 Prozent dieser Summe;
- Höchstbetrag: 100 Prozent der genannten Summe.

In den wenigen Altersversicherungssystemen, die die gesamte erwerbstätige Bevölkerung erfassen, besteht gerechterweise eine genaue Proportionalität zwischen der Höhe der entrichteten Beiträge und dem Rentensatz, wenn der Versicherungsbeitrag am Ende des schulpflichtigen Alters erfolgte. So beträgt die Rente etwa 1 Prozent des Jahreslohnes für jedes Beitragsjahr oder $1\frac{1}{3}$ Prozent, wenn der Rentner verheiratet ist. Obwohl es auf dem Versicherungsprinzip beruht, kann sich ein solches umfassendes System großzügige Übergangsrenten für diejenigen Angehörigen der berufstätigen Bevölkerung leisten, die bei seinem Inkrafttreten bereits erwachsen waren, denn es kann die Kosten für den Unterhalt der alten Leute ruhig auf die ganze arbeitende Bevölkerung verteilen.

Die Renten der sozialen Fürsorge oder der Universalsysteme der Sozialen Sicherheit richten sich natürlich nach dem Existenzminimum, d. h. nach den tatsächlichen oder zu erwartenden Bedürfnissen des Rentners und seiner Familienangehörigen. Ehemann und Ehefrau haben natürlich in gleicher Weise einen Anspruch auf solche Renten, doch kann sogar der eine Rente beziehende Mann eine Zulage für seine Frau

bekommen, wenn sie das Alter, in dem sie selbst pensionsberechtigt wird, noch nicht erreicht hat. Die fortschrittlicheren Systeme dieser Art haben noch andere Zulagen eingeführt, um besonderen Bedürfnissen zu genügen, wie etwa dem Unterhalt der Ehefrau eines invaliden Rentners und seiner Kinder, den höheren Lebenshaltungskosten in den Städten und dem Ankauf von Brennstoff für den Winter.

Sowohl in der Sozialfürsorge als auch in Universalsystemen der Sozialen Sicherheit hängt die Gewährung dieser Zulagen von einer Nachprüfung der wirtschaftlichen Verhältnisse und der Bedürftigkeit des Antragstellers ab. Um den Bestimmungen des Übereinkommens über Soziale Sicherheit (Mindestnormen) zu genügen, muß allerdings ein System der sozialen Fürsorge eine namhafte Summe von Ersparnissen bei der Bedürftigkeitsprüfung als Freibetrag anerkennen; in zwei Ländern ist eine Bedürftigkeitsprüfung für die Gewährung von Altersrenten nur so lange erforderlich, bis ein bestimmtes Alter erreicht ist. Es gibt also eigentlich keine reinen Fürsorgesysteme und keine reinen Universalsysteme der Sozialen Sicherheit, denn jede dieser beiden Arten von Systemen richtet sich auch nach den für die andere Art geltenden Grundsätzen. Es läßt sich jedoch, namentlich bei den Altersrenten, eine Tendenz zu einer einheitlichen Grundrente feststellen. Den Umstand, daß die Bedürftigkeitsprüfung die Sparfreudigkeit vermindert, empfindet man als schweren Nachteil, um so mehr, als die Kosten der sozialen Fürsorge heute auf die gesamte werktätige Bevölkerung verteilt werden.

Der Prüfstein für die Beurteilung einer Formel für die Rentenberechnung ist der Betrag der tatsächlich ausgezahlten Rente, und zwar nicht in extremen und verhältnismäßig seltenen Fällen, sondern in der großen Mehrzahl der Versicherungsfälle, die tatsächlich eintreten. Das Übereinkommen über Soziale Sicherheit (Mindestnormen) versucht daher sicherzustellen, daß die Rente in den meisten Fällen zur Bestreitung des Lebensunterhalts ausreicht, was auch immer Art und Umfang des Systems sein mögen. Das Übereinkommen schreibt deshalb einen Mindestdatz für folgende Renten vor: 1. für die Altersrente, wenn der Rentner eine Ehefrau im Ruhestandsalter hat und wenn er eine Wartezeit erfüllt hat, die in einer Beitrags- oder Beschäftigungszeit von 30 Jahren oder (in einem Fürsorge- oder Universalsystem) einer Wohnsitzzeit von 20 Jahren besteht; 2. für die Invalidenrente, wenn der Rentner eine Frau und zwei Kinder hat und eine Wartezeit erfüllt hat, die in einer Beitrags- oder Beschäftigungszeit von 15 Jahren oder (in einem Fürsorge- oder Universalsystem) einer Wohnsitzzeit von 10 Jahren besteht; und 3. für die Hinterbliebenenrente, wenn der Unterhaltspflichtige eine Witwe und zwei Kinder hinterläßt und dieselbe Wartezeit zurückgelegt hat, die für eine Invalidenrente erforderlich ist.

Für jede dieser Renten schreibt das Übereinkommen vor, daß sie (zusammen mit etwaigen finanziellen Mitteln, die den Freibetrag überschreiten) mindestens 40 Prozent eines Normallohns betragen soll. Wird die Rente ausschließlich oder hauptsächlich nach dem Grundlohn berechnet, so muß sie 40 Prozent dieses Grundlohns erreichen; diese Bestimmung gilt für alle Arbeitnehmer, deren Lohn oder Gehalt den Lohn eines gelernten Arbeiters in einem für das Versicherungssystem typischen Wirtschaftszweig nicht übersteigt. Beruht jedoch die Rente auf dem Existenzminimum, so werden die 40 Prozent nach dem Lohn eines typischen ungelernten Arbeiters berechnet.

Im Rahmen der Vorarbeiten für das Übereinkommen nahm das Internationale Arbeitsamt 1951 eine eingehende Untersuchung darüber vor, ob bei den wichtigsten Systemen von etwa 20 Ländern in verschiedenen Gegenden der Welt die vorgesehenen Renten in den im Übereinkommen beschriebenen Fällen angemessen sind. Die Ergebnisse dieser Untersuchung sind in Tabelle III zusammengefaßt, in der die Anzahl der Länder angegeben ist, in denen die Renten einen bestimmten Prozentsatz des geeigneten Normallohns erreichen.

TABELLE III. RENTENSÄTZE IN PROZENTEN DES LOHNS, 1951

Prozentsatz des Normallohns	Anzahl der Länder mit erreichtem Prozentsatz					
	Altersrenten		Invalidenrenten		Hinterbliebenenrenten	
	A	B	A	B	A	B
31	—	1	—	—	4	2
31–40	2	—	2	—	3	1
41–50	6	4	6	—	2	3
51–60	2	2	2	2	1	—
61–70	1	2	—	—	—	—
71–80	—	2	1	2	—	—
über 80	—	—	—	1	—	—

A: Bezogen auf den Lohn eines gelernten Arbeiters; B: bezogen auf den Lohn eines ungelernten Arbeiters.

In den Ländern, in denen sich die Leistungen nach dem Existenzminimum richten (Spalten B), sind die nach dem Fachkönnen getroffenen Lohnunterschiede ziemlich gering; die meisten dieser Länder sind ferner verhältnismäßig wohlhabend und gewähren somit auch bessere Renten. Während der im Übereinkommen vorgeschriebene Satz von 40 Prozent für Alters- und Invalidenrenten vielleicht etwas niedrig ist, scheint er für Hinterbliebenenrenten verhältnismäßig hoch zu sein. Die Internationale Arbeitskonferenz hat jedoch den eindeutigen Beschluß gefaßt, denselben Prozentsatz auch auf die Hinterbliebenenrenten anzuwenden. Es sei bemerkt, daß die Hinterbliebenenrenten mehrerer Systeme

die Mindestnorm erreicht hätten, wenn eine Rente für das dritte Kind mit aufgenommen worden wäre.

In vielen Rentenversicherungssystemen steht es dem Versicherten frei, fünf Jahre vor Erreichung des normalen Ruhestandsalters eine gekürzte Rente zu beziehen. Andererseits werden Personen, die das Ruhestandsalter erreicht haben, immer mehr dazu angehalten, sich weiterzuversichern und ihre Rente erst später zu beantragen; einen Ansporn dazu gibt ihnen die Aussicht auf eine Rente, die sich für jedes weitere Jahr um 2, 3 oder 4 Prozent des Grundlohnes erhöht.

Schließlich ist es erfreulich festzustellen, daß alle wichtigeren Rentensysteme, die nach der Annahme des Übereinkommens eingeführt oder umgestaltet worden sind, Bestimmungen enthalten, nach denen die Renten den Schwankungen der Lebenshaltungskosten regelmäßig angepaßt werden sollen.

Fragen (fünfte und sechste Lektion)

1. *Warum ist es in bezug auf die Invaliditätsleistungen wünschenswert, verschiedene Zweige der Sozialen Sicherheit miteinander zu koordinieren?*
 2. *Unter welchen Umständen kann man billigerweise von Altersrentenempfängern verlangen, sich einer Erwerbstätigkeit zu enthalten?*
 3. *Welche Kategorien von Witwen sollten Ihrer Ansicht nach eine Rente erhalten?*
 4. *Wozu dienen die Wartezeiten (Beitragszeiten) in Rentenversicherungssystemen mit beschränktem Wirkungsbereich? Warum sollte die Wartezeit für Invaliditäts- und Hinterbliebenenrenten kürzer sein als für Altersrenten?*
 5. *Aus welchen Bestandteilen setzen sich die Renten in Rentenversicherungssystemen mit beschränktem Wirkungsbereich gewöhnlich zusammen?*
 6. *Aus welchen Gründen ist es wünschenswert, das Ruhestandsalter einigermaßen elastisch zu bemessen und den Rentensatz entsprechend anzupassen?*
-

SIEBENTE LEKTION

LEISTUNGEN (*Schluß*)

LEISTUNGEN BEI ARBEITSUNFÄLLEN UND BERUFSKRANKHEITEN

Der Schutz des Arbeitnehmers bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten bildet den ältesten Zweig der Sozialen Sicherheit; er ist heute in fast jedem Land eingeführt. Es handelt sich hier um Einrichtungen, die dank ihrem Alter bereits fest verankert sind, und zwar nicht nur als ein wichtiger Bestandteil der öffentlichen Verwaltung, sondern auch — und dies ist von noch größerer Bedeutung — als praktische Verwirklichung eines Rechtsgrundsatzes, der den Schutz bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten zu einem unanfechtbaren Recht des Arbeitnehmers erhebt.

Unter Arbeitsunfallentschädigung¹ versteht man kurz gesagt besondere Leistungen in Gestalt von ärztlicher Betreuung und Krankengeld sowie von Invaliditäts- und Hinterbliebenenleistungen in Fällen, die nur einen kleinen Teil der Gesamtzahl aller gedeckten Krankheits-, Invaliditäts- und Todesfälle bilden. Vom sozialen Standpunkt aus kommt daher diesen Systemen nur verhältnismäßig geringe Bedeutung zu. Heute sind diese Einrichtungen, gleichviel ob sie selbständig als Entschädigungskassen für Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten oder als Zweig der Sozialversicherung auftreten, von allen Seiten von dem allgemeinen System der Sozialen Sicherheit eingeschlossen, das sich auf Risiken erstreckt, die unter dem Gesichtswinkel der gleichen sozialen Notwendigkeiten zu betrachten sind wie der Arbeitsunfall und sich von diesem nur durch den Umstand unterscheiden, daß sie nicht mit dem Arbeitsverhältnis selbst verknüpft sind. Infolgedessen beginnt man sich heute in den Kreisen der Fachleute auf dem Gebiet der Sozialen Sicherheit zu fragen, ob das Fortbestehen einer besonderen Arbeitsunfallentschädigung noch eine Berechtigung hat und ob sie nicht besser im allgemeinen System der Sozialen Sicherheit aufgehen sollte.

Es gibt mehrere Gründe, die zugunsten des Fortbestehens dieser besonderen Systeme sprechen; hier mag es genügen, nur den entscheidenden Grund zu nennen: die Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten sind im allgemeinen höher bemessen als die ent-

¹ Der hier häufig benutzte Ausdruck Arbeitsunfallentschädigung bezieht sich in gleicher Weise auf Arbeitsunfälle wie auf Berufskrankheiten.

sprechenden Leistungen der Kranken- und Rentenversicherung. Dies ist möglich, weil die Zahl der in Betracht kommenden Fälle verhältnismäßig gering ist und die Mittel für die Entschädigung daher auch verhältnismäßig leicht aufgebracht werden können. Die zunehmende Liberalisierung des allgemeinen Systems, sowohl was die Voraussetzungen für die Gewährung der Leistungen betrifft, als auch hinsichtlich der Leistungssätze selbst, kann jedoch zu einer schließlichen Gleichstellung der Leistungen in beiden Fällen und damit zur Beseitigung eines der größten Hindernisse führen, die bisher der Vereinheitlichung und Vereinfachung der Sozialversicherung gegen physikalisch bedingte Risiken im Wege gestanden haben. In einer Reihe von Ländern scheint dieser Prozeß bereits im großen und ganzen zum Abschluß gekommen zu sein. Im allgemeinen jedoch übersteigt die Höhe der Leistungsnormen, die für die Arbeitsunfallentschädigung kennzeichnend ist und in einigen Ländern noch weiter steigt, die Möglichkeiten der allgemeinen Kranken- und Rentenversicherung.

Der Anspruch auf Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten, gleichviel, ob sie vom Arbeitgeber oder von der Sozialversicherung getragen werden, wird nirgends von einer Wartezeit abhängig gemacht. Es genügt, daß der Betroffene zur Zeit des Unfalls beim Betrieb, in dem der Unfall stattfand, im Arbeitsverhältnis stand. Auch die in der Kranken- und Rentenversicherung nötigen Sicherungen gegen übermäßige Risiken scheinen überflüssig, weil das Eintreten des Versicherungsfalls vom Willen des Betroffenen unabhängig ist und Ort und Zeitpunkt des Unfalls festgestellt werden können.

Definition des gedeckten Falles

Die Form des Schutzes gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten wurde ursprünglich durch die Gesetzgebung über die Arbeitsunfallentschädigung bestimmt, die dem Arbeitgeber die persönliche Pflicht auferlegte, dem Arbeitnehmer im Falle einer durch einen Unfall verursachten Verletzung, die er sich bei einer vom Arbeitgeber angeordneten Arbeit zugezogen hat, eine Entschädigung in vorgeschriebener Höhe zu zahlen. Später wurden bestimmte Berufskrankheiten ebenso behandelt wie Unfälle. Um die doppelte Natur des gedeckten Falles anzudeuten, benutzt das Internationale Arbeitsamt den Doppelbegriff „Arbeitsunfall und Berufskrankheit“, der in der Empfehlung betreffend Sicherung des Lebensunterhalts, Absatz 16, wie folgt definiert wird: „... Verletzung oder ... Krankheit, die sich aus der Berufsausübung ergeben hat und vorübergehende oder dauernde Erwerbsunfähigkeit oder den Tod herbeiführt, soweit die Verletzung oder die Krankheit nicht vorsätzlich oder

durch eine schwere und absichtliche Verfehlung des Opfers verursacht worden ist.“

Da in jener früheren Entwicklungsphase der Arbeitgeber persönlich für die Leistung der Entschädigung haftete, sträubte er (oder, wie in den meisten Fällen, seine Versicherungsgesellschaft) sich mit Händen und Füßen gegen weitergehende Auslegungen des Begriffs „Unfall“ durch die Anwälte des Entschädigungsberechtigten. Dies führte zu zahllosen Rechtsstreitigkeiten und Präzedenzfällen sowie zu einer Flut von juristischen Abhandlungen über den Gegenstand. Als dann aber die Deckung dieses Risikos von der Sozialversicherung übernommen wurde, wie man dies heute in den meisten Ländern findet, kam es nur noch in den seltensten Fällen zu einem Rechtsstreit, obwohl die Zahl dieser Fälle wahrscheinlich im Laufe der Zeit ohnehin zurückgegangen wäre, und zwar schon deshalb, weil schließlich jeder erdenkliche Fall untersucht und Gegenstand einer Rechtsentscheidung geworden wäre. Sicherlich ist die Geschichte der Arbeitsunfallentschädigung in dieser wie in vielen anderen Hinsichten ein anschauliches Beispiel für die Unzulänglichkeit der Haftpflicht des Arbeitgebers als Ersatz für die Sozialversicherung.

Die Art der Unfälle, die die Gesetzgeber des 19. Jahrhunderts im Auge hatten, war typisch für die Unfälle, die den Arbeitern in Fabriken, Gruben und anderen mit Gefahren verbundenen Arbeitsplätzen zustoßen pflegten. Der Arbeiter vermietete seine Arbeitskraft dem Unternehmer, der ihm die Produktionsmittel zur Verfügung stellte; seine Arbeit vollzog sich in einer menschlichen und materiellen Umwelt, die vom Unternehmer bestimmt wurde. Unter den damaligen Verhältnissen war das, was wir als Unfallverhütung bezeichnen, so gut wie unbekannt, und daher erschien die Haftpflicht des Arbeitgebers als Gebot der Gerechtigkeit.

Die Gesetzgeber jener Zeit würden die später in den meisten Ländern verwirklichte Ausdehnung dieses Grundsatzes auf nicht-manuelle Beschäftigungen, die ein höheres Maß an Sicherheit bieten als das Heim, der Sportplatz und vor allem die Straße, als eine unzulässige Übertreibung betrachtet haben. Begünstigt wurde diese Entwicklung schon allein durch die praktische Schwierigkeit, zwischen den mit Gefahren verbundenen und den anderen Berufen eine Grenzlinie zu ziehen. Heute werden nicht selten auch Handlungsreisende in den Kreis der von der Unfallversicherung erfaßten Berufe einbezogen, und die besonderen Gefahren des Straßenverkehrs haben zur Ausdehnung der Definition des Arbeitsunfalls auf die Unfälle auf dem Weg zum und vom Arbeitsplatz geführt. Die zunehmende Verbreitung der obligatorischen Haftpflichtversicherung für Kraftfahrzeuge sollte es allerdings der Arbeitsunfallversicherung gestatten, sich von einem erheblichen Teil der ihr durch Unfälle dieser Art verursachten Kosten zu befreien.

Wir sehen also, daß der Grundsatz der Haftpflicht des Arbeitgebers heute für alle Unfälle gilt, die dem Betroffenen im Zusammenhang mit seiner Arbeit zustoßen, gleichgültig, ob es in der Macht des Arbeitgebers stand, den Unfall zu verhindern, oder nicht. Des weiteren wird die 1926 erfolgte Reform der deutschen Reichsversicherungsordnung, wonach auch bei Unfällen im Zusammenhang mit Rettungsarbeiten Anspruch auf Entschädigung besteht (gewiß eine höchst lobenswerte Bestimmung), heute von einem Land nach dem anderen übernommen.

Eine kleine, aber wachsende Zahl von Ländern gewährt auch Selbständigen die Möglichkeit, der Arbeitsunfallversicherung beizutreten. In der Schweiz sind die Arbeitnehmer längst gegen alle Unfälle, ohne Rücksicht auf die Unfallursache, pflichtversichert. Dieses Land kennt jedoch nur die freiwillige Krankenversicherung, deren Leistungen auf einem äußerst niedrigen Niveau liegen. Auch in Guatemala deckt die Unfallpflichtversicherung alle Unfälle.

Die Risikodeckung hat sich bei den Berufskrankheiten später durchgesetzt als bei den Arbeitsunfällen, z. T., weil es sich um eine weniger häufige Erscheinung handelte, zum anderen, weil der Stand der Arbeitsmedizin und -statistik es noch nicht erlaubte, den beruflichen Ursprung dieser Krankheiten nachzuweisen. Die gesetzliche Entschädigungspflicht erstreckt sich in der Regel auf bestimmte Krankheiten, deren beruflicher Ursprung keinem Zweifel unterliegt, wobei vorausgesetzt ist, daß der Erkrankte eine gewisse Zeit bei einer Arbeit beschäftigt wurde, in deren Verlauf er mit Stoffen in Berührung kam, die die betreffende Krankheit verursachen können. Noch 1925 konnte sich die Internationale Arbeitskonferenz nur auf drei Krankheiten einigen, deren berufliche Ursache einwandfrei festgestellt ist und die so folgeschwer sind, daß sie zu einer Entschädigung berechtigen: Vergiftung durch Blei, Vergiftung durch Quecksilber und Ansteckung durch Milzbrand. Aber das immer raschere Tempo des Fortschrittes auf dem Gebiet der industriellen Chemie zeitigte viele neue Gefahren. So konnten neun Jahre später sieben weitere Krankheiten auf die Liste gesetzt werden, darunter die Wirkungen des Radiums und radioaktiver Stoffe¹. Großbritannien, das auf dem Gebiet der Entschädigung bei Berufskrankheiten eine Pionierrolle gespielt hat, führt heute etwa vierzig dieser Krankheiten in seinem Verzeichnis.

Ärztliche Leistungen

Die im Rahmen der Entschädigung für Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten gewährten ärztlichen Leistungen sind zumindest im Prinzip höher bemessen als die der allgemeinen Krankenkassen. Dieser Unter-

¹ Abgeändertes Übereinkommen über die Berufskrankheiten, 1934, Art. 2.

schied findet einen klaren Ausdruck in den im Übereinkommen über Soziale Sicherheit (Mindestnormen) einzeln aufgestellten Normen, die bei Arbeitsunfall oder Berufskrankheit eine Kostenbeteiligung des Arbeitnehmers nicht zulassen, die Gewährung jeder Art Betreuung, die der jeweilige Fall erforderlich macht, vorschreiben (einschließlich der Lieferung und Erneuerung von Körperersatzstücken und orthopädischen Behelfen) und die Dauer der Betreuung keiner absoluten Begrenzung unterwerfen. Mit Ausnahme der letzteren Bestimmung — ärztliche Leistungen werden selten mehr als ein Jahr lang gewährt — werden diese Voraussetzungen von den meisten Systemen erfüllt.

In Ländern, in denen innerhalb des Systems der Sozialen Sicherheit eine Arbeitsunfallversicherung und eine Krankenversicherung (oder ein nationaler Gesundheitsdienst) nebeneinander bestehen, pflegt die erstere den ärztlichen Dienst der letzteren in Anspruch zu nehmen, der ja in jedem Ort zur Verfügung steht. Es kommt aber auch vor, daß die Arbeitsunfallversicherung in bestimmten Fällen die direkte Verantwortung für die Betreuung übernimmt und die Patienten in ihren eigenen spezialisierten Anstalten behandeln läßt. Obliegt die ärztliche Leistung dem Arbeitgeber oder einer Versicherungsgesellschaft, so müssen Vereinbarungen mit Ärzten und Krankenhäusern am Platze getroffen werden, deren Inanspruchnahme sich unter Umständen als sehr kostspielig erweisen kann.

Besonders seit dem zweiten Weltkrieg setzt sich mehr und mehr die Tendenz durch, die Wiederherstellung der körperlichen Leistungsfähigkeit und die berufliche Wiedereingliederung in die Leistungen zur Entschädigung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten einzubeziehen. Die Wiederherstellung der körperlichen Leistungsfähigkeit ist in der Tat nichts anderes als ärztliche Betreuung, ergänzt durch eine besondere Nachbehandlung, die die Berufstherapie und die Heilgymnastik einschließt. Die berufliche Wiedereingliederung ist in den meisten Ländern ein ganz neues Gebiet; sie setzt sich aus der fachgemäßen Berufsberatung, der Ausbildung für den neuen Beruf (bei gleichzeitiger Gewährung des Unterhalts) und der Vermittlung eines Arbeitsplatzes zusammen. Diese Bestrebungen gehören zu den erfreulichsten Bereicherungen der Sozialen Sicherheit in ihrer jüngsten Entwicklungsphase, ihr Erfolg ist aber weitgehend von der anhaltenden Vollbeschäftigung abhängig.

Leistungen bei vorübergehender Arbeitsunfähigkeit

Die „vorübergehende Arbeitsunfähigkeit“ entspricht in der Terminologie der Arbeitsunfallentschädigung genau der zum Bezug von Krankengeld berechtigenden „Krankheit“ in der Krankenversicherung.

Vieles von dem, was in der vierten Lektion¹ zur Leistung im Krankheitsfall bemerkt wurde, gilt daher ebenso für den Arbeitsunfall. In einem Dutzend Länder übernimmt die Krankenversicherung gegenüber den Opfern von Arbeitsunfällen die gleichen Verpflichtungen wie gegenüber den Erkrankten im allgemeinen, obwohl dort, wo beide Versicherungszweige getrennt finanziert werden, die Arbeitsunfallversicherung den Krankenkassen deren Aufwendungen im Zusammenhang mit Arbeitsunfällen zurückerstattet, wenn diese Leistungen einen bestimmten Zeitraum (z. B. sechs Wochen) überschreiten.

In der großen Mehrzahl der Arbeitsunfallversicherungen ist eine mehrtägige Karenzzeit vorgeschrieben. Das Übereinkommen über Soziale Sicherheit (Mindestnormen) setzt die Höchstdauer der Karenzzeit auf drei Tage fest. In einer Reihe von Ländern, so z. B. in der UdSSR und den Volksdemokratien, beginnt die Leistung mit dem ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit, eine Bestimmung, die in den genannten Ländern um so leichter durchzuführen ist, als die Leistungen am Arbeitsplatz selbst gewährt und ausbezahlt werden.

Die Höhe der Leistungen bei vorübergehender Arbeitsunfähigkeit richtet sich überall, mit Ausnahme von vielleicht zwei oder drei Ländern, nach der Durchschnittshöhe des Verdienstes, den der Betroffene innerhalb eines kurzen Zeitraumes vor dem Unfall bezogen hat. Bei den meisten Systemen beträgt sie 50, $66\frac{2}{3}$ oder 75 Prozent des Verdienstes. In Ländern, in denen die Arbeitsunfall- und die Krankenversicherung voneinander unabhängig sind, werden von der ersteren oft höhere Leistungssätze gewährt, z. B. $66\frac{2}{3}$ gegenüber 50 Prozent bei der Krankenversicherung. Das Übereinkommen über Soziale Sicherheit (Mindestnormen) bezeichnet 50 Prozent als Mindestsatz, der hier also um 5 Prozent höher liegt als die Leistung im Krankheitsfall. Familienzulagen werden natürlich in der gleichen Höhe weitergezahlt wie vor dem Unfall.

Die Höchstdauer der Leistungen ist bei vorübergehender Arbeitsunfähigkeit und bei Krankheit die gleiche, z. B. sechs Monate oder ein Jahr. Die nach Einstellung der ärztlichen Betreuung etwa verbleibende Minderung der Erwerbsfähigkeit gilt als dauernd.

Leistungen bei dauernder Erwerbsunfähigkeit

Die im Rahmen der Unfallversicherung bei dauernder Erwerbsunfähigkeit gewährten Leistungen unterscheiden sich in wesentlichen Punkten von den Invalidenrenten der Pensionskassen. Sie richten sich nicht nach der Dauer der versicherungsfähigen Beschäftigung; ihre

¹ Siehe S. 55 ff.

Höhe wird vielmehr streng nach dem Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit bemessen, und die Leistungssätze sind in der Regel höher.

Die einfacheren Systeme der Arbeitsunfallentschädigung haben den Grundsatz der Pauschalabfindung als normale Form der Leistung bei dauernder Erwerbsunfähigkeit beibehalten. Die Höhe dieses Betrags entspricht bei totaler Erwerbsunfähigkeit üblicherweise dem Arbeitsentgelt für drei Jahre, abzüglich der auf Grund vorübergehender Arbeitsunfähigkeit empfangenen Leistungen. Der Pauschalabfindung, die mit dem Schadenersatz des bürgerlichen Rechts identisch ist, wird überall dort der Vorzug gegeben, wo keine Organisation für die Zahlung von Renten und die periodische Überprüfung der Erwerbsunfähigkeit besteht.

In sozialer Hinsicht hat dieses System schwere Nachteile in Fällen, in denen eine sehr starke Minderung der Erwerbsfähigkeit vorliegt: Die Pauschalabfindung ist in der Regel zu niedrig bemessen, als daß der Empfänger sie in einer Leibrente anlegen könnte, und die Erfahrung lehrt, daß sie oft schon in ein oder zwei Jahren ohne jeden Nutzen für ihn ausgegeben wird, so daß er später der öffentlichen Fürsorge zur Last fällt. Handelt es sich hingegen um einen Fall geringer Erwerbsunfähigkeit, in der die zu erwartende Rente entsprechend niedrig ausfallen würde, dann liegt es im Interesse beider Parteien, sie durch einen Pauschalbetrag zu ersetzen, der ihrem Kapitalwert entspricht. Dieses Verfahren wird im Übereinkommen über Soziale Sicherheit (Mindestnormen) befürwortet.

Innerhalb der weitaus meisten Arbeitsunfallentschädigungssysteme der heutigen Zeit besteht jedoch die normale Form der Leistung bei dauernder Erwerbsunfähigkeit in einer Rente, die im Verhältnis zum Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit und zum durchschnittlichen Verdienst des Betroffenen während des dem Unfall vorangehenden Jahres stehen muß.

Im Prinzip ist der Umstand, der den Rentenanspruch begründet, derselbe, gleichgültig ob die Zahlung aus der Invaliden- oder der Arbeitsunfallversicherung erfolgt, nämlich die Unfähigkeit des Versicherten, in irgendeinem für ihn in Betracht kommenden Beruf ebensoviel zu verdienen wie vor dem Unfall. Während aber die meisten Invaliditätsversicherungen nur einen einzigen Grad der verminderten Erwerbsfähigkeit kennen, legen die Arbeitsunfallversicherungen ihren Leistungen eine Minderungsskala zugrunde (häufig in Staffeln von 1 Prozent), die von einer unteren Grenze von 5, 10 oder 15 Prozent bis zu 100 Prozent ansteigt. In der UdSSR und einigen Volksdemokratien werden allerdings nur drei Grade als Maßstab genommen, ohne Rücksicht auf die Ursache der Erwerbsunfähigkeit.

In der Praxis wird selten ein Versuch gemacht, den wirklichen Grad der verminderten Erwerbsfähigkeit im Einzelfall zu ermitteln: unwägbare

psychologische Faktoren sowie die wechselnden Verhältnisse auf dem Arbeitsmarkt schließen eine genaue Ermittlung aus. In der Regel wird mit amtlichen oder nichtamtlichen Tabellen gearbeitet, in denen einfach vorgeschrieben wird, welcher Grad der Erwerbsunfähigkeit den wichtigsten Behinderungen zuzurechnen ist. In gewissen Fällen besteht für den Schätzer die Möglichkeit, den Grad der Erwerbsunfähigkeit um einige Punkte zu berichtigen, um den persönlichen Umständen des Betroffenen Rechnung zu tragen. Der Gesetzgeber hat hier zwei Zwecke auf einmal erreichen wollen, nämlich eine Abfindung für die physische Schädigung als solche und einen Ausgleich für die verringerten Verdienstmöglichkeiten in der Zukunft zu bieten. Dies mußte naturgemäß zu Unklarheiten führen. Die jüngste Gesetzgebung des Vereinigten Königreichs und Finnlands unterscheidet zwischen diesen beiden Zielsetzungen: in beiden Ländern wird die gleiche Abfindung, die als ein Teil der Rente gedacht ist, ohne Rücksicht auf die wirtschaftlichen Folgen des Unfalls gewährt; ein zweiter Teil wird hinzugefügt, um diesen Folgen individuell Rechnung zu tragen.

Die bei dauernder gänzlicher Erwerbsunfähigkeit gezahlte Rente beträgt in der Mehrzahl der Fälle $66\frac{2}{3}$ oder 75 Prozent des vom Betroffenen in den dem Unfall vorangehenden zwölf Monaten bezogenen Durchschnittsverdienstes; man begegnet aber sowohl niedrigeren wie höheren Sätzen. Der volle Betrag der Rente entspricht in den meisten Fällen etwa der Leistung bei vorübergehender Arbeitsunfähigkeit, weicht aber entsprechend dem wechselnden Ermessen des Gesetzgebers gelegentlich von dieser nach oben oder unten ab. Die Familienzulage, auf die im Prinzip nur Arbeitnehmer Anspruch haben, wird weitergezahlt, wenn der Grad der Erwerbsunfähigkeit eine Wiederaufnahme einer Beschäftigung voraussichtlich ausschließt.

Die Internationale Arbeitskonferenz hat 1925 ihrem Übereinkommen über die Entschädigung bei Betriebsunfällen eine Bestimmung einverleibt, die die Gewährung einer zusätzlichen Entschädigung vorsieht, wenn der Verletzte ständig fremder Hilfe bedarf. Im Laufe der folgenden 25 Jahre ist diese von menschlichen Erwägungen diktierte und mit geringen Kosten verbundene Verbesserung in rund 20 Ländern, vorwiegend in Europa, eingeführt worden. Wie schon erwähnt, haben einige Länder die gleiche Bestimmung in ihre Invalidenversicherungsordnung aufgenommen.

Leistungen an Hinterbliebene

Die im Rahmen der Entschädigung für Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten gewährten Hinterbliebenenleistungen weisen die gleichen Merkmale auf und sehen den gleichen Höchstbetrag oder Höchstsatz vor

wie die Leistungen bei dauernder Erwerbsunfähigkeit. Man findet hier und da noch Systeme, bei denen im Todesfalle ein Pauschalbetrag gezahlt wird; in der Regel erfolgt jedoch die Leistung in Gestalt einer Rente. Außer der Rente wird fast ausnahmslos ein Sterbegeld gewährt, dessen Höhe üblicherweise einem Monatslohn entspricht.

Aus dem Einfluß des Bürgerlichen Gesetzbuchs, das den Unterhaltsberechtigten jeden Verwandtschaftsgrades Anspruch auf Schadenersatz zuerkennt, erklärt sich wahrscheinlich die Tatsache, daß die Definition des Hinterbliebenen bei Ableben infolge Arbeitsunfalls oder Berufskrankheit in ein und demselben Lande oft einen weiteren Berechtigtenkreis umfaßt als die Definition, die die Rentenversicherung bei Todesfällen, die auf andere Ursachen zurückzuführen sind, zugrunde legt.

Der Witwe wird in allen Fällen ein Rentenanspruch zuerkannt ohne Rücksicht auf ihr Alter, ihre Arbeitsfähigkeit oder das Vorhanden- oder Nichtvorhandensein unterhaltsberechtigter Kinder; dem Witwer dagegen nur bei Invalidität. Ist die maximale Gesamthöhe der Hinterbliebenenleistung durch den Anspruch der Witwe und der Kinder noch nicht erreicht, so werden oft auch den unterhaltsberechtigten Eltern kleinere Renten gewährt. Einige Systeme beziehen sogar Enkel und Geschwister im Kindesalter in den Berechtigtenkreis ein. Die Altersgrenze für den Rentenanspruch der Kinder ist bei der Unfallversicherung die gleiche wie bei der Rentenversicherung, nämlich das vollendete 16. oder 18. Lebensjahr. Sie wird bei längerem Schulbesuch oder bei Invalidität des Kindes hinaufgerückt.

Die Rentensätze betragen normalerweise 30 Prozent des Grundentgelts für die Witwe, 15 Prozent für jedes Kind und 20 Prozent für jede Waise; als Höchstsatz für die Gesamtleistung gelten 60 oder 75 Prozent des Entgelts. Das Übereinkommen über Soziale Sicherheit (Mindestnormen) setzt für eine Witwe mit zwei Kindern einen Mindestsatz von 40 Prozent fest, gleichgültig, ob es sich beim Tode des Unterhaltspflichtigen um die Folge eines Arbeitsunfalls handelte oder ob der Tod auf eine andere Ursache zurückzuführen war.

LEISTUNGEN BEI ARBEITSLOSIGKEIT

Die Bestrebungen, die Arbeitslosenunterstützung, gleichviel ob in Gestalt einer Versicherung oder als Zweig der Sozialfürsorge, in ein System zu bringen, blieben zunächst auf gelegentliche Versuche beschränkt, bis das Vereinigte Königreich nach Ende des ersten Weltkrieges eine allgemeine Arbeitslosenpflichtversicherung einführte. Die diesem System zugrunde gelegten Prinzipien haben im Laufe der nächsten drei Jahrzehnte in rund zwanzig Industrieländern Nachahmung gefunden.

Die UdSSR und die Volksdemokratien haben von der Einführung einer Arbeitslosenversicherung abgesehen.

Die Arbeitslosenversicherung ist von allen Zweigen der Sozialen Sicherheit wohl derjenige, der am schwierigsten zu organisieren und mit einigermaßen befriedigendem Ergebnis zu handhaben ist. An die Schaffung einer Arbeitslosenversicherung kann erst dann gedacht werden, wenn bereits eine öffentliche Arbeitsvermittlung besteht, deren Beamte zudem ein gewisses Maß an Berufserfahrung besitzen müssen. Sie ist übrigens von geringem Nutzen, wenn die große Masse der Versicherten aus ungelernten Arbeitern besteht, und sie wird ihren Zweck nur in einem wirtschaftlich entwickelten Land erfüllen können, in dem Fachberufe in größerer Zahl vertreten sind.

Zum Unterschied von der ersten Nachkriegszeit folgte dem letzten Weltkrieg keine weitverbreitete, anhaltende Arbeitslosigkeit. Im Gegenteil, im größten Teil der Welt war seit Ende des Krieges eine dauernde Knappheit an Arbeitskräften zu beobachten. Unter diesen Umständen war die Arbeitslosenversicherung nur in sehr beschränktem Maße in Anspruch genommen, und es sind seit 1950 überhaupt keine neuen Einrichtungen dieser Art geschaffen worden. Zweifellos waren die Bemühungen der Regierung in jedem Land bewußt darauf gerichtet, die Beschäftigung auf einem hohen Stand zu halten, daß aber diese Bemühungen in Ländern, in denen die Wirtschaft nicht gänzlich vom Staat kontrolliert wird, von so bemerkenswertem Erfolg begleitet sein würden, war etwas, was schwerlich vorausgesehen werden konnte. Dort, wo dieser Erfolg durch eine anhaltende Inflation bedingt ist — wie es in einigen Ländern der Fall zu sein scheint —, kann nicht mit Sicherheit damit gerechnet werden, daß ihm unbegrenzte Dauer beschieden sein wird. Eine Wiederkehr der Massenarbeitslosigkeit, wenn auch wohl kaum in katastrophalem Umfange, liegt daher durchaus im Bereich des Möglichen. Mit einem Wort, es wäre verfrüht zu glauben, daß die Arbeitslosenversicherung eine Einrichtung sei, die überflüssig geworden ist und sich überlebt hat.

Die Arbeitslosenversicherung gewährt ihre Leistungen in doppelter Form: als Arbeitslosenunterstützung, die eine regelmäßig wiederkehrende Zahlung darstellt, und in Gestalt der Arbeitsvermittlung, die, wo erforderlich, auch die berufliche Umschulung einschließt. Wie man sehen wird, entspricht die Geldleistung dem Krankengeld, während die Hilfstätigkeit der Arbeitsvermittlung mit der des öffentlichen Gesundheitsdienstes zu vergleichen ist. Während die Arbeitsvermittlung jedermann kostenlos zur Verfügung steht, ist die Gewährung von Arbeitslosenunterstützung in so gut wie allen Ländern auf Personen beschränkt, die zuvor während eines bestimmten Zeitraumes regelmäßig beschäftigt waren.

Definition des gedeckten Falles

Vom sozialen und wirtschaftlichen Gesichtspunkt aus können drei Grundtypen der Arbeitslosigkeit unterschieden werden.

Da ist zunächst die Massenarbeitslosigkeit, die in den letzten hundert Jahren von Zeit zu Zeit in den industrialisierten Ländern aufgetreten ist. Sie trat zum letztenmal zu Beginn der dreißiger Jahre in Erscheinung, wo sie sich über die ganze Welt verbreitete. Die zur Massenarbeitslosigkeit führende Ursachenkette und die Suche nach einem System von Maßnahmen, das imstande wäre, auf diese Ursachen einzuwirken, hat die Wirtschaftswissenschaftler unausgesetzt beschäftigt. Die Ergebnisse ihrer Forschungen sind den Regierungen entweder direkt oder durch die Internationale Arbeitsorganisation und andere internationale Gremien zur Kenntnis gebracht worden, die bemüht sind, eine Synthese für die maßgebendsten Theorien zu finden. Es sei hier nur angedeutet, daß der unmittelbaren Ursache der Massenarbeitslosigkeit, nämlich dem allgemeinen Rückgang der Güternachfrage, durch staatliche Maßnahmen entgegengewirkt werden muß, die die Kapitalinvestition hinreichend anregen und eine größere Kaufkraft in die Hände des Verbraucherpublikums legen. Es kann sich dabei um die verschiedenartigsten Formen der Einwirkung handeln, wie etwa Zinsherabsetzung, Steuersenkung, erhöhte Staatsausgaben oder eine massive Erwerbslosenhilfe. Einen besonderen Fall bildet die Massenarbeitslosigkeit in Ländern, deren Wirtschaftstätigkeit in hohem Maße vom Außenhandel abhängt. Der Verlust von Exportmärkten kann hier unter Umständen die ganze Wirtschaft in Mitleidenschaft ziehen. Der Ausweg aus einer solchen Situation wird möglicherweise in einer Anpassung an das Weltpreinsniveau liegen.

Ein zweiter Typ der Arbeitslosigkeit wird oft als „friktionelle“ Arbeitslosigkeit bezeichnet. Sie ist in der Regel das Ergebnis des technischen Fortschritts, verbesserter Produktionsmethoden oder der durch wechselnde Mode hervorgerufenen Schwankungen der Nachfrage und kann die in den betroffenen Industrien Beschäftigten zu einer beruflichen Umstellung und Umschulung nötigen. Da aber die Gesamtnachfrage von den Vorgängen unberührt bleibt, pflegen die freigesetzten Arbeitskräfte dank dem Angebot neuer Arbeitsplätze schon nach kurzer Zeit absorbiert zu werden. Dieser Typ der Arbeitslosigkeit ist eine normale und unvermeidliche Begleiterscheinung des industriellen Fortschritts und Unternehmungsgeistes.

Der dritte Typ, die Saisonarbeitslosigkeit, ist in der Natur gewisser Zweige der Wirtschaftstätigkeit begründet: Er ist ebenso kennzeichnend für die Landwirtschaft wie für das Fischerei- oder das Hotelgewerbe. Die in Gewerben dieser Art Beschäftigten wissen, daß ihre Beschäftigung die Saison nicht überdauern wird, und sie sind entweder gewohnt, sich nach

einer Beschäftigung für den Rest des Jahres umzusehen, oder sie verfügen über andere Erwerbsquellen und sind daher nicht darauf angewiesen, sich neue Arbeit zu suchen.

Diejenigen Systeme der Arbeitslosenhilfe, die durch Beiträge finanziert werden und feste Leistungssätze zahlen, können ihre Aufgabe wohl bei friktioneller Arbeitslosigkeit oder vorübergehendem allgemeinem Rückgang der Produktion erfüllen; einer lang anhaltenden Massenarbeitslosigkeit, die sich unter Umständen auf ein Viertel oder gar Drittel der gesamten Arbeitskräfte erstrecken kann, sind sie nicht gewachsen. In solchen Fällen wird der Staat mit öffentlich finanzierten Hilfsprogrammen und Notstandsarbeiten eingreifen müssen. Man kann wohl annehmen, daß heute jede Regierung (und nicht nur die Regierungen der Länder mit völlig verstaatlichter Wirtschaft) nichts unversucht lassen wird, um eine solche Katastrophe zu verhüten.

Die Definition der Arbeitslosigkeit zum Zwecke der Begründung des Leistungsanspruchs ist komplexer Natur; es zeigt sich jedoch ein deutlicher Zug zur Vereinheitlichung. Diese Begriffsbestimmung, die man der britischen Gesetzgebung verdankt, hat in anderem Zusammenhang dieselbe Rolle gespielt wie die deutsche Definition der Invalidität. Sie wurde in den wesentlichen Punkten vom Übereinkommen über die Arbeitslosigkeit, 1934, von der Empfehlung betreffend Sicherung des Lebensunterhalts, 1944, und vom Übereinkommen über Soziale Sicherheit (Mindestnormen), 1952, übernommen. Man wird unschwer erkennen, daß jedes ihrer Begriffselemente sowohl den Forderungen der Billigkeit Genüge tut als auch den angestrebten praktischen Zweck erfüllt.

Erstens muß die Arbeitslosigkeit unfreiwillig sein: Der Arbeitnehmer darf seine Arbeit nicht aufgegeben haben, um sich eine bessere Beschäftigung zu suchen, oder einer Verfehlung wegen entlassen worden sein; er kann allerdings seinen Arbeitsplatz aus zwingenden Gründen aufgegeben haben, z. B. weil seine Arbeitsstätte an einen Ort verlegt wurde, der von seinem Wohnsitz zu weit entfernt ist.

Zweitens muß der Bewerber eine Person sein, die ihren Lebensunterhalt in einem bezahlten Arbeitsverhältnis zu verdienen pflegt; der Beweis dafür, daß diese Voraussetzung erfüllt ist, wird durch die geforderte Anwartschaftszeit erbracht — ein Punkt, auf den später näher eingegangen wird. Arbeitnehmern, deren Beschäftigung ausschließlich Saisoncharakter trägt, wird der Anspruch auf Leistung oft aberkannt, weil sie keine Anwartschaftszeit nachweisen können.

Drittens muß der Bewerber arbeitsfähig sein; er würde nämlich sonst Anspruch auf Krankengeld oder auf eine Invalidenrente, nicht aber auf Arbeitslosengeld erheben können. In einigen Ländern besteht ein Unterschied in der Höhe der Leistungssätze, je nachdem, ob es sich um

Arbeitslosigkeit oder um Krankheit handelt, so daß Arbeitnehmer, die oft krank sind, versuchen, sich den jeweils höheren Leistungssatz zahlen zu lassen. Der Anspruch auf Arbeitslosenunterstützungen darf jedoch Personen mit verminderter Arbeitsfähigkeit, die aber trotz ihrer Behinderung für irgendeine normale Beschäftigung tauglich sind, nicht vorenthalten werden, denn eine Weigerung wäre gleichbedeutend mit einer Bescheinigung der totalen Erwerbsunfähigkeit. Offensichtlich ist hier ein enges Zusammenwirken der Krankenkassen, der Invaliditäts- und der Arbeitsunfallversicherung unerlässlich.

Viertens muß der Bewerber für eine ganztägige Beschäftigung zur Verfügung stehen: er muß nicht nur Arbeit suchen, sondern auch in der Lage sein, sie anzunehmen. Er darf z. B. nicht zur fraglichen Zeit als Selbständiger arbeiten oder sich an einem Ort befinden, wo er nicht erreicht werden kann, und er darf nicht nur für eine stundenweise Beschäftigung in Betracht kommen.

Fünftens muß er bereit sein, eine „zumutbare Beschäftigung“ anzunehmen. Die Frage, welche Art der Beschäftigung in jedem Einzelfalle als zumutbar gelten soll, ist eines der heikelsten Probleme der Arbeitslosenhilfe. Allgemein gesprochen ist eine Beschäftigung dann zumutbar, wenn sie der beruflichen Befähigung und der physischen Eignung des Arbeitssuchenden entspricht und die Vergütung nicht unter den für diese Arbeit üblicherweise bezahlten Sätzen liegt. Trotzdem kann in Fällen, in denen offenbar keine Aussicht besteht, den Bewerber in absehbarer Zeit in seinem alten Beruf unterzubringen, eine andersartige und sogar eine schlechter bezahlte Beschäftigung als zumutbar angesehen werden. Negativ definiert ist eine Beschäftigung als nicht zumutbar zu betrachten, wenn der Arbeitsort vom Wohnsitz des Bewerbers weit entfernt ist und in dem neuen Gebiet keine Unterbringungsmöglichkeit besteht oder wenn die Arbeitsvermittlungsstelle nicht bereit ist, zu den Umzugskosten beizutragen. Sie ist ferner nicht zumutbar, wenn der angebotene Arbeitsplatz infolge einer Arbeitsstreitigkeit freigeworden ist.

Aufgaben der Arbeitsvermittlung

Wie der Gesundheitsdienst, so soll auch die Arbeitsvermittlung dem Arbeitnehmer helfen, die Fähigkeit, sich selbst zu erhalten, wiederzugewinnen. Bevor ein Arbeitsloser in den Genuß der Barleistungen gelangen kann, muß er sich beim Arbeitsamt seines Wohnortes melden und genaue Angaben über seine bisherigen Arbeitsverhältnisse machen. Das Amt stellt fest, ob sich unter den von den Arbeitgebern gemeldeten offenen Stellen eine Beschäftigung befindet, die der beruflichen Eignung des Bewerbers entspricht, und sobald eine solche zur Verfügung steht, veran-

laßt es ihn, sich beim Arbeitgeber vorzustellen. Der Bewerber muß sich sooft wie möglich beim Arbeitsamt melden, um in Erfahrung zu bringen, ob eine angemessene Stelle freigeworden ist und nebenbei auch, um zu beweisen, daß er in der Zwischenzeit nicht durch eigene Bemühungen Arbeit gefunden hat. Denn es ist die Arbeitsvermittlungsstelle, die dem Bewerber zur Begründung seines Anspruchs auf Leistungen oder auf weitere Leistungsgewährung zu bescheinigen hat, daß er arbeitslos ist.

Ein gut organisiertes Arbeitsamt genießt das Vertrauen der Arbeitgeber, die es regelmäßig über ihren Bedarf an Arbeitskräften unterrichten. Es hält sich selbst auf dem laufenden über offene Stellen in allen Teilen des Landes und kann so die Bewerber in bezug auf ihre Aussichten, Arbeit in ihrem Beruf oder in verwandten Berufen zu finden, beraten. Es kann neben der eigentlichen Arbeitsvermittlung besondere Abteilungen für Jugendliche, Frauen oder Behinderte sowie einen Berufsberatungsdienst unterhalten. Dem Arbeitsamt angeschlossen oder doch zugänglich sollte ferner eine Stelle sein, die Bewerber, die keine Aussicht haben, in ihrem bisherigen Beruf Arbeit zu finden, in einem neuen Beruf ausbildet. Während der Ausbildungszeit muß für den Unterhalt der Bewerber gesorgt und zu diesem Zweck eine Barleistung, die in der Regel dem Arbeitslosengeld entsprechen wird, gewährt werden. Außerdem wird sich eine weitere Hilfe unter Umständen als notwendig erweisen, wenn der Bewerber genötigt sein sollte, seinen Wohnsitz zu wechseln.

Sätze und Bedingungen der Arbeitslosenunterstützung

Die von der Arbeitslosenversicherung gezahlten Leistungssätze, die Karenz- und die Wartezeit sowie die Höchstdauer der Leistung stimmen in vielen Einzelheiten mit den bei der Krankenversicherung geltenden Normen überein. Das Risiko, das in dem natürlichen Bestreben zu erblicken ist, das Nichtarbeiten dem Arbeiten vorzuziehen, wird jedoch im Falle der Arbeitslosigkeit als höher und die Ausübung einer Kontrolle als schwieriger angesehen als im Krankheitsfall.

Die Arbeitslosenversicherung und so gut wie alle Systeme der Arbeitslosenfürsorge machen die Leistungsgewährung davon abhängig, daß der Arbeitslosigkeit eine Beschäftigungszeit von bestimmter Dauer vorgegangen ist. Es versteht sich von selbst, daß nur jemand, der in einem Beschäftigungsverhältnis steht, seine Beschäftigung verlieren kann. Man hat aber für notwendig befunden, darauf zu bestehen, daß sich die Beschäftigungsdauer über einen bestimmten Zeitraum erstreckt haben muß; dies gilt als Beweis dafür, daß der Bewerber arbeitswillig ist und gewohnheitsmäßig arbeitet. Diese Voraussetzung verhindert übrigens auch die Inanspruchnahme der Arbeitslosenunterstützung durch Selbst-

ständige oder durch Ladeninhaber, die nicht mehr imstande sind, mit ihrem Geschäft ihren Unterhalt zu bestreiten oder durch Witwen, die keinen Anspruch auf eine Rente haben, obwohl die Genannten in vielen Fällen hilfsbedürftig sein mögen und vielleicht auch eine Berufsausbildung benötigen, um eine Stelle als Arbeitnehmer zu finden. Solchen Sonderfällen wird nur von den wenigen Fürsorgesystemen Rechnung getragen, die keine Wartezeit vorschreiben.

Als Wartezeit gilt üblicherweise eine Beschäftigungsdauer von sechs Monaten innerhalb der dem Antrag auf Leistungsgewährung vorangegangenen 12 Monate. Bei einem oder zwei Systemen ist sie für Jugendliche kürzer. In einigen anderen Systemen wird eine längere Wartezeit verlangt, z. B. 52 der vorangegangenen 104 Wochen.

Die Karenzzeiten sind für die Gewährung von Arbeitslosengeld in der Regel länger als beim Bezug von Krankengeld. Dies erklärt sich aus verschiedenen Umständen. Entscheidend ist wohl das größere Risiko der absichtlichen Hinauszögerung, von dem soeben die Rede war. Ein weiterer Grund ist in dem Umstand zu erblicken, daß die Bearbeitung der Anträge auf Gewährung der Arbeitslosenunterstützung umständlicher und daher mit höheren Kosten verbunden ist. Tritt z. B. der Fall ein, daß der Bewerber, wie es häufig geschehen mag, schon wenige Tage nach Meldung beim Arbeitsamt eine Beschäftigung findet, so wird damit die ganze weitere Bearbeitung überflüssig.

Andererseits kann eine zu lange Karenzzeit den Bewerber unter Umständen davon abhalten, eine zeitweilige Beschäftigung anzunehmen, da ihm nach deren Beendigung erneut eine Karenzzeit auferlegt würde. Infolgedessen sehen die meisten Systeme, bei denen diese Zeitspanne bis zu sieben Tagen beträgt, von einer wiederholten Karenzzeit ab, wenn der Bewerber innerhalb mehrerer Monate oder sogar im Ablauf eines Jahres erneut arbeitslos wird. Das Übereinkommen über Soziale Sicherheit (Mindestnormen), das die Festsetzung einer siebentägigen Karenzzeit gestattet, bestimmt, daß die Tage der Arbeitslosigkeit vor und nach einer kurzen, vorübergehenden Beschäftigung als Teil desselben Falles zu gelten haben.

Die Höhe des Arbeitslosengeldes schwankt in den etwa 20 Ländern, in denen eine Arbeitslosenversicherung besteht, in den meisten Fällen entsprechend den Unterhaltspflichten des Empfängers. Dies erklärt sich aus der Tatsache, daß man die Arbeitslosenversicherung nur in den industrialisierten Ländern findet, die fast ausnahmslos Familienzulagen gewähren. Bei einigen Versicherungen tritt an die Stelle der allgemeinen Familienzulage ein Zuschlag für die Unterhaltsberechtigten, für den höhere Sätze gelten. Die meisten Systeme gewähren solche Leistungszuschläge nicht nur für die unterhaltsberechtigten Kinder, sondern auch

für die im Haushalt beschäftigte Ehefrau. In etwa einem Drittel der Länder entsprechen die Leistungssätze der Arbeitslosenversicherung der Höhe des Krankengeldes. Zuweilen richten sich die Leistungssätze nach dem Grundlohn oder -gehalt, wobei der festgesetzte Prozentsatz (ohne Einrechnung der Zuschläge für Angehörige) bei steigendem Verdienst sinkt. Dieses System, das eine Gliederung der Versicherung nach Lohn- und Gehaltsklassen voraussetzt, stellt ein Mittelding zwischen der unveränderlichen Leistung und der Leistung dar, die in einem gleichbleibenden Verhältnis zu dem vorherigen Arbeitseinkommen des Empfängers bemessen wird.

Der normale Leistungssatz der Arbeitslosenversicherung, d. h. der Satz, der auf der Grundlage eines maximal begrenzten Lohnes gezahlt wird, beträgt in den meisten Fällen 50 bis 60 Prozent für einen Arbeitslosen ohne unterhaltsberechtigten Angehörigen. In den Fällen jedoch, in denen dem Steigen des Grundlohnes eine prozentuale Senkung des Leistungssatzes entspricht, kann es vorkommen, daß die gewährte Leistung in der höchsten Lohnklasse nur 35 Prozent des Grundlohnes beträgt. Das Übereinkommen über Soziale Sicherheit (Mindestnormen) sieht eine Gesamtleistung von mindestens 45 Prozent des vom Empfänger bei Eintreten der Arbeitslosigkeit bezogenen Lohnes vor (einschließlich der Familienzulagen) oder, sofern die Leistung für alle Empfänger mit einer gegebenen Zahl unterhaltsberechtigter Angehöriger die gleiche ist, einen ebenso hohen Prozentsatz des Lohnes eines ungelernten Arbeiters. Wie bereits im Zusammenhang mit dem Krankengeld hervorgehoben wurde, ist dieser Satz entschieden zu niedrig bemessen, besonders für die industriell entwickelten Länder.

Den größten Schwankungen von Land zu Land begegnet man in bezug auf die Höchstdauer der Arbeitslosenhilfe. Bei einem Drittel der Systeme erstreckt sich diese Zeitspanne auf sechs Monate innerhalb von 12 Monaten bei einer entsprechenden Wartezeit von sechs Monaten innerhalb der dem Antrag auf Leistungsgewährung vorangehenden 12 Monate. Ein Arbeitnehmer, der während der ersten sechs Monate des Jahres beschäftigt war, kann also während der ganzen zweiten Hälfte des Jahres Arbeitslosenhilfe in Anspruch nehmen. Eine kleine Zahl anderer Systeme, darunter solche, die auf dem Prinzip der Versicherung aufgebaut sind, setzen der Leistungsdauer überhaupt keine Grenzen. In einigen Ländern, wo die normale Gewährung der Leistungen in den Händen der Arbeitslosenversicherung liegt, werden diese bei Nachweis der Bedürftigkeit von der Sozialfürsorge fortgesetzt.

Das Übereinkommen über Soziale Sicherheit (Mindestnormen) schreibt als Mindestnorm für Arbeitslosenversicherungen eine Leistungsdauer von 13 und für die Sozialfürsorge eine solche von 26 Wochen

innerhalb eines Jahres vor. Die Empfehlung betreffend Sicherung des Lebensunterhalts schlägt demgegenüber vor, die Leistungsdauer nicht zu beschränken, auch wenn es sich um eine Arbeitslosenversicherung handelt; eine Einstellung der Leistung soll jedoch zulässig sein, wenn der Empfänger eine zumutbare Beschäftigung mit einem niedrigeren als dem von ihm bisher bezogenen Lohn ablehnt, obwohl dieser Lohn den für diese Beschäftigung üblichen Sätzen entspricht.

Es ist klar, daß jedes System der Arbeitslosenhilfe versagen muß, wenn es nicht allen arbeitsfähigen und arbeitswilligen Erwerbslosen ihren Unterhalt gewährleistet. Die Erfüllung dieser Voraussetzung ist ein Gebot der sozialen Gerechtigkeit, welches auch immer die Wirtschaftsform des Landes sein mag. Eine Leistungsdauer von sechs Monaten erscheint indessen in der großen Mehrheit der Fälle ausreichend, ausgenommen in Zeiten schwerer Wirtschaftskrisen. Sollte dieser Ausnahmefall eintreten, so ist ohnehin damit zu rechnen, daß das Räderwerk, das es der Arbeitslosenversicherung ermöglicht, jeden einzelnen Fall von Arbeitslosigkeit nachzuprüfen, dem Ansturm der Arbeitsuchenden nicht gewachsen sein wird, so daß in aller Eile ein Fürsorgewesen geschaffen oder schon bestehende Einrichtungen dieser Art ausgebaut werden müssen.

Fragen

1. *Halten Sie es für wünschenswert, daß in Fällen, in denen Krankheit, Invalidität oder Tod durch einen Arbeitsunfall herbeigeführt werden, höhere Leistungssätze gezahlt werden als in anderen Fällen?*
 2. *Renten, die bei dauernder Erwerbsunfähigkeit gewährt werden, sollen dem Grad der verminderten Erwerbsfähigkeit des Empfängers entsprechen. Wie wird diese Minderung in Wirklichkeit berechnet?*
 3. *Beschreiben Sie die verschiedenen Typen der Arbeitslosigkeit.*
 4. *Geben Sie in wenigen Worten die fünf in der Definition der Arbeitslosigkeit zum Zweck der Begründung des Leistungsanspruchs aufgestellten Voraussetzungen an.*
 5. *Sehen Sie einen ausreichenden Grund dafür, warum die Wartezeit, die Karenzzeit, die Leistungssätze und die Höchstdauer der Leistungen bei Arbeitslosigkeit nicht die gleichen sein sollten wie im Krankheitsfall?*
-

ACHTE LEKTION

DIE FINANZIERUNG DER SOZIALEN SICHERHEIT

In dieser Lektion werden wir uns mit der Häufigkeit und Dauer der in Frage kommenden Leistungen befassen und dann in der neunten Lektion zu den Methoden übergehen, wie man ihre Kosten auf verschiedene Zeiträume und verschiedene Kreise der Bevölkerung verteilen kann.

Alles dies gehört zum Fachgebiet des Statistikers, des Versicherungsmathematikers und des Wirtschaftsexperten, und der Laie betritt es auf eigene Gefahr, denn es steckt voller Fallen für den Unerfahrenen und Unvorsichtigen. Systeme der Sozialen Sicherheit (besonders solche, die auch Rentenzahlungen umfassen), die ohne vorherige versicherungstechnische Berechnungen aufgestellt wurden oder bei welchen aus demagogischen Gründen versicherungsmathematische Voraussetzungen bewußt außer acht gelassen wurden, haben auf lange Sicht unweigerlich die Erwartungen ihrer Leistungsberechtigten enttäuscht, ganz abgesehen von den generellen Auswirkungen einer Inflation, die vom Versicherungsmathematiker nicht vorausgesehen werden konnte. Aus diesem Grunde verpflichtet das Übereinkommen über Soziale Sicherheit (Mindestnormen) die Regierungen, regelmäßige Bilanzen ihrer Sozialsysteme aufzustellen, um deren Zahlungsfähigkeit zu erhalten und die Leistungen und Beiträge auf Grund versicherungstechnischer Schätzungen festzusetzen.

Trotzdem sollte aber auch der Laie, der in irgendeiner Weise einen Teil der Verantwortung für die Planung oder Reform eines Systems der Sozialen Sicherheit trägt oder auch nur mit seiner tagtäglichen Verwaltung zu tun hat, in der Lage sein, sich von der Größenordnung der Faktoren, die die Kosten der Sozialen Sicherheit bestimmen, ein Bild zu machen und die Bedingungen zu erfassen, denen die Verteilung dieser Kosten in Gegenwart und Zukunft unterliegt.

Leistungen, die in den Systemen verschiedener Länder in einander ähnlicher Weise definiert sind, verursachen nicht unbedingt die gleichen Kosten im Verhältnis zum Lohnniveau; ihre Häufigkeit und Dauer ist von verschiedenen Umständen abhängig, wie zum Beispiel vom Gesundheitszustand und Altersaufbau der Bevölkerung, von der Regelmäßigkeit der Beschäftigung und der Sicherheit des Arbeitsplatzes und schließlich

auch von der Großzügigkeit oder Strenge, mit der die Sozialverwaltung arbeitet.

HÄUFIGKEIT UND DAUER DER LEISTUNGEN

Was verstehen wir unter den „Kosten der Sozialen Sicherheit“? Die Antwort, die uns sofort in den Sinn kommt, ist: „Der Betrag, der notwendig ist, um die Leistungen und Verwaltungsausgaben zu decken.“ Dieser Betrag wird von Jahr zu Jahr verschieden sein, wobei man damit rechnet, daß die Ausgaben für Renten über einen beträchtlichen Zeitraum ziemlich regelmäßig ansteigen und die Ausgaben für die meisten anderen Leistungen innerhalb enger Grenzen schwanken; dabei haben wir aber eventuelle Änderungen in der Kaufkraft des Geldes noch nicht berücksichtigt. In der nächsten Lektion werden wir sehen, wie man die Einkünfte der Systeme der Sozialen Sicherheit so berechnen kann, daß sie die voraussichtlichen Durchschnittsausgaben während einer kurzen oder langen Folge von Jahren decken. In dieser Lektion wollen wir uns mit den Grundgegebenheiten der verschiedenen gedeckten Fälle auseinandersetzen und die Häufigkeit und Dauer der Leistungen durch statistische Beispiele veranschaulichen, die dem *Year Book of Labour Statistics* des Internationalen Arbeitsamtes und gelegentlich auch anderen Quellen entnommen sind.

Familienzulagen

Die durch Familienzulagen jährlich entstehenden Kosten kann man errechnen, indem man die Zahl der Personen in jeder Kategorie von Angehörigen, für die Zulagen ausbezahlt sind, mit dem Jahressatz für jede Kategorie multipliziert. Der Einfachheit halber wollen wir uns hier auf die Zulagen beschränken, die für Kinder von weniger als 15 Jahren ausgezahlt werden.

Der Prozentsatz der Kinder in einer gegebenen Gemeinschaft und in einem gegebenen Jahr hängt von der Geburtenziffer und von der Kindersterblichkeit des gleichen Jahres und der vorausgehenden 14 Jahre ab. Die Anzahl der Kinder wird natürlich um so geringer sein, je niedriger die Geburtenziffer ist, und umgekehrt.

Eine vom Internationalen Arbeitsamt vorgenommene Schätzung läßt darauf schließen, daß sich in den wirtschaftlich entwickelten Ländern das Verhältnis der Kinder zur erwerbstätigen Bevölkerung zwischen 0,445: 1 und 0,785: 1 bewegt. Da die Familien im allgemeinen klein sind, wurde berechnet, daß die Kosten um fast die Hälfte absinken würden, wenn für das erste Kind einer Familie keine Zulage gezahlt würde. In unterent-

wickelten Ländern, vor allem in Mittelamerika, ist das zahlenmäßige Verhältnis von Kindern zu Personen im arbeitsfähigen Alter viel höher, oft sogar zweimal so hoch wie der europäische Durchschnitt; außerdem kann man mit ziemlicher Sicherheit annehmen, daß dort weniger Frauen berufstätig sind, so daß ein geringerer Teil der Bevölkerung im arbeitsfähigen Alter auch tatsächlich verdient und zur Finanzierung beitragen kann.

Auf Grund der Angaben, die vom Internationalen Arbeitsamt im *Year Book of Labour Statistics* von 1956 veröffentlicht wurden, können wir die folgenden Beispiele für das Verhältnis zwischen leistungsberechtigten Kindern (die übliche Altersgrenze ist 15 oder 16 Jahre) und erwerbstätiger Bevölkerung oder versicherter Bevölkerung errechnen (je nachdem, ob das System die gesamte Bevölkerung umfaßt oder auf gewisse Gruppen beschränkt ist):

A. *Universalsysteme*

1. Zulagen für alle Kinder:

Kanada und Neuseeland	1,0 : 1
Australien	0,8 : 1
Finnland	0,7 : 1
Schweden	0,6 : 1

2. Zulagen vom zweiten Kind an:

Norwegen	0,35 : 1
Vereinigtes Königreich	0,25 : 1

B. *Versicherungen*

Zulagen für alle Kinder:

Algerien	1,15 : 1
Belgien und Italien	0,6 : 1

Die niedrige Ziffer für das Vereinigte Königreich ist in gleicher Weise auf die niedrigere Geburtenziffer und auf den hohen Prozentsatz der Erwerbstätigen zurückzuführen.

Krankengeld

Die meisten Erkrankungen sind bekanntlich von kurzer Dauer. Die Erfahrungen des großen englischen Hilfsvereins „Independent Order of Oddfellows, Manchester Unity“, auf welche sich am Ende des 19. Jahrhunderts die versicherungstechnischen Schätzungen der britischen

Krankenversicherung stützten, zeigten, daß 81 Prozent aller Krankheits-tage (bei einer Höchst-Leistungsdauer von 26 Wochen) auf Erkrankungen entfallen, die bis zu 13 Wochen dauern. Krankheiten, die sich über mehr als 26 Wochen erstrecken, dauern zumeist noch um vieles länger an, und dies ist einer der Hauptgründe, warum man solche Fälle von der Krankenversicherung in die Invalidenversicherung überführt. In Anbetracht der Fortschritte der Medizin würde man im Laufe der Zeit ein ganz allmähliches Absinken der Krankheitshäufigkeit erwarten. Dies entspricht aber nicht den Tatsachen. In diesem Zusammenhang muß man sich vergegenwärtigen, daß „Krankheit“ ein dehnbarer Begriff ist, der von der Verwaltung festgesetzt und geändert werden kann. Die maßgebenden Ärzte eines Systems haben meist eine bestimmte Auffassung darüber, wie hoch die „normale“ Krankheitshäufigkeit ist; sie werden versuchen, die Ärzte anzuhalten, sich mit ihren Krankenschreibungen danach zu richten; sie werden sich aber kaum bemühen, diese Ziffer unter den traditionellen Stand hinunterzudrücken. Der Mensch von heute denkt auch viel eher als seine Vorfahren an die Möglichkeit, daß er krank werden könnte, und ist viel mehr auf die Bewahrung seiner Gesundheit bedacht.

Aus dem *Year Book of Labour Statistics* von 1956 des IAA und anderen Quellen haben wir die in Tabelle IV angeführten Beispiele entnommen, die sich alle auf Krankenversicherungen mit einer Karenzzeit von drei Tagen und einer Leistungsbefristung von üblicherweise 26 Wochen beziehen.

TABELLE IV. HÄUFIGKEIT UND DAUER DER ZAHLUNG VON KRANKENGELD

Land	Zahl der Fälle auf je 100 Versicherte	Durchschnittszahl von Tagen pro Fall	Zahl der Tage pro Versicherungsnehmer
Bundesrepublik Deutsch- land	65	19	12
Österreich	64	23	15
Türkei	41	20	8
Venezuela	25	24	6

Die Tatsache, daß die Zahl der Fälle auf je 100 Versicherte in den letzten beiden Ländern niedriger ist, ist vielleicht zum Teil auf das niedrigere Durchschnittsalter der Arbeitnehmer in Ländern mit jüngerer Industrie und hoher Geburtenziffer zurückzuführen. Die in Großbritannien gemachten Erfahrungen zeigen, daß ein 45jähriger Mann voraussichtlich um 50 Prozent mehr Arbeitstage pro Jahr durch Krankheit verliert als ein 30jähriger.

Leistungen bei Mutterschaft

Die Barleistungen, die bei Schwangerschaft und Niederkunft und in der Folge zur Auszahlung kommen, umfassen immer ein „Mutterschaftsgeld“, d. h. eine Zulage, die an die Versicherte während eines Zeitraums vor und nach der Niederkunft ausgezahlt wird. Viele Systeme sehen aber außerdem noch ein Stillgeld oder eine Säuglingsausstattung oder beides vor, und diese letzteren Leistungen werden in der Regel nicht nur den versicherten Frauen, sondern auch den Ehefrauen versicherter Männer gewährt.

Die Kosten der Mutterschaftsleistungen pro Versicherungsnehmer hängen natürlich von der Geburtenzahl bei den versicherten Frauen und von dem Anteil der versicherten Frauen an der gesamten versicherten Bevölkerung ab. Aus dem *Year Book of Labour Statistics* des IAA und anderen Quellen geht hervor, daß die jährliche Anzahl der Niederkünfte, die zur Auszahlung von Mutterschaftsleistungen Anlaß geben, folgenden Prozentsatz der versicherten Bevölkerung ausmacht: Frankreich 1,8; Venezuela 1,7; Bundesrepublik Deutschland 1,4; Belgien 1,1.

In bezug auf die Zahlung von Stillgeld können folgende Angaben für die Bundesrepublik Deutschland als Beispiel dienen: Das Stillgeld wird sowohl an versicherte Frauen als auch an die Ehefrauen versicherter Männer ausgezahlt, und die durchschnittliche Leistungsdauer beträgt 14 Wochen pro Fall. Für die ersteren beträgt der Mindestsatz 25 Prozent des Lohnes, für die letzteren liegt er niedriger. Die Gesamtleistungsdauer pro versicherte Person betrug 1955 3,4 Tage.

Invalidenrenten

Wieviel Prozent der erwerbstätigen Bevölkerung von dauernder Erwerbsunfähigkeit betroffen werden, kann nur innerhalb sehr weit gesteckter Grenzen vorausgeschätzt werden. Wenn aber die Verwaltung einer Invalidenversicherung eine versicherungsstatistische Richtzahl als Unterlage hat, kann sie auf diejenigen, denen die Bescheinigung der Invalidität obliegt, einen gewissen Druck ausüben, um die Zahl der Rentenbezieher innerhalb dieser Grenze zu halten.

Invalidenrenten werden nicht nur allen unheilbar Kranken gezahlt, sondern auch denjenigen, deren Krankheitsdauer die für das Krankengeld vorgeschriebene Höchstzeit überschritten hat und deren Behandlung im Rahmen der Invalidenversicherung fortgesetzt werden kann. Für die erstgenannte Gruppe ist die Rente grundsätzlich eine Dauerrente, die allerdings bis zur Erreichung des Ruhestandsalters noch revidiert werden kann; für die letztgenannte Gruppe stellt die Rente bis zur Erstellung des

ärztlichen Gutachtens nach Beendigung des Behandlungs- oder Wiedereingliederungsprozesses eine nur vorübergehende Zuwendung dar.

Die ärztliche Stelle, die die Invalidität bescheinigt, hat eine wahrhaft heikle Aufgabe. Sie muß entscheiden, welche Art Arbeit dem Antragsteller zugemutet werden kann und wieviel er gegebenenfalls damit verdienen kann. In Zeiten schwerer Arbeitslosigkeit gerät die Behörde, die diese Entscheidung trifft, in Ländern, wo es noch keine Arbeitslosenunterstützung gibt, leicht in Versuchung, bei der Anwendung ihrer Regeln etwas weniger streng vorzugehen. Dagegen bestehen natürlich in einer Hochkonjunktur für Körperbehinderte viel bessere Möglichkeiten, zu einer Beschäftigung zu kommen, und daher können strengere Maßstäbe angelegt werden.

Mit zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit, die Arbeitsfähigkeit einzubüßen, rasch an: Sie ist unter Umständen mit 40 Jahren dreimal so hoch wie mit 16 und mit 60 Jahren dreimal so hoch wie mit 40. Dementsprechend ist bei versicherten Bevölkerungen mit hohem Durchschnittsalter ein größerer Prozentsatz an Invalidität zu erwarten. Tabelle V enthält einige Angaben über Rentensysteme, die schon seit mehreren Jahrzehnten bestehen. Die als obere Altersgrenze genannten Zahlen geben das Alter an, bei dem die Invalidenrenten in Altersrenten übergehen; hier wäre noch zu erwähnen, daß das schwedische System vom 16. Lebensjahr an auch in der Kindheit erworbene Invalidität umfaßt.

TABELLE V. ANTEIL DER INVALIDEN AN DER VERSICHERTEN BEVÖLKERUNG

Land	Jahr	Invaliden als Prozentsatz der versicherten Bevölkerung	obere Altersgrenze
Dänemark . . .	1953	1,5	60
Frankreich . . .	1955	2,4	60
Schweden . . .	1954	2,9	67

Quelle: *Year Book of Labour Statistics*, IAA Genf.

Altersrenten

Bei Systemen der Sozialen Sicherheit, die alle Arbeitnehmer oder die gesamte Bevölkerung umfassen, wird die Zahl der Rentner bei gegebenem Ruhestandsalter wie auch die Zahl der Personen in arbeitsfähigem Alter, aus denen die erwerbstätige Bevölkerung hervorgeht, vom gegenwärtigen und zukünftigen Bevölkerungsaufbau des Landes bestimmt. Im größten Teil Europas und in den englischsprachigen Ländern ist im Laufe des letzten halben Jahrhunderts die Zahl der alten Leute im Verhältnis zu den im arbeitsfähigen Alter stehenden angewachsen, und diese Entwicklung

wird wahrscheinlich noch zumindest einige Jahrzehnte in der gleichen Richtung weitergehen. Es besteht zwar in der Mehrheit dieser Länder auch gleichzeitig ein Rückgang des Anteils der Kinder an der Gesamtbevölkerung, so daß, wenn man den Gesamtprozentsatz der Nicht-erwerbstätigen — ob alt oder jung — zusammenfaßt, das Verhältnis wenig Änderung aufweist; es kostet aber natürlich viel mehr, einen Altersrentner zu erhalten als ein Kind. Um diesen Trend zu veranschaulichen, führen wir in Tabelle VI einige aus Volkszählungen gewonnene Ziffern und Vorausschätzungen an.

TABELLE VI. PERSONEN VERSCHIEDENER ALTERSKLASSEN
PRO TAUSEND DER BEVÖLKERUNG

Altersklasse	Vereinigtes Königreich		Portugal		Mittelamerika	
	1951	1971	1951	1971	1951	1971
Kinder unter 15	224	198	295	281	428	406
Männer unter 65 und Frauen unter 60	641	625	616	614	532	549
Alte Leute	135	177	89	105	40	45

Das Hinauf- oder Herabsetzen des Ruhestandsalters wirkt sich auf die Kosten der Renten viel stärker aus, als es der Laie vielleicht erwarten würde¹. Wenn die Altersgrenze erhöht wird, gibt es nicht nur weniger Altersrentner, sondern es ist auch die Zahl der Beitragzahler größer; der Beitragssatz wird dann aus beiden Gründen geringer sein. Andererseits ergibt sich jedoch eine höhere Zahl von Invalidenrentnern. Die Herabsetzung der Altersgrenze wirkt sich in umgekehrtem Sinne aus. Aus dem angenommenen Beispiel in Tabelle VII können wir diese Auswirkungen für eine Gruppe von 1000 Beitragzahlenden und Rentnern ansehen.

TABELLE VII. RUHESTANDSALTER UND ZAHL DER RENTNER
(BEI 1000 BEITRAGZAHLERN UND RENTNERN)

Ruhestandsalter	Zahl der Rentner		Zahl der Beitragzahler	Gesamtzahl der Rentner als Prozentsatz der Beitragzahler
	Altersrentner	Invalidenrentner (unter dem Ruhestandsalter)		
50	333	15	652	53
55	255	23	722	39
60	183	35	782	28
65	121	56	823	22
70	70	80	850	18

¹ Selbst wenn man die Auswirkung der Zinseszinsen in Systemen mit Beitragskumulierung außer acht läßt.

Auch wenn in einem Land das Durchschnittseinkommen pro Kopf der Bevölkerung jedes Jahr leicht ansteigt — und dies ist in den industrialisierten Ländern der Fall — wird die Möglichkeit, das Ruhestandsalter herabzusetzen, durch die Folgen der verbesserten Gesundheitspflege der letzten Jahrzehnte wieder wettgemacht, weil nämlich die Lebenserwartung sich erhöht hat und daher ein größerer Teil der Bevölkerung die Altersgrenze überschreitet. Unter diesen Umständen besteht zwar heute keine Tendenz, die Altersgrenze zu senken, aber die höhere Lebenserwartung — man kann sagen, daß die Lebenserwartung eines 65jährigen im Laufe der letzten 50 Jahre in den fortgeschrittenen Ländern um 20 Prozent gestiegen ist — kommt einer Herabsetzung der Altersgrenze um einige Jahre gleich. Jemand, der heute mit 60 Jahren in den Ruhestand tritt, kann in Europa und Amerika noch weitere 12 bis 15 Lebensjahre erwarten, und mit 65 ist die entsprechende Zahl etwa 10 bis 14 Jahre. Mehr Frauen als Männer werden 60 oder 65 Jahre alt, und ihre Lebenserwartung ist danach noch um ein oder zwei Jahre länger.

Witwen- und Waisenrenten

Die Grundlage für Schätzungen, wieviele Witwen und Waisen von Versicherten hinterlassen werden, sind die Volkszählung und die Statistiken der Geburten, Eheschließungen und Todesfälle. In Ländern, wo die förmliche Eheschließung nicht üblich ist und die freie Lebensgemeinschaft die Stelle der Ehe einnimmt, ist es sehr schwer, die Zahl der Hinterbliebenen vorauszuberechnen.

Die deutschen Statistiken für 1938 ergeben für Witwen im Alter von über 65 Jahren und erwerbsunfähige Witwen einen Prozentsatz von 3,6 der versicherten Bevölkerung; man nahm an, daß ihre Zahl 1955 5 Prozent erreicht haben würde. In Frankreich machten 1955 die gleichen Kategorien von Witwen 3,7 Prozent der versicherten Bevölkerung aus. In Belgien, wo alle von Versicherten hinterlassenen Witwen rentenberechtigt sind, betrug die Ziffer für 1955 8,5 Prozent. In Großbritannien finden wir bei den Witwen, die auf Grund der Nachkriegsgesetzgebung Renten beziehen (ohne Berücksichtigung der Witwen, deren Renten auf frühere Gesetze zurückgehen), folgende Verteilung im Verhältnis zur gesamten versicherten Bevölkerung:

	Prozent
Witwen über 60	5,3
Witwen unter 60	
a) mit unterhaltsberechtigtem Kind	0,4
b) über 40 oder erwerbsunfähig	0,8
Insgesamt	6,5

Aus diesen Zahlen geht klar hervor, daß die große Mehrheit der rentenbeziehenden Witwen in höherem Alter steht.

Für einige Länder, die übrigens alle niedrige Geburtenziffern aufweisen, beträgt der Prozentsatz der rentenberechtigten Waisen, die den Vater oder beide Eltern verloren haben, in der versicherten Bevölkerung: Großbritannien (1936) 1,5; Deutschland (1938) 1,6; Schweiz (1954) 2,0.

Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten

Die Versicherung gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten ist, wie schon weiter oben auseinandergesetzt wurde, in Wirklichkeit ein Sondersystem der Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung, das im Vergleich zu den allgemeinen Systemen nur einen sehr geringen Teil der Risiken deckt, dafür aber meist höhere Leistungen auszahlt. Diese Leistungen fallen bekanntlich unter vier Klassen: Zahlung für vorübergehende Arbeitsunfähigkeit; Rente für dauernde Erwerbsunfähigkeit; Hinterbliebenenrente; ärztliche Leistungen.

Das Risiko, bei der Ausübung des Berufs gesundheitliche Schäden zu erleiden, ist in den verschiedenen Berufen äußerst unterschiedlich; das gleiche gilt auch für die verschiedenen Wirtschaftszweige, je nachdem, in welchem Ausmaß gefährliche Berufe in ihnen vertreten sind; in Italien enthielt z. B. im Jahre 1954 der Prämienplan 657 verschiedene Sätze, die sich zwischen 0,5 und 23,1 Prozent der ausgezahlten Löhne bewegten. Dementsprechend sind auch Häufigkeit und Schwere der Arbeitsunfälle und die Häufigkeit von Unfällen mit tödlichem Ausgang von Land zu Land verschieden, je nachdem, in welchem Verhältnis die verschiedenen Wirtschaftszweige unter der versicherten Bevölkerung vertreten sind. Es sind aber auch für den gleichen Wirtschaftszweig die Zahlen von Land zu Land verschieden, wobei die Art der verwendeten Maschinen und die Sicherheitsvorkehrungen, die in den betreffenden Wirtschaftszweigen bestehen, eine wesentliche Rolle spielen. Schließlich ergeben sich auch von Land zu Land Unterschiede, die auf die Qualität der im Rahmen des Systems gebotenen ärztlichen Betreuung und den Grad der Strenge der ärztlichen Kontrolle zurückgehen.

Aus dem *Year Book of Labour Statistics* des Internationalen Arbeitsamtes und — für Mexiko und die Schweiz — aus anderen Quellen läßt sich schließen, daß 1953 oder 1954 die Gesamthöhe der Prämien folgenden Prozentsatz des durchschnittlichen Grundverdienstes der Versicherten darstellt:

	Prozent
Belgien	2,6
Schweiz	2,1
Mexiko	1,85
Niederlande	1,5
Japan	1,1
Kanada (Ontario)	1,0

Die von diesen Systemen erfaßten Unternehmen vertreten eine genügende Anzahl von Wirtschaftszweigen, um als ziemlich typischer Querschnitt der wirtschaftlichen Tätigkeit in städtischen Gebieten, wenn nicht der Industrie in ihrer Gesamtheit, gewertet zu werden. Während aber in den ersten vier Ländern der Leistungssatz bei totaler Erwerbsunfähigkeit 75 bis 100 Prozent des Grundlohnes beträgt und es keine Karenzzeit gibt, ist in den letzten zwei Gebieten der Leistungssatz niedriger, und die Karenzzeit beträgt sieben Tage.

Durch die Einführung einer Karenzzeit wird die Zahl der Fälle, in denen Barleistungen fällig sind, wesentlich verringert. In Ontario ist z. B. die Zahl der Fälle von weniger als einer Woche Dauer $2\frac{1}{2}$ mal so hoch wie die Zahl aller anderen Fälle, die ärztliche Leistungen erfordern. In der Schweiz sind Fälle von einer Dauer unter drei Tagen $1\frac{1}{3}$ mal so häufig wie alle anderen.

Die Häufigkeit der Fälle, in denen nach einer Karenzzeit von drei bis sieben Tagen Leistungen für vorübergehende Arbeitsunfähigkeit auszu zahlen sind, beträgt allem Anschein nach ungefähr fünf auf je 100 Versicherte und die durchschnittliche Leistungsdauer etwa drei Wochen, unter Berücksichtigung der Fälle, die in dauernde Erwerbsunfähigkeit übergehen. In Systemen ohne Karenzzeit ist die Häufigkeit natürlich höher und die durchschnittliche Dauer daher geringer.

Der Versuch, die Häufigkeit und den Schweregrad der dauernden Erwerbsunfähigkeit für verschiedene Länder zu vergleichen, stößt auf dieselbe Schwierigkeit, die wir oben im Zusammenhang mit der vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit festgestellt haben: Es gibt nämlich sehr viele Fälle leichter, aber dauernder Gesundheitsschädigungen, und bezüglich des Mindestgrades, bei welchem eine Rente oder auch nur ein Pauschalbetrag ausgesetzt ist, bestehen in den verschiedenen Ländern recht unterschiedliche Gesichtspunkte. Die Tabelle VIII zeigt die Verteilung der dauernden Erwerbsunfähigkeit nach Schweregrad in zwei Systemen, die keine Mindestgrenze kennen:

TABELLE VIII. VERTEILUNG DER FÄLLE DAUERNDER ERWERBSUNFÄHIGKEIT
NACH SCHWEREGRAD

Grad der Erwerbsunfähigkeit (in Prozent)	Prozentsatz aller Fälle von dauernder Erwerbsunfähigkeit	
	Grossbritannien	Kanada (Ontario)
0-19.	54,3	86,0
20-39.	32,8	6,1
40-59.	7,8	2,3
60-79.	2,6	1,6
80-99.	0,8	0,5
100.	1,7	3,5
	100,0	100,0

Diese Ziffern zeigen nicht nur, wie sehr die leichten Fälle überwiegen, sondern auch, was für unterschiedliche Gesichtspunkte bei der Feststellung des Grades der Erwerbsunfähigkeit zur Anwendung kommen. In Großbritannien wird der Geschädigte eigentlich gar nicht für den Verlust seiner Erwerbsfähigkeit, sondern für die Beeinträchtigung seiner körperlichen Funktionen entschädigt; wenn der Arbeitnehmer infolge seiner Schädigung keine Aussicht auf Anstellung mehr hat, erhält er noch eine zusätzliche Leistung.

Die Häufigkeit der Unfälle mit tödlichem Ausgang pro hundert Versicherte ist von Land zu Land in überraschendem Maße verschieden: So schwankt dieser Wert für das Jahr 1954 oder 1955 bei europäischen Sozialversicherungen, die alle Arbeitnehmer umfassen, zwischen 0,01 (ein Todesfall auf 10 000 Versicherte) und 0,005.

Zum Schluß sind noch die ärztlichen Leistungen zu erwähnen, die in der Kostenrechnung der Versicherungen gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten einen wichtigen Posten einnehmen. Im folgenden einige Beispiele für den Prozentsatz der Prämieinnahmen, der 1954 oder 1955 für ärztliche Leistungen aufgewendet wurde:

	Prozent
Kanada (Ontario)	20
Schweiz	16
Frankreich	16
Niederlande	13
Belgien	11

Man wird feststellen, daß das System mit dem niedrigsten Prämien-satz den höchsten Prozentsatz aufweist und umgekehrt¹; es wäre aufschlußreich, die Gründe dafür zu untersuchen.

Leistungen bei Arbeitslosigkeit

Im Gegensatz zu den biologisch bedingten Risiken ist die Arbeitslosigkeit durch keine statistische Gesetzmäßigkeit charakterisiert, die es ermöglichen würde, ihre Häufigkeit mit geringen Abweichungen auf Jahre vor auszuberechnen. Nun gibt es zwar immer die sogenannte „friktionelle“ Arbeitslosigkeit, die nicht unter ein gewisses Mindestmaß hinuntergedrückt werden kann; wenn das aber alles wäre, brauchten wir keine Arbeitslosenversicherung. In der Vorkriegszeit traten Perioden auf, in denen die Arbeitslosigkeit als Begleiterscheinung allgemeiner Wirtschaftskrisen ungemein anstieg. Genauso, wie man heute bei der Planung

¹ Siehe S. 109.

der Krankenversicherung nicht mehr mit der Möglichkeit rechnen muß, daß eine Seuche ausbricht, weil die öffentlichen Gesundheitsbehörden dies rechtzeitig verhüten, werden die Regierungen der Länder mit freier Wirtschaft vielleicht eines Tages lernen, Wirtschaftskrisen durch Mittel, die für beide Sozialpartner annehmbar sind, im Keime zu ersticken.

Die absolute Mindestzahl von Arbeitslosen kann man bei stabiler Währung mit etwa 2 Prozent der Arbeitnehmerschaft ansetzen. Überschreitet die Arbeitslosenziffer 5 Prozent, dann wird es Zeit, etwas dagegen zu unternehmen.

Trotz den Bedenken der Versicherungsmathematiker ist es doch zu der Entstehung von Arbeitslosenversicherungen gekommen; ihre Urheber mußten sich an eine zumindest provisorische Annahme über den Umfang des zu deckenden Risikos halten. Daß solche Systeme trotzdem ziemlich gut funktionieren, läßt sich anscheinend zum größten Teil durch die Verteilung der Arbeitslosigkeit, die durch ein sehr umfassendes System gedeckt ist, auf die verschiedenen Wirtschaftszweige und Einzelpersonen erklären. In diesem Zusammenhang können wir sehr viel aus den ausführlichen statistischen Untersuchungen über die britischen Erfahrungen zwischen den beiden Weltkriegen lernen.

1932, als die Weltwirtschaftskrise ihren Höhepunkt erreicht hatte, waren 23 Prozent der versicherten Bevölkerung arbeitslos, wobei für die einzelnen Hauptzweige der Wirtschaft folgende Prozentsätze galten: Bergbau 40 Prozent, Verarbeitungsindustrie 30 Prozent, Verkehrswesen 20 Prozent, Kleinhandel 10 Prozent, andere Handelszweige und Bankwesen 5 Prozent.

Die starke Inanspruchnahme von Arbeitslosenunterstützung in bestimmten Wirtschaftszweigen brachte es mit sich, daß zahlreiche Versicherte ihren Anspruch auf Unterstützung erschöpften und, da sie keine neue Anspruchsberechtigung erwerben konnten, den Versicherungsschutz verloren. In den günstiger gestellten Wirtschaftszweigen gab es dagegen viele, die ihren Arbeitsplatz behielten. So ergab es sich von selbst, daß die Personen, die für die Versicherung hohe Risiken darstellten, aus ihr ausschieden und nur die mittleren Risiken zurückblieben. Die unregelmäßige Verteilung der Arbeitslosigkeit auf Industrie und Handel in Krisenzeiten ist eine typische Erscheinung für die industrialisierten Länder. Dadurch erklärt es sich zum Teil, wieso ein Arbeitslosenversicherungssystem überhaupt zahlungskräftig bleiben kann: die chronischen Fälle gehen eben in die Sozial- oder Armenfürsorge über.

Was die Dauer der Arbeitslosigkeit betrifft, so ergibt sich ein ähnliches Bild wie bei der Krankenversicherung, nur noch in verstärkter Form; andererseits hat die Dauerarbeitslosigkeit viel mit der Invalidität gemeinsam, nicht nur per Analogie, sondern auch, weil es für einen

Körperbehinderten schwierig ist, Arbeit zu finden. In einem Zeitraum von $2\frac{1}{2}$ Jahren, als die Arbeitslosenziffer im Durchschnitt 10 Prozent (d. h. fünf Wochen im Jahr) betrug, erhoben überhaupt nur 30 Prozent der versicherten Bevölkerung Anspruch auf Unterstützung, und von diesen 30 Prozent bezog nur ein Viertel Leistungen, die sich auf mehr als 100 Tage erstreckten. 1928, als die Arbeitslosenziffer ebenfalls 10 Prozent betrug, ergab sich für die Leistungsempfänger (also nicht für die versicherte Bevölkerung in ihrer Gesamtheit) folgende Verteilung:

Dauer der Arbeitslosigkeit	Männer	Frauen
Weniger als 3 Monate	31,1	50,5
3-6 Monate	28,8	30,5
6-9 Monate	19,7	12,0
9-12 Monate	14,9	5,8
Mehr als 12 Monate	5,5	1,2
	<u>100,0</u>	<u>100,0</u>

Pro Kopf entfielen auf Männer 2,4 und auf Frauen 2,0 Perioden der Arbeitslosigkeit.

Ärztliche Leistungen

Die Häufigkeit der Fälle, in denen ärztliche Leistungen gewährt werden, hängt in der Praxis weitgehend von der Einstellung der anspruchsberechtigten Personen ab. In der Regel steht es jedem Geschützten frei, seinen Arzt aufzusuchen, sooft er will und sooft er Zeit hat. Der Arzt kann seinerseits entscheiden, ob eine Behandlung notwendig ist; es ist aber ganz natürlich, daß er in den weitaus meisten Fällen irgendein kleineres Leiden feststellen und Heilmittel verordnen wird. Daher besteht ein enger Zusammenhang zwischen der Häufigkeit der ärztlichen Konsultationen und der Zahl der Rezepte, und beide werden von der Einstellung der versicherten Personen des betreffenden Landes zu ihrer eigenen Gesundheit stark beeinflußt. Nachdem aber einmal die Diagnose gestellt ist, wird die Art und Dauer der Behandlung hauptsächlich vom Arzt bestimmt, und seine Entscheidungen werden von vielen verschiedenen Erwägungen beeinflußt. Er darf nicht nur daran denken, was im gegebenen Fall die ideale Behandlungsmethode wäre, sondern muß auch berücksichtigen, was die Sozialversicherung auf Grund ihrer finanziellen Mittel und der Verfügbarkeit von Krankenhausbetten materiell bieten kann.

Die folgenden Auszüge (Tabelle IX) aus den Statistiken verschiedener Länder zeigen, wie unterschiedlich der Bedarf verschiedener versicherter Bevölkerungen an ärztlichen Leistungen ist:

TABELLE IX. HÄUFIGKEIT UND DAUER ÄRZTLICHER LEISTUNGEN

Land	Jahr	Zahl der ärztlichen Beratungen pro geschützte Person	Zahl der Krankenhausbehandlungen pro 100 Versicherte	Durchschnittsdauer der Krankenhausbehandlungen in Tagen	Zahl der pharmazeutischen Verordnungen pro geschützte Person
Bundesrepublik Deutschland	1955	—	9,55	24,0	—
Versicherte		—	9,2	20,0	—
Angehörige		—	—	—	—
Großbritannien	1950	5,5	—	—	5,3
Italien	1952	2,8	4,9	12,5	3,2
Jugoslawien	1953	—	—	—	—
Versicherte		2,5	28,3	14,4	2,9
Angehörige		—	4,0	15,0	—
Mexiko	1952	5,5	4,8	—	—
Peru	1953	4,5	7,0	20,0	7,5

Die jährlichen Kosten der ärztlichen Leistungen im Rahmen von Systemen der Sozialen Sicherheit und vor allem der Krankenversicherung können ermittelt werden, indem man berechnet, wieviel Prozent der Einnahmen (aus Versicherungsbeiträgen und staatlichen Subventionen) für Leistungen aufgewendet werden. Diese Methode läßt aber außer acht, daß in vielen Ländern der Krankenversicherung eine versteckte Subvention zugute kommt: Die Krankenhauspatienten werden nicht in eigenen Anstalten, sondern in öffentlichen Krankenhäusern untergebracht, wobei die Versicherung nur einen Bruchteil der Bau- und Betriebskosten übernimmt. In einigen europäischen Ländern muß auch der Leistungsempfänger, abgesehen von seinen Versicherungsbeiträgen, selbst noch einen Teil der Kosten für gewisse Leistungen tragen. Im allgemeinen ist diese Selbstbeteiligung nur gering, beispielsweise ein Teil der Kosten für Zahnersatz, Brillen oder Gliedprothesen. In Belgien, Frankreich, der Bundesrepublik Deutschland und dem Vereinigten Königreich zahlt der Patient allerdings 20–25 Prozent der Kosten für Medikamente (in den ersten beiden Ländern zahlt er auch ungefähr den gleichen Teil der Rechnungen des Arztes).

Die Rechnungsführung der Krankenversicherungssysteme weist natürlich nur die Ausgaben aus eigenen Mitteln aus. Aus dem *Year Book of Labour Statistics* des IAA und anderen Quellen haben wir für eine Reihe von Sozialversicherungen errechnet, wieviel Prozent des Grundlohns, der der Beitragserhebung zugrunde liegt, für die Finanzierung von ärztlichen Leistungen in den Jahren 1954 und 1955 verwendet wurde (Tabelle X). Bei allen diesen Systemen sind auch die Angehörigen des Versicherten geschützt, wenn auch nicht in dem gleichen Maße wie er selbst; daher wirkt sich auch die Zahl der unterhaltsberechtigten Ange-

hören pro versicherte Person auf die Kosten des betreffenden Systems aus.

TABELLE X. KOSTEN DER ÄRZTLICHEN LEISTUNGEN¹
ALS PROZENTSATZ DES GRUNDLOHNS

Land	Kosten pro versicherte Person	Kosten pro geschützte Person (Versicherte und Angehörige)
Mexiko	7,4	2,7
Frankreich	6,3	2,5
Belgien	4,7	2,0
Japan	4,7	1,3
Bundesrepublik Deutschland . . .	3,6	2,0

¹ Einschliesslich Geburtshilfe.

In England und Wales kann man die Kosten des Staatlichen Gesundheitsdienstes als Prozentsatz des Volkseinkommens pro Kopf der erwerbstätigen Bevölkerung ausdrücken, die der versicherten Bevölkerung in anderen Ländern entspricht. Dieser Prozentsatz betrug 1954 3,4, und da jeder Erwerbstätige im Durchschnitt ungefähr einen Angehörigen unterhielt, bedeutete dies, daß die Kosten pro geschützte Person ungefähr 1,7 Prozent dieses Einkommens betrugen. Es ist interessant, diese Ziffer mit der Höhe der Beiträge zu vergleichen, die nötig gewesen wäre, wenn das System auf Versicherungsbasis gestellt wäre: die Gesamtkosten des Systems betrugen im Finanzjahr 1952/53 7,7 Prozent des aus Schätzungen ermittelten Gesamtverdienstes der Arbeitnehmer und selbständig Erwerbstätigen.

Mexiko ist eines der wenigen Länder, in welchen die Krankenversicherung sämtliche Kosten der ärztlichen Betreuung sowohl für Versicherte als auch für ihre Angehörigen trägt. Was die Krankenhauspflege betrifft, deckt das französische System praktisch die gesamten Kosten, während in Belgien und in der Bundesrepublik Deutschland die Kasse nur ungefähr zwei Drittel trägt.

Die Einzelheiten der Ausgaben für die verschiedenen Arten der ärztlichen Leistungen sind in den einzelstaatlichen Statistiken nicht derart dargestellt, daß man sie ohne weiteres vergleichen könnte. Das Internationale Arbeitsamt hat aber die Ausgaben mehrerer europäischer Länder im Jahre 1951 auf den verschiedenen Gebieten der ärztlichen und Mutterschaftsbetreuung untersucht, die im Übereinkommen über Soziale Sicherheit (Mindestnormen) angeführt sind. Dabei erwies es sich, daß die Kosten sich auf die verschiedenen Kategorien ungefähr wie folgt verteilen:

	Prozent
Betreuung durch praktische Ärzte oder Fachärzte außerhalb von Krankenhäusern	27
Krankenhauspflege	41
Pharmazeutische Heilmittel	18
Konservierende Zahnbehandlung	9
Mutterschaftsbetreuung	5
	<hr/> 100

Fragen

1. *Teilen Sie die von Systemen der Sozialen Sicherheit gedeckten Fälle nach dem Gesichtspunkt ein, inwieweit der Versicherungsmathematiker ihre Häufigkeit bei einem neu aufzustellenden System mit Verlässlichkeit vorausschätzen kann.*

2. *Was läßt sich aus dem Umstand schließen, daß sich die Durchschnittszahl der Krankheitstage pro versicherte Person im Laufe von Jahrzehnten trotz den Fortschritten der Medizin nicht vermindert hat?*

3. *Warum steigen die Kosten der Altersrente bei gegebenem Leistungssatz durch Herabsetzung des Ruhestandsalters so steil an?*

NEUNTE LEKTION

DIE FINANZIERUNG DER SOZIALEN SICHERHEIT

(Fortsetzung)

ZEITLICHE VERTEILUNG DER KOSTEN

Kein System der Sozialen Sicherheit verdient diesen Namen, wenn es nicht die Gewähr dafür bietet, daß die von ihm zugesicherten Leistungen im Zeitpunkt der Fälligkeit auch wirklich gezahlt werden. Mit der bloßen Erklärung einer Regierung, daß die Zahlungsfähigkeit des Sozialsystems ohne Rücksicht auf die Höhe seiner Kosten von ihr und den nachfolgenden Regierungen gewährleistet werde, ist es nicht getan. Der Möglichkeit, die erwerbstätige Bevölkerung zur Deckung der verbleibenden Kosten heranzuziehen, sind Grenzen gesetzt. Werden diese überschritten, so wird zwangsläufig eine Entwertung der Leistung, sei es durch deren nominelle Herabsetzung oder durch Inflation, eintreten. Das Problem der Finanzierung eines Sozialsystems mit gegebenem Leistungsniveau muß daher Gegenstand fortgesetzten Studiums sein, und es muß eine reale Lösung gefunden werden, bevor das System Gesetzeskraft erhält. Wie in der vorangegangenen Lektion bereits erwähnt wurde, legt das Übereinkommen über Soziale Sicherheit (Mindestnormen) den größten Nachdruck auf diese Forderung.

Alle Beteiligten, gleichviel ob es sich um den Versicherten, den Arbeitgeber oder den Steuerzahler handelt, verlangen, zumindest über die ungefähre Höhe der voraussichtlichen Belastung ihres Einkommens durch Pflichtbeiträge zur Sozialen Sicherheit unterrichtet zu werden, da jede unvorhergesehene scharfe Heraufsetzung dieser Lasten ihre eigenen Haushaltspläne aus dem Gleichgewicht bringen kann. Es ist unvermeidlich, daß jedesmal, wenn ein Sozialversicherungssystem in Kraft gesetzt wird, diese heilsame Maßnahme beim Steuerzahler eine Art psychologischen Schocks auslöst. Die Wirkung kann aber abgeschwächt werden, und dies geschieht auch in vielen Fällen, wenn nur jeweils ein Teil des Sozialsystems zur Zeit eingeführt wird. Die Finanzierung der Sozialversicherung sollte dann aber möglichst in der Weise erfolgen, daß ein unveränderlicher Beitragssatz festgesetzt wird oder daß er, wenn eine Heraufsetzung sich im Laufe der Zeit nicht umgehen läßt, möglichst im

Verhältnis zum voraussichtlichen Wachstum des Volkseinkommens erhöht wird.

Eine Sozialversicherung, deren Kosten aus dem allgemeinen Steueraufkommen gedeckt werden, hat andere technische und psychologische Probleme zu lösen als eine im wesentlichen aus Beiträgen finanzierte Versicherung. Die hier folgenden Ausführungen beziehen sich hauptsächlich auf Einrichtungen der letzteren Art.

In allen Zweigen der Sozialversicherung stößt sich die Planung für die Beibehaltung fester Beitragssätze an der unausweichlichen Tatsache, daß weder die Beitragseinnahmen noch die Ausgaben für Leistungen der angenommenen Höhe entsprechen; stets werden sich Abweichungen in der einen oder anderen Richtung ergeben. Um ein Beispiel zu wählen: Jede Zunahme der Arbeitslosigkeit wird sich in einem sofortigen Rückgang der Beiträge, aber erst in einem späteren Sinken der Ausgaben auswirken. Jede Versicherung muß daher für den Fall eines unvorhergesehenen Steigens der Ausgaben oder Sinkens der Beitragseinnahmen einen Reservefonds aufbauen. In der Regel können diese Reserven durch Rücklage eines Teils der Einnahmen gebildet werden. Genügt die Rücklage für den genannten Zweck und treten keine Veränderungen ein, so kann in der Folgezeit der gleiche Prozentsatz der Einnahmen zur Verbesserung der Versicherungsleistung verwendet werden. Aber gerade weil Abweichungen unvorhersehbar sind, erweist es sich als unmöglich, die notwendige Höhe der Rücklagen im voraus zu bestimmen. Während für eine Krankenkasse einige Monatsbeiträge genügen mögen, wird eine Arbeitslosenversicherung sich vielleicht erst nach der Bildung einer weit höheren Rücklage wirklich sicher fühlen.

Gewisse von der Sozialversicherung gedeckte Fälle — es handelt sich hier um die statistisch erfaßten Vorkommnisse, nämlich Geburts- und Todesfälle — weisen, was die Häufigkeit ihres Eintretens betrifft, naturgemäß eine hohe Regelmäßigkeit auf, obwohl über längere Zeiträume langsame Veränderungen eintreten können. Dank diesem Umstand kann der Versicherungsmathematiker die jährliche Geburtenzahl sowie die Zahl der unterhaltsberechtigten Kinder, Personen im Ruhestandsalter, Witwen und Waisen, mit der innerhalb einer Folge von Jahren gerechnet werden muß, mit großer Genauigkeit voraussagen.

Ebenso scheint der Häufigkeitszahl für Krankheit und Invalidität eine natürliche Gleichmäßigkeit innezuwohnen. Die Entscheidung darüber, ob die Umstände in einem gegebenen Fall einen Leistungsanspruch rechtfertigen, wird vom Befund des zuständigen Vertrauensarztes abhängen, dessen Gesichtspunkte einigermaßen elastisch zu sein pflegen. Diese Elastizität kann sich nun entweder in einer größeren Übereinstimmung der Zahl der Leistungsfälle mit den versicherungsstatistischen Voraus-

sagen auswirken oder umgekehrt einer großzügigeren Praxis Vorschub leisten.

Die Häufigkeit der Krankheits-, Invaliditäts- und Todesfälle, die auf Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten zurückzuführen sind, ist von Beruf zu Beruf ungeheuren Schwankungen unterworfen, obwohl die Zahlen für die Gesamtbeschäftigung von einem Jahr zum anderen eine gewisse Stabilität zeigen.

Wie die Feststellung von Krankheit oder Invalidität stützt sich auch bei der Arbeitslosigkeit die Anerkennung oder Ablehnung des Leistungsanspruchs auf Befunde, denen eine gewisse Subjektivität anhaftet. Die Gesamtzahl der Leistungsfälle wird jedoch von diesem Umstand nur in geringem Maße beeinflusst. In einem überwiegend privatkapitalistischen Wirtschaftssystem wie auch in Ländern (ohne Unterschied der Wirtschaftsform), in denen der Außenhandel eine größere Rolle spielt, kann die Höhe dieser Soziallasten sehr stark schwanken. Während aber Fürsorgesysteme von der vollen Wucht einer Massenarbeitslosigkeit getroffen werden, können Versicherungssysteme dank der in der vorigen Lektion erwähnten Schutzvorrichtung die schlimmsten Konsequenzen abwenden.

Die Höhe der Leistungskosten wird natürlich nicht durch die Zahl der Versicherten bestimmt (oder der unterhaltsberechtigten Angehörigen), die arbeitsunfähig, zu alt oder arbeitslos sind, sondern durch die Zahl der Leistungsfälle und die durchschnittlichen Leistungssätze.

Ein Universalsystem, das sich auf die gesamte Bevölkerung erstreckt, gewährt seine Leistungen allen von dem gedeckten Fall Betroffenen. So gab es z. B. in Schweden einen Anspruch auf Familienzulagen in bezug auf alle Kinder, und alle Personen, die erwerbsunfähig waren oder das Ruhestandsalter erreicht hatten, hatten Anspruch auf Renten, sobald die betreffenden Systeme in Kraft getreten waren.

Wo es sich aber um eine Versicherung handelt, drückt die Wartezeit, die in allen Versicherungszweigen mit Ausnahme der Arbeitsunfallversicherung vorgeschrieben ist, zumindest zu Beginn die Zahl der Leistungsempfänger hinunter. So hat z. B. niemand, der am ersten Tag der Beitragserhebung krank oder arbeitslos war, Anspruch auf Leistungen für diese Zeit des Fernbleibens von der Arbeit. Niemand, der zu diesem Zeitpunkt bereits Invalide, Witwe oder Waise war, wird jemals eine Rente erhalten, während hingegen eine Person, die das Ruhestandsalter erreicht hat, aber ihren Beruf noch einige Jahre ausüben kann, unter Umständen einen Rentenanspruch erwerben kann.

Das Ausmaß, in dem die Wartezeit die Zunahme der Zahl der Leistungsempfänger zu verzögern oder zu beschränken vermag, schwankt naturgemäß entsprechend ihrer Dauer. Zeitlich begrenzten Leistungen entsprechen kurze, den Renten lange Wartezeiten, wobei allerdings auf

Grund der Übergangsbestimmungen der Pensionskassen die Wartezeiten für Personen, die sich bei Inkrafttreten des betreffenden Systems bereits in vorgerücktem Alter befanden, sehr erheblich abgekürzt zu werden pflegen. Ist seit Inkrafttreten eines Systems eine Zeitspanne verstrichen, die der Wartezeit entspricht, so haben diejenigen, die dem System gleich nach seinem Inkrafttreten beigetreten sind, ohne weiteres Anspruch auf Leistungen. Abgesehen von der Familienzulageversicherung wird die Länge der Zeit, die sodann verstreichen wird, bis die Zahl der Leistungsempfänger bei gleichbleibender Zahl und Zusammensetzung der Versicherten ihren dauernden Stand erreicht hat, von der Höchstdauer der Leistungen abhängen.

Die Familienzulageversicherung zahlt Leistungen an alle Versicherten, die die (in der Regel sehr kurze) Wartezeit in bezug auf vorhandene oder künftige Kinder vollendet haben. Die Zahl der Leistungsempfänger und ihrer Kinder erreicht daher ihren normalen Stand einige Monate, nachdem die Versicherung ihre Tätigkeit begonnen hat.

Bei der Kranken- und Arbeitslosenversicherung beträgt die Leistungsdauer üblicherweise sechs Monate. Wurden Leistungen während des ganzen Zeitraums bezogen, so muß danach die Wartezeit wiederholt werden. In der ersten Jahreshälfte wird die Liste der Leistungsempfänger immer eine kleine (hier als gleichbleibend angenommene) Zahl von Empfängern enthalten, die aus der zweiten Hälfte des Vorjahres übernommen wurden. Diesem Umstand kann Rechnung getragen werden, indem man den Jahresdurchschnitt für zwei aufeinanderfolgende Jahre errechnet. Der im zweiten Jahr seit Inkrafttreten der Kranken- oder Arbeitslosenversicherung ermittelte zahlenmäßige Stand der Leistungsfälle wird von der Dauer des weiteren Bestehens des Systems unberührt bleiben.

Anders verhält es sich bei der Rentenversicherung. Hier wird die Zahl der Leistungsfälle noch viele Jahre nach vollendeter Wartezeit weiter ansteigen. Jedes Jahr bringt einen Zuwachs an neuen Rentenempfängern, von denen voraussichtlich jeder (mit Ausnahme der Waisen) seine Pension bis zum Ende seines Lebens beziehen wird.

Nehmen wir zunächst das einfachste Beispiel, das des Altersrentners. Wir dürfen annehmen, daß ein Teil der jährlich hinzukommenden Rentner durch Tod ausscheidet und daß der letzte Todesfall nach 20 Jahren erfolgt. Nehmen wir zur Illustrierung folgendes Beispiel: Beträgt die Zahl der Rentenempfänger im ersten Jahr 100, so haben wir etwa 196 im zweiten, 288 im dritten, 800 im zehnten und 1000 im zwanzigsten Jahr. Diese schematische Rechnung zeigt, daß die Zahl sich zu Beginn jährlich fast verdoppelt, hierauf immer langsamer zunimmt und schließlich nach fast 20 Jahren mit dem Zehnfachen der Ausgangszahl ihren Höchststand erreicht.

Die Zunahme der Zahl der Invalidenrentner, die wegen der kürzeren Wartezeit möglicherweise zu einem früheren Zeitpunkt einsetzt, beschreibt eine ähnliche Kurve, denn obwohl die Rente im Durchschnitt schon am Ende der mittleren Lebensjahre in Anspruch genommen wird, ist die Lebenserwartung in diesem Falle nicht länger als die eines 65jährigen. Die Zahl der Witwenrenten, soweit sie an erwerbsunfähige oder alte Frauen gezahlt werden, entwickelt sich in ähnlicher Weise.

Steigt die Gesamtzahl der Versicherten infolge von Zugängen in den jüngeren Altersklassen, so verlangsamt sich die Zunahme des Anteils der Rentenempfänger. Umgekehrt entspricht ein zahlenmäßiger Rückgang der jüngeren Neuversicherten einem prozentualen Ansteigen der Rentnerzahl. Dies ist eine Seite des Überalterungsproblems, das in einigen wirtschaftlich entwickelten Ländern Besorgnis erregt.

Die Entschädigung bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten kann sowohl in Gestalt von wiederholten, sich über einen kurzen Zeitraum erstreckenden Leistungen als auch in der Form einer Rente erfolgen. Die ersteren werden statistisch ungefähr das gleiche Bild bieten wie das Krankengeld, da die jährliche Zahl der Fälle vorübergehender Arbeitsunfähigkeit nur geringen Schwankungen unterworfen ist. Hingegen muß die Zahl der Renten von Jahr zu Jahr wachsen, bis die Rentenempfänger des ersten Jahres gestorben sind. Da die Unfallhäufigkeit sich ziemlich gleichmäßig auf alle Altersgruppen verteilt, ist hier das durchschnittliche Alter der Rentenempfänger niedriger als bei der eigentlichen Rentenversicherung (Invaliditäts-, Alters- und Hinterbliebenenversicherung). Ebenso pflegen die durch Unfall verursachten Verletzungen die voraussichtliche Lebensdauer weniger empfindlich zu kürzen als die konstitutionsbedingten Krankheiten, die eine der Hauptursachen der Invalidität bilden. Man kann daher annehmen, daß die Zahl der Invalidendauerrenten der Arbeitsunfallversicherung während einer längeren Zeitspanne steigen wird als die Zahl der Renten der Rentenversicherung.

Wir wollen nunmehr dazu übergehen, die Wirkung zu untersuchen, die die Höhe der Leistungssätze auf die Kostenlast ausübt. Wie ohne weiteres einleuchtet, ist dieser Aspekt nur im Zusammenhang mit den Renten von Bedeutung. Denn alle vorübergehend gewährten Leistungen sind entweder einheitlich hoch oder sie richten sich, wie es in der Mehrzahl der Fälle geschieht, nach dem vom Versicherten zuletzt bezogenen Grundlohn oder Grundgehalt. Der jährliche Beitragssatz kann daher im Prinzip auf gleichbleibender Höhe gehalten werden, wobei ein gelegentliches Defizit aus den Rücklagen gedeckt wird.

Ist der Rentensatz für alle Rentner der gleiche, so wird die Kostenlast offenbar in demselben Verhältnis steigen wie die Zahl der Rentenempfänger und in rund 20 Jahren eine konstante Höhe erreicht haben.

Steigt nun aber der Rentensatz, abgesehen von dem fixen Mindestbetrag, im Verhältnis zur Zahl und Höhe der vom Versicherten entrichteten Beiträge, wie man dies bei den meisten Rentenversicherungen findet, so wird der Durchschnittssatz der gewährten Renten von Jahr zu Jahr steigen. Die Zeitspanne, die verstreichen muß, bis die Rentenkosten einen gleichbleibenden Stand erreicht haben, wird sich in diesem Falle über weit mehr als 20 Jahre erstrecken. Werden nämlich die ersten Beiträge im Alter von 15 Jahren entrichtet und liegt das Ruhestandsalter bei 65 Jahren, so werden 50 Jahre vergehen, bevor die jüngsten Mitglieder der als erste versicherten Gruppe in den Genuß ihrer Rente gelangen (von der wir annehmen, daß sie dem Höchstsatz entspricht), und weitere 20 Jahre, bis der letzte dieser Gruppe gestorben und durch einen Nachfolger mit gleicher Rente ersetzt worden ist. Die Belastung des Rentensystems wird also erst nach Ablauf von 70 Jahren ihren höchsten und gleichbleibenden Stand erreicht haben.

Keine der bestehenden Rentenversicherungen kann in ihrer heutigen Gestalt auf eine siebzigjährige Existenz zurückblicken; es wäre auch unrealistisch anzunehmen, daß irgendeines dieser Systeme auch nur ein Alter erreichen könnte, das einem Menschenleben entspricht, ohne sich den veränderten wirtschaftlichen und sozialen Verhältnissen angepaßt zu haben. Diese Feststellung nimmt den versicherungsmathematischen Vorausberechnungen für eine so ferne Zukunft nichts von ihrem Wert, denn jedes System ist genötigt, eine gewisse Kontinuität zu bewahren, besonders in Hinsicht auf die von den älteren Versicherten im Lauf der Zeit erworbenen Rechte. Die deutsche Rentenversicherung, deren Anfänge auf das Jahr 1891 zurückgehen, wurde 1911 erheblich umgestaltet und ist seitdem, obwohl sie nach jedem der beiden Weltkriege wieder aufgebaut werden mußte, in ihren Wesenszügen unverändert geblieben.

Es dürfte somit auf jeden Fall lehrreich sein, an einem Beispiel zu verfolgen, wie sich in einer stabilen Umwelt die Entwicklung einer Rente im Ablauf von 70 Jahren gestalten würde. Als Ausgangspunkt wurden die tatsächlichen Ausgaben der deutschen Rentenversicherung von 1891 bis 1899 genommen und auf Grund dieser Zahlen eine Schätzung für die Zeit von 1900 bis 1960 angestellt. Es wurde angenommen, daß die dem letzteren Jahr entsprechende Zahl danach keine weiteren Veränderungen mehr erfahren würde. Die versicherte Bevölkerung betrug für den Durchschnitt der ersten neun Jahre zwölf Millionen; es wurde angenommen, daß sie während der folgenden Zeitspanne bei 12 650 000 halten und das Niveau der Löhne und Gehälter während der gesamten Zeitspanne unverändert bleiben würde. Jede Rente bestand zu einem für alle Empfänger gleichen Teil aus Staatszuschüssen, während die Höhe des Restteiles sich prozentual nach dem vom Versicherten bezogenen

Gesamtlohn richtete. Das erstgenannte Rentenelement blieb bei den nachstehenden Schätzungen der Jahresausgaben unberücksichtigt.

Jahr	Jahresausgaben pro Versicherten in Mark	Jahr	Jahresausgaben pro Versicherten in Mark
1891	0,8	1930	12,3
1900	5,0	1940	13,2
1910	8,8	1950	13,7
1920	11,0	1960	14,0

Die vorstehenden Zahlen zeigen deutlich die Schwierigkeit des Problems, in der Rentenversicherung einen Weg zur Stabilisierung des Beitragssatzes zu finden.

Zu Beginn dieser Lektion wurden die Gründe genannt, die es wünschenswert erscheinen lassen, den Beitragssatz auf gleicher Höhe zu halten. Ebenso wurde auf die Notwendigkeit hingewiesen, die Schockwirkung der ersten Beitragserhebung abzumildern. Es ergibt sich mithin bei der Finanzierung der Rentenversicherung die Notwendigkeit, zu einem Beitragssatz zu gelangen, der nicht unbedingt konstant zu sein braucht, aber weder übertrieben niedrig noch untragbar hoch sein darf.

Es kann natürlich nicht die Rede davon sein, den Beitragssatz einfach in jedem Jahr hinaufzusetzen, um einem so raschen Steigen der laufenden Ausgaben, wie es uns in dem obigen Beispiel entgegentritt, Rechnung zu tragen. Ein sehr niedriger Beitrag in den ersten Jahren würde in den Köpfen der Versicherten eine falsche Vorstellung von der Risikobelastung der Versicherung entstehen lassen. An einem bestimmten Punkt würde sich zweifellos ein Widerstand gegen die sehr hohen Beiträge bemerkbar machen, die dann erhoben werden müßten, mit dem Ergebnis, daß das System unter Umständen seinen Verpflichtungen nicht mehr nachkommen könnte. Am schwersten würden davon die jüngeren Altersgruppen der am längsten versicherten Bevölkerung betroffen werden, die viele Jahre Beiträge entrichtet und die Renten der Älteren finanziert haben würden, um dann, wenn die Reihe an sie gekommen wäre, sich um ihre Rechte betrogen zu sehen.

Es gibt in der Rentenversicherung im Grunde nur zwei Finanzierungsmethoden, die es ermöglichen, ein Gleichgewicht zwischen den gleichbleibenden oder doch nur langsam wachsenden Einnahmen und den rasch steigenden Ausgaben herzustellen. Die erste zielt im wesentlichen darauf ab, für die neuen Renten jedes Jahres die gesamten künftigen Kosten schon in dem Jahr zu decken, in dem die Renten fällig werden. Die zweite Methode, die mehrere Varianten zuläßt, beruht auf der Bildung eines Anlagevermögens, dessen Zinsertrag jederzeit hoch genug sein würde, um das durch ein zu geringes Beitragsaufkommen entstandene Defizit zu decken.

Die erste Methode besteht darin, die jährlichen Einnahmen in jedem Jahr auf einer Höhe zu halten, die dem Kapitalwert der in dem Jahr gezahlten Renten entspricht. Angenommen, der Kapitalwert einer Rente stellt den zehnfachen Betrag der jährlich gezahlten Summe dar; in diesem Fall soll das Beitragsaufkommen eines gegebenen Jahres dem gleichen Vielfachen des Gesamtbetrages der in diesem Jahr fällig werdenden Renten entsprechen. Sofern die Zahl der jährlich neu gewährten Renten nicht steigt, ist jede Erhöhung des Beitragssatzes ausschließlich im Steigen der Durchschnittshöhe der gewährten Renten begründet. Verdoppelt sich die letztere nach 50 Jahren, so muß sich auch die Beitragshöhe im Laufe dieser Zeit verdoppeln. Ein so langsames Steigen der Beitragslast kann nicht als untragbar empfunden werden, da das Volkseinkommen pro Kopf der Bevölkerung sehr wohl in gleichem oder rascherem Tempo zunehmen kann.

Diese Methode ist in ihrer einfachsten Form, mit einer jährlichen Steigerung der Beitragssätze, offenbar niemals in einem allgemeinen Rentenversicherungssystem zur Anwendung gelangt. Sie mag aber unter Umständen annehmbar erscheinen, wenn statt der einjährigen Rechnungsperiode eine Zeitspanne von fünf oder zehn Jahren gewählt wird. In der Arbeitsunfallversicherung ist dies jedoch stets das typische Verfahren für die Deckung der Rentenkosten gewesen. Die Höhe der Rente wird hier von der Dauer der Mitgliedschaft des Versicherten nicht berührt, denn die Beitragshöhe bleibt unverändert, wenn die Zahl der Unfälle und das allgemeine Lohnniveau von einem Jahr zum andern unverändert bleiben. In den meisten Ländern richtet sich der Anteil der Arbeitgeber an den Kosten der Entschädigungsleistungen für Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten nach der Gefährlichkeit der Arbeit in dem betreffenden Gewerbe. Industrien blühen auf und verfallen. Sie können nur dann dazu gebracht werden, für ihre Verbindlichkeiten aufzukommen, wenn ihnen die sofortige Entrichtung eines Beitrags in der Höhe des Kapitalwertes der ihren Arbeitnehmern gewährten Renten auferlegt wird.

Die zweite Methode, die sich die Ansammlung eines Kapitals zum Ziel gesetzt hat, das nicht dazu bestimmt ist, ausgegeben zu werden, sondern einen bestimmten Zinsertrag zu bringen, hat sich, zumindest bis vor kurzer Zeit, einer weiten Verbreitung in der Rentenversicherung (Alters-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung) erfreut. Sie stützt sich auf die Tatsache, daß jede Pflichtversicherung mit einem jährlichen Zugang an jüngeren Versicherten rechnen kann, der groß genug ist, um die durch die neuen Rentenfälle in jedem Jahr erfolgenden Abgänge zu ersetzen. Da ein solches System zum Unterschied von Lebensversicherungsgesellschaften kaum jemals in Liquidation treten wird, braucht es auch nicht den Kapitalwert der von den einzelnen Versicherungs-

nehmern laufend erworbenen Leistungsansprüche zu akkumulieren. Daher genügt es in der Praxis, dafür zu sorgen, daß Beitragsaufkommen und Zinsen jederzeit reichen, um die laufenden Ausgaben zu decken, und dies kann mit einem von Anfang an gleichbleibenden Beitragsatz erreicht werden. Zu diesem Zweck wird zunächst vorausberechnet, wie hoch die jährliche Belastung von dem Zeitpunkt an sein wird, wenn — z. B. nach 70 Jahren — die Mehrzahl der Rentenempfänger den höchsten Rentensatz erhält. Auf Grund des errechneten Betrages wird der Beitragsatz nun so festgesetzt, daß nach Deckung der laufenden Renten- und Verwaltungskosten ein zu Beginn höherer, allmählich aber auf den Nullpunkt herabsinkender Überschuß verbleibt, mit dem das benötigte Kapital gebildet wird.

Einer der Vorteile dieser Methode liegt darin, daß sie eine annehmbare Lösung für das Problem bietet, bestimmte Vergünstigungen zu finanzieren, die den älteren Mitgliedern der gleich nach Einführung des Systems versicherten Bevölkerung gewährt werden. Gemeint ist die Möglichkeit, ihnen nach kurzer Wartezeit Mindestrenten zu gewährleisten, denen keine entsprechende Beitragsleistung gegenübersteht. Die Kosten dieser Vergünstigungen ausschließlich auf die jüngeren Mitglieder der zu Beginn versicherten Bevölkerung abzuwälzen, wäre offenbar ungerecht. Dank der erwähnten Methode können sie auf die Gesamtheit der versicherten Bevölkerung und darüber hinaus auf die unbegrenzte Zahl der künftig versicherten Generationen verteilt werden. Bei einigen Systemen übernimmt der Staat als seinen Kostenbeitrag die aus der Gewährung solcher Vergünstigungen erwachsenden Verbindlichkeiten, indem er in den Rentenfonds die Zinsen des Kapitals einzahlt, das sich angesammelt haben würde, wenn alle älteren Mitglieder der Versicherung bereits in ihrer Jugend beigetreten wären.

Diese Methode ist zwar, was den Kapitaleinsatz betrifft, verhältnismäßig wirtschaftlich, doch setzt sie ungeheure Mittel voraus. So sollte z. B. bei der deutschen Sozialversicherung in ihrer ursprünglichen Gestalt das Kapital schließlich auf die siebenfache Höhe der jährlichen Ausgaben anwachsen. Die Anlage einer so gewaltigen Summe, wenn diese je erreicht werden sollte, könnte in Ländern, in denen die Wirtschaft sich in privater Hand befindet und den Sozialversicherungsanstalten eine Beteiligung an privaten Unternehmen untersagt ist, auf unerwartete Schwierigkeiten stoßen. Wie für die Lebensversicherungsgesellschaften besteht auch für die autonomen Rentenversicherungsanstalten die Pflicht, als Treuhänder ihrer Mitglieder deren Ersparnisse ausschließlich in vom Staat garantierten Schuldverschreibungen oder in Hypotheken anzulegen, das heißt also in festverzinslichen und nominell wertbeständigen Papieren.

In der Tat haben zahlreiche Anstalten einen beträchtlichen Teil ihres

Kapitals in dieser Weise angelegt, um den öffentlichen Wohnungsbau und andere gemeinnützige Bauprojekte zu finanzieren, und diese Investitionen, gleichgültig, ob sie im Endergebnis für die Anstalten selbst gewinnbringend waren, haben sich stets als ein echter Zuwachs zum Volksvermögen erwiesen. Oft genug allerdings sind die ungeheuren Anlagevermögen der Versicherungsanstalten mißbräuchlich verwandt und vergeudet worden, denn die Versuchung dazu ist überaus groß. Eine Regierung, die sich für einen Krieg vorbereitet, kann sie für Rüstungszwecke ausgeben; eine andere, die sich mit billigen Mitteln beliebt machen will, mag sie zur Deckung ihrer laufenden Ausgaben benutzen, um neue Steuern zu vermeiden, oder sie in Gestalt von höheren Sozialleistungen ausgeben.

Die Ausdehnung der Rentenversicherung auf die große Mehrheit der erwerbstätigen Bevölkerung, ein Vorgang, der in vielen wirtschaftlich entwickelten Ländern beobachtet werden kann, hat die Politik der Vermögensbildung in einem neuen Licht erscheinen lassen. Solange es sich um Systeme von beschränktem Umfange handelte, konnte in vernünftiger Weise für eine dauernde Zahlungsfähigkeit des Versicherungssystems dadurch Vorsorge getroffen werden, daß das Versicherungsvermögen in Staatspapieren angelegt, das heißt der Gesamtheit geliehen wurde. Als aber der Versichertenkreis so weit gezogen wurde, daß er die Gesamtheit der im Erwerbsleben Stehenden umspannte, lief dieses Finanzierungsverfahren letzten Endes darauf hinaus, daß die Beitragzahler ihr Geld sich selbst liehen und besteuert wurden, um die Zinsen für das Geld zu zahlen, das sie selbst geliehen hatten. Überdies: solange keine Gewähr dafür besteht, daß das geliehene Kapital wirklich dazu verwandt wird, die Produktivität der Volkswirtschaft zu steigern, könnte es möglicherweise rentabler angelegt werden, wenn es in den Händen derjenigen verbliebe, von denen es stammt.

Anscheinend waren es diese Erwägungen, die Großbritannien schon 1925 bewogen haben, ein allgemeines Rentenversicherungssystem einzuführen, das ohne Kapitalansammlung arbeitet. Die Beitragssätze werden auf mäßiger Höhe gehalten und das von Jahr zu Jahr wachsende Defizit aus dem Steueraufkommen gedeckt. Ähnliche Prinzipien sind später unter dem Druck der Notwendigkeit von Ländern übernommen worden, deren Sozialversicherungsanstalten ihr Vermögen infolge der Inflation, die während und im Gefolge des zweiten Weltkrieges auftrat (die deutsche Reichsversicherung erlebte schon nach dem ersten Weltkrieg die gleiche Katastrophe, leider ohne daraus zu lernen) zusammenschmelzen sahen. Hier also rückt die Finanzierung der Sozialversicherung in die Sphäre der öffentlichen Finanzwirtschaft.

Daraus darf aber nicht geschlossen werden, daß die Methode der

Kapitalanhäufung aufgegeben worden sei oder aufgegeben werden sollte. Besonders in Fällen, in denen es sich um Rentenversicherungen mit beschränktem Versichertenkreis und freiwilligem Charakter handelt und wenn staatliche Zuschüsse nicht ohne weiteres zur Verfügung stehen, wird diese Methode der Beitragsstabilisierung sich auch heute bewähren. Verhältnisse der geschilderten Art findet man vornehmlich in unterentwickelten Ländern, wo die Kapitalansammlung das Gegebene ist, und zwar nicht nur aus technischen Gründen, sondern auch weil sie der Wirtschaft solcher Länder überaus förderlich ist. Die Lösung des eigentlichen Problems wird hier aus den Händen des Versicherungsmathematikers in die des Volkswirtschaftlers gelegt, denn sie hängt nun davon ab, daß Anlagemöglichkeiten gefunden werden, die einen Zinsertrag sichern, dessen Höhe den Preisschwankungen folgt. Dies sollte nicht schwer sein, denn solche Möglichkeiten bieten sich in zahlreichen gemeinnützigen Unternehmen der verschiedensten Art, die inflationäre Erscheinungen durch Preisänderungen ausgleichen können.

Zum Schluß sei bemerkt, daß man heute in immer weiteren Kreisen zu der Einsicht gelangt, daß die Fähigkeit eines Landes, seine Sozialversicherung zu finanzieren, von der Arbeitsproduktivität seiner Bewohner abhängt. Steigen die Sozialleistungen in rascherem Tempo als die Gütererzeugung, so werden sie früher oder später herabgesetzt werden müssen. Hingegen wird es kein unlösbares Problem geben, wenn die Aufwärtsbewegung der ersteren mit dem Wachstum der letzteren Schritt hält.

VERTEILUNG DER KOSTEN AUF DIE VERSCHIEDENEN BEVÖLKERUNGSGRUPPEN

Jedes System der Sozialen Sicherheit bringt zwangsläufig eine Übertragung von Einkommen der erwerbstätigen oder begüterten Gruppen der Bevölkerung auf die von den gedeckten Fällen Betroffenen mit sich. Ebenso liegt es im Wesen der Einrichtung selbst begründet, daß diese Übertragung im Wege der Besteuerung oder einer ihr ähnlichen Belastung, nämlich der Erhebung von Beiträgen, geschehen muß. Stehen Leistungsplan und Kostenanschlag fest, so muß bestimmt werden, welchen Gruppen die Lasten auferlegt und in welchem Verhältnis sie auf diese Gruppen verteilt werden sollen. Das Maß an reiner Schätzung und Mutmaßung bei der Voraussage der von den Steuern und besonders von der Beitrags-erhebung zu erwartenden Auswirkungen mag jeder solchen Entscheidung auf den ersten Blick etwas Zweifelhafte verleihen. Überdies wird die rechtsbegriffliche Natur der Beiträge — nämlich ob sie der Versicherungsprämie oder der Steuer gleichzusetzen sind — in der Regel und vielleicht absichtlich vom Gesetz undefiniert gelassen, und dieser Umstand macht

den Boden, auf dem man sich hier bewegt, noch unsicherer. Eine Entscheidung muß aber getroffen werden, und da es immer schwierig ist, Geld einzutreiben, müssen Billigkeitserwägungen oft vor den praktischen Notwendigkeiten zurücktreten, obwohl es natürlich stets ein Vorteil ist, wenn man auch die Gerechtigkeit auf seiner Seite hat. Bei der Suche nach der Lösung sollten sowohl die späteren Konsequenzen für die Wirtschaft als auch die sofortigen Rückwirkungen in Betracht gezogen werden. Im allgemeinen wird man diejenige Lösung vorziehen, die die geringste Störung der Lebensgewohnheiten und des Geschäftsganges mit sich bringt, dabei aber den augenblicklichen wie den künftigen Begünstigten die Kosten der Sozialen Sicherheit realistisch vor Augen führt.

In der ersten Lektion wurde darauf hingewiesen, daß es der Gedanke der gemeinsamen, durch staatliche Zuschüsse vervollständigten Beitragszahlung der Versicherten (in diesem Falle der Arbeitnehmer) und der Arbeitgeber war, der die Verwirklichung des Bismarckschen Sozialversicherungsprogramms möglich machte. Diese überaus praktische Regelung genießt bereits das Prestige einer klassischen Methode und hat sich als Mechanismus für die Finanzierung der Sozialversicherung in vielen Ländern eingebürgert. Die Internationale Arbeitsorganisation ist wiederholt für eine Politik eingetreten, die Arbeitgeber, Arbeitnehmer und Staat gemeinsam zur Deckung der sozialen Lasten heranzieht. Zur Begründung dieser Forderung werden unter anderem einige Argumente angeführt, die bereits auf eine lange Tradition zurückblicken, aber, wie immer die Wirtschaftswissenschaftler sie beurteilen mögen, nicht aufgehört haben, sich dem gesunden Menschenverstand als vernünftig und gerecht zu empfehlen.

Der Beitrag des Versicherten stellt ersichtlich die Summe dar, die er voraussichtlich gespart, in eine Hilfskasse eingezahlt oder zur Aufnahme einer Versicherungspolice verwendet haben würde. Er hat eine große psychologische Bedeutung, denn er erhält das Verantwortungsgefühl im Beitragspflichtigen und das Gefühl der eigenen Würde im Leistungsempfänger, ist doch der Beitrag der sichtbare und überzeugendste Beweis für das Recht auf Leistung und auf Mitbestimmung bei der Geschäftsführung der Versicherungsanstalt.

Den Arbeitgebern in ihrer Gesamtheit bringt die Sozialversicherung Vorteile. Es unterliegt keinem Zweifel, daß sie in den wirtschaftlich fortgeschrittenen und — soweit die Arbeiterklasse dort eine Möglichkeit besitzt, ihren Willen zum Ausdruck zu bringen — auch in unterentwickelten Ländern den Arbeitsfrieden und die Stabilität der sozialen Ordnung begünstigt. Die von ihr gewährte ärztliche Betreuung erhält den Arbeitnehmer leistungsfähig. Das Fehlen einer Sozialversicherung würde sich jedenfalls auf die Wirtschaft nur ungünstig auswirken. Die Tatsache, daß fortschrittliche Unternehmer, die über die erforderlichen Mittel ver-

fügen, dort, wo der Staat nicht die Initiative ergreift, von sich aus für ihre Belegschaft Wohlfahrtseinrichtungen der verschiedensten Art ins Leben rufen und sich an den Erhaltungskosten beteiligen, ist wohl eine Bestätigung dafür, daß die Arbeitgeber soziales Verantwortungsgefühl besitzen und wohl wissen, daß ihre Großzügigkeit letzten Endes auch für sie selbst nur von Vorteil ist.

Für den Staatsbürger ist das allgemeine Wohl der Bevölkerung eine Sache, die ihn unmittelbar angeht. Selbst wenn er Individualist ist, wird er keinen Augenblick daran zweifeln, daß die Hilfeleistungen an die Bedürftigen eine Art polizeilicher Vorbeugungsmaßnahme sind, die im Interesse seiner eigenen Gesundheit und Sicherheit liegen. Besitzt er soziale Einsicht, so wird er die moralische Bedeutung der Sozialen Sicherheit erkennen und bereit sein, soweit seine Mittel es ihm erlauben, eine Einrichtung zu unterstützen, die im Grunde nichts anderes ist als ein Hilfsverein auf Gegenseitigkeit im nationalen Maßstab.

Es mag aufschlußreich sein, die Beiträge der Arbeitnehmer und der Arbeitgeber zum einen als alternative und zum anderen als sich ergänzende Hilfsquellen zu betrachten, wobei im Auge behalten werden muß, daß der Verdienst des Arbeitnehmers seine Bedürfnisse nicht nur während der Zeit befriedigen muß, in der er verdient, sondern auch während der Zeit, in der er nicht verdient, und daß die Sozialversicherung der Mechanismus ist, durch den sein Einkommen in einer positiven und rationellen Weise auf diese beiden einander ablösenden Situationen verteilt wird.

Erhält der Arbeitnehmer in Gestalt seines Verdienstes einen angemessenen Teil seines Arbeitsproduktes, so hat er damit bereits alles erhalten, was ihm zusteht. Es verbleibt also dem Arbeitgeber kein Rest, von dem er die Beiträge zahlen könnte. Offenbar müßte der Arbeitnehmer daher die gesamten Kosten des ihm gewährten Schutzes bestreiten, genauso wie er dies tut, wenn er einer Hilfskasse beiträgt oder eine private Versicherung abschließt. Wenn er früh genug — d. h. wenn er jung und im Vollbesitz seiner Kräfte ist — anfängt zu arbeiten, wird er von seinem Verdienst die Prämien zurücklegen können, die er zahlen muß, um im Falle von Krankheit, Alter oder Tod Anspruch auf Leistungen zu haben, deren Höhe einem sehr erheblichen Teil seines Einkommens entspricht. Die Sozialversicherung ist nun aber eine Pflichtversicherung, die jeder Mann versichern muß, ob er alt ist oder jung, ob er für die Versicherung ein niedriges oder ein hohes Risiko darstellt. Kann unter diesen Umständen den normalen Versicherten zugemutet werden, zusätzliche Prämien für diejenigen zu zahlen, die dem System teuer zu stehen kommen? Es ist klar, daß es sich hier um eine Last handelt, die im Namen der sozialen Solidarität entsprechend der Steuerkraft jedes einzelnen auf einen möglichst breiten Teil der Bevölkerung verteilt werden muß. Die Arbeitgeber

befinden sich im allgemeinen in wirtschaftlich günstigeren Verhältnissen als die Arbeitnehmer; sie kommen daher logischerweise in erster Linie zur Aufbringung dieser zusätzlichen Prämie in Betracht.

Nun ist allerdings die Annahme, daß der Arbeitnehmer einen angemessenen Teil seines Arbeitsprodukts empfängt, eine bloße Hypothese zum Zweck der Diskussion. Was unter einem angemessenen Entgelt zu verstehen ist, ist Auffassungssache, nicht ein durch Tatsachen erhärtbarer Begriff. Fest steht jedenfalls, daß die Unternehmer, begünstigt durch eine Inflation oder andere Umstände, während einer gewissen Zeit unverhältnismäßig hohe Gewinne erzielen können. Wird zu diesem Zeitpunkt sofort ein System der Sozialversicherung eingeführt, so wird es durchaus angängig erscheinen, dessen gesamte Lasten den Arbeitgebern aufzubürden.

Bei der Auferlegung eines Beitrags, gleichgültig ob den Arbeitnehmern oder den Arbeitgebern, ist nur der erste Schritt schwer, denn es ist eine sprichwörtliche Wahrheit, daß eine alte Steuer keine Steuer ist. Ist der Beitrag einmal eingeführt, so werden die Beitragszahler bald Mittel und Wege finden, sich ihm anzupassen. Es ist jedoch, wenn man von den Verhältnissen in einer vollkommen verstaatlichten Wirtschaft absieht, praktisch unmöglich, im Getriebe der ständig schwankenden Löhne, Gewinne oder Preise vorauszusagen oder im Auge zu behalten, wer letzten Endes die Beitragslast zu tragen haben wird. Es handelt sich um einen unaufhörlichen Prozeß, der immer weitere Kreise zieht und bisweilen seine Richtung ändert. Während zwar zur Entrichtung des Beitrags derjenige verpflichtet ist, dem er vom Gesetz auferlegt ist, kann praktisch die Beitragslast als Ergebnis von Lohnverhandlungen abwechselnd von den Arbeitnehmern auf die Arbeitgeber und von diesen wieder auf die ersteren abgewälzt werden. Den Arbeitnehmern steht tatsächlich kein anderes Mittel zu Gebot, um ihren Anteil an der Last abzuwälzen. Die Arbeitgeber ihrerseits werden die Beitragslast in die Produktionskosten und, sofern der Verbraucher sich dies gefallen läßt, in die Preise einkalkulieren. Insoweit die Güter Absatz finden, werden die höheren Preise von den Verbrauchern bezahlt. Zu den Verbrauchern zählt aber außer den Versicherten auch die übrige Bevölkerung, und diese wird damit zugunsten der versicherten Gruppen besteuert.

Dennoch ist es, kurzfristig betrachtet (und mehr oder weniger alles ist kurzfristig in einer dynamischen Wirtschaft), für eine Wirtschaft, die der Konkurrenz des Auslandes ausgesetzt ist, nicht gleichgültig, bei wem die gesetzliche Beitragspflicht liegt. Dies wird überzeugend durch das nachstehende Beispiel dargelegt, das einem Bericht des Internationalen Arbeitsamtes über die Finanzierung der Sozialen Sicherheit entnommen ist, der 1950 der Europäischen Regionalkonferenz der Internationalen Arbeitsorganisation vorgelegt wurde:

Nehmen wir drei verschiedene Fälle der Finanzierung des gleichen Systems der Sozialen Sicherheit:

In Industrie A ist der Bruttolohn gleich 100 und der Sozialversicherungsbeitrag (der zu gleichen Teilen vom Arbeitgeber und vom Arbeitnehmer entrichtet wird) gleich 20;

in Industrie B ist der Bruttolohn gleich 110 und der Beitrag (der vom Arbeitnehmer allein entrichtet wird) gleich 20;

in Industrie C ist der Bruttolohn gleich 90 und der Beitrag (der vom Arbeitgeber allein entrichtet wird) gleich 20.

Einige der wirtschaftlichen Aspekte der Sozialen Sicherheit sind in allen drei Industrien die gleichen; auch Nettolohn und Arbeitskosten stimmen in allen überein. Sollten aber die Sozialversicherungsbeiträge aus irgendeinem Grunde von 20 auf 30 erhöht werden, so würde sich die Situation dadurch vollkommen ändern. In Industrie A würde der Nettolohn um 5 Einheiten sinken und die Arbeitskosten würden um 5 Einheiten steigen. In Industrie B würde der Nettolohn um 10 Einheiten sinken und die Arbeitskosten würden unverändert bleiben. In Industrie C würde der Nettolohn unverändert bleiben, dagegen würden die Arbeitskosten um 10 Einheiten steigen. Wie man sieht, würde die ganze Struktur der Löhne und der Arbeitskosten verzerrt werden; vor allem könnte die Wettbewerbsfähigkeit jeder der drei Industrien einschneidende Veränderungen erleiden.

Übernimmt der Staat gegenüber einem beliebigen System der Sozialen Sicherheit Subventionierungspflichten, so sind deren Auswirkungen unter Umständen noch schwerer zu verfolgen als die Verteilung der Beitragslast. Dies trifft z. B. in Fällen zu, in denen die Subvention aus dem allgemeinen Steueraufkommen gezahlt wird. Es gilt dagegen nicht, wenn die entstandenen Lasten durch eine besondere Einkommensteuer oder z. B. eine Alkohol- oder Tabaksteuer gedeckt werden.

Aus diesem Teil unserer Untersuchung können wir den Schluß ziehen, daß jede Finanzierungsquelle ihre Vorteile und Nachteile hat und daß die Frage nach der eigentlichen Verteilung der Belastung in der Regel unbeantwortet bleiben muß. Es ist daher ein Gebot der Klugheit, Fehlgriffe in der Beitragsverteilung und damit schockartige Auswirkungen dadurch auf ein Mindestmaß herabzudrücken, daß man auf dem Gesamtgebiet der Sozialen Sicherheit von allen Finanzierungsquellen nur mäßigen Gebrauch macht.

Das Übereinkommen über Soziale Sicherheit (Mindestnormen) stellt die folgenden allgemeinen Grundsätze auf:

Die Aufwendungen für die nach diesem Übereinkommen gewährten Leistungen und die Kosten für ihre Verwaltung sind gemeinschaftlich durch Beiträge oder Steuern oder aus beiden Quellen zusammen zu bestreiten, und zwar so, daß Härten für Minderbemittelte vermieden werden und der wirtschaftlichen Lage des Mitglieds und der geschützten Personengruppen Rechnung getragen wird¹.

¹ Artikel 71, Absatz 1.

Das Übereinkommen setzt außerdem eine Höchstgrenze für die Beiträge der Arbeitnehmer als Gesamtheit fest:

Die Gesamtsumme der von den geschützten Arbeitnehmern aufzubringenden Beiträge darf 50 vom Hundert der Gesamtsumme der für den Schutz der Arbeitnehmer und ihrer Ehefrauen und Kinder bestimmten Mittel nicht übersteigen. Zur Feststellung, ob diese Bedingung erfüllt ist, können alle von dem Mitglied nach dem Übereinkommen gewährten Leistungen mit Ausnahme der Familienleistungen und, sofern hierfür ein besonderer Zweig besteht, der Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten berücksichtigt werden ¹.

Eine Höchstgrenze für die Beiträge des Arbeitgebers oder für die staatlichen Zuschüsse festzulegen, erschien unnötig, da die Aufwendungen für die im Übereinkommen vorgesehenen Mindestleistungen einen mäßigen Betrag nicht überschreiten können und der Rest, da für die Beiträge der Versicherten ein Höchstsatz bestimmt ist, von ihren Arbeitgebern oder vom Staat gedeckt werden muß.

Die Bestimmung, wonach die Arbeitnehmer in ihrer Gesamtheit nicht mehr als 50 Prozent der Gesamtkosten der Kranken-, Renten- und Arbeitslosenversicherung in Gestalt von Beiträgen aufbringen dürfen, wird augenscheinlich in allen Ländern erfüllt, in denen alle drei Versicherungsarten eingeführt sind. Sie scheint fast ausnahmslos auch dort beachtet zu werden, wo nur der eine oder der andere dieser Zweige besteht, denn mindestens 50 Prozent, gewöhnlich jedoch ein noch größerer Teil der Lasten wird von den Arbeitgebern allein oder gemeinsam mit dem Staat getragen.

Die Familienzulagen werden entweder im Rahmen eines allgemeinen mit Steuergeldern finanzierten Systems oder von besonderen Versicherungsanstalten, die ausschließlich durch Beiträge der Arbeitgeber erhalten werden, gewährt. Die Aufwendungen für Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten werden in den weitaus meisten Ländern vom Arbeitgeber allein getragen. Das Vereinigte Königreich ist eines der wenigen Länder, in denen die Barleistungen der Arbeitsunfallversicherung von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Staat gemeinsam finanziert werden; in gewissen Ländern werden jedoch die Kosten der Leistungen bei vorübergehender Arbeitsunfähigkeit sowie der ärztlichen Leistungen in allen Fällen von den allgemeinen Krankenkassen getragen.

In der UdSSR und den Volksdemokratien zahlt der Arbeitnehmer keine Beiträge; die gesamten Kosten der Sozialen Sicherheit gehen zu Lasten des Arbeitgebers und, zumindest was die Belegschaften der Staatsbetriebe betrifft, zu Lasten des Staates.

Eine noch ungeklärte, aber nicht unwichtige Frage bilden die Stellung

¹ Artikel 71, Absatz 2.

des Beitragsbegriffs im Recht und ihre Konsequenzen für den Versicherten. Hier stehen sich im wesentlichen zwei Theorien gegenüber.

Nach der älteren Theorie stellt der vom Arbeitgeber und vom Arbeitnehmer gemeinsam gezahlte Beitrag eine Prämie zugunsten des Versicherten dar, die ihrem Wesen nach und in ihrer Wirkung der Prämie gleichzusetzen ist, die einer Versicherungsgesellschaft gezahlt wird, mit dem Unterschied, daß es sich bei dem Beitrag um eine gesetzlich geregelte Pflichtzahlung handelt. Diese Auffassung liegt den älteren Systemen zugrunde, in denen sich die Leistungssätze gleichmäßig nach der Höhe des Beitrags richten. So wurde z. B. der einheitliche Beitragsatz der britischen Kranken- und Invalidenversicherung von 1911 in der Weise festgesetzt, daß damit die Kosten des einheitlichen Leistungssatzes für einen Arbeitnehmer, der der Versicherung im Alter von 16 Jahren beitrifft, gedeckt wurden, wobei der Staat die restlichen, auf die älteren Mitglieder der versicherten Bevölkerung entfallenden Kosten übernahm. Wenn es ein Arbeitgeber unterließ, den gemeinsamen Beitrag abzuführen, so war die Versicherung von jeder Leistungspflicht befreit; der Leistungsberechtigte konnte aber den Arbeitgeber auf Zahlung der Leistung verklagen.

Nach der neueren Theorie ist der Beitrag eine Sondersteuer. Der Anspruch auf Leistung findet seine Begründung nicht in einem gegenseitigen Vertrag, sondern allein im Vorliegen der gesetzlich festgelegten Voraussetzung. Es bestehen zwar eine Beitragspflicht und ein Leistungsanspruch, aber keine notwendige Beziehung zwischen beiden. Eine solche Situation liegt überall dort vor, wo die Wartezeit vom Gesetz nicht als Periode der Beitragszahlung, sondern als Zeitraum einer versicherungspflichtigen Beschäftigung festgesetzt wird. Im Grunde ist die hier gemachte Unterscheidung bis zu einem gewissen Grade künstlich, denn in der Praxis wird die Versicherungsanstalt, um die Dauer der versicherungspflichtigen Beschäftigung zu ermitteln, festzustellen suchen, wie lange der Bewerber Beiträge gezahlt hat. Die letztgenannte Theorie hat ihren Niederschlag in so hervorragenden Sozialgesetzgebungen wie denen Frankreichs, der UdSSR und der Vereinigten Staaten gefunden.

Beide Theorien haben in ihren Auswirkungen auf die soziale Sicherheit der geschützten Personen Vor- und Nachteile. Die erstere ist einerseits ihrer Natur nach geeignet, in Parlamenten und von Verfassungsrechtlern zitiert zu werden, wenn es sich darum handelt, einer Schmälerung der erworbenen Rechte auf Leistungen entgegenzutreten. Andererseits erschwert sie eine gerechtere Neuverteilung des gemeinsamen Beitrags zugunsten der ärmeren Versichertengruppen. Sie könnte als ein wirksames Mittel gegen eine zweckwidrige Verwendung der angehäuften Beiträge durch den Staat dienen. Die zweite Theorie betont die Abhängig-

keit des Versicherten vom Staat, denn sie schwächt den Leistungsanspruch des einzelnen, verstärkt aber dafür unter Umständen den Schutz der versicherten Bevölkerung in ihrer Gesamtheit. Die Regierung braucht keine Bedenken zu haben, den Leistungsplan zugunsten der einen oder anderen Gruppe zu ändern, soweit es das Staatsinteresse erfordert. Da der Staat voll haftbar ist, kann ein zu geringes Beitragsaufkommen allein nicht als Rechtfertigung für die Herabsetzung der Leistungen gelten. Jeder wird sich ein eigenes Urteil darüber bilden, welcher der beiden Theorien im Endeffekt der Vorzug zu geben ist. Der annehmbarste Kompromiß mag vielleicht darin bestehen, den Beitrag des Arbeitnehmers wie eine Prämie und den des Arbeitgebers wie eine Steuer zu behandeln.

Es besteht allerdings eine gewisse Wahrscheinlichkeit, daß der Leistungsplan, je nachdem, welche dieser Theorien ihm zugrunde liegt, der einen oder anderen Versichertengruppe besondere Vorteile einräumt, die nicht durch die Beiträge gerechtfertigt sind, die für diese Gruppe von den Arbeitnehmern und den Arbeitgebern gemeinsam oder von den letzteren allein gezahlt werden.

Von der Arbeitsunfallversicherung und einigen anderen Fällen abgesehen, werden die Beitragssätze für alle bei der gleichen Anstalt Versicherten auf Grund des gleichen Staffelnprinzips errechnet. Richtet sich, wie es bei den meisten Systemen geschieht, der Leistungssatz wenigstens teilweise nach dem Grundlohn oder -gehalt des Versicherten, so gilt das gleiche auch von seinem Beitrag; werden jedoch Leistungen gewährt, deren Höhe auf dem Existenzminimum basiert, so stellt der Beitrag einen für alle gleichen, regelmäßig zu entrichtenden Betrag dar. Der Leistungsplan folgt jedoch nicht genau symmetrisch der Beitragsstaffelung, sondern wird in vielen Fällen sehr erheblich abgeändert, um den spezifischen sozialen Funktionen des Versicherungssystems Rechnung zu tragen. So werden z. B. die Kosten der wichtigen Gruppe der Familien- und Hinterbliebenenleistungen ohne Rücksicht auf Geschlecht und Familienstand gleichmäßig auf alle Versicherten verteilt. Ebenso werden allen Krankenkassenmitgliedern ärztliche Leistungen der gleichen Art gewährt, obwohl die Beiträge im Verhältnis zum Arbeitseinkommen festgesetzt sind. Zuweilen stellen die Barleistungen für die unteren Lohngruppen einen höheren Prozentsatz des Grundlohns dar als für die oberen Lohn- und Gehaltsgruppen.

Selbst wenn der gemeinsame Beitrag grundsätzlich als Prämie gedacht ist, kann diese Ungleichheit der Leistungen bei gleichem Beitrag als verständlich und billig gelten. Die Soziale Sicherheit sollte zwar als das betrachtet werden, was sie ihrem Wesen nach ist, nämlich eine Versicherung für das ganze Leben, die sich den einzelnen Lebensphasen —

der Zeit vor der Ehe, der Ehe, der Vater- oder Mutterschaft usw. — sowie dem Steigen oder Fallen des Einkommens anpaßt und die u. a. mit der Wahrscheinlichkeit rechnet, daß ein versichertes junges Mädchen einen versicherten Mann heiraten wird. Diesem Gesichtspunkt kommt heute jedoch nur noch ein rein theoretisches Interesse zu. Die starke Ausdehnung der Familienleistungen und der Ausgleich für das infolge Inflation verlorene Zinseinkommen werden in Wirklichkeit vom Arbeitgeber und vom Staat finanziert.

Während vor dem zweiten Weltkrieg die Beitragsgleichheit für Arbeitnehmer und Arbeitgeber die Regel war, zahlt heute der Arbeitgeber nicht selten doppelt soviel wie der Arbeitnehmer. Dies trifft besonders für die Länder zu, in denen die Steuereinzahlung auf Schwierigkeiten stößt. Da das für die Errechnung des Beitrags maßgebende Grundentgelt, wie bereits angedeutet, bei den meisten Versicherungssystemen an eine obere Grenze gebunden ist, die ungefähr dem Lohn eines gelernten Arbeiters entspricht, entzieht sich jeder darüber hinausgehende Verdienst der Inanspruchnahme für Zwecke der Sozialen Sicherheit.

Eine gerechtere Verteilung der Lasten, die für das Wohl des gesamten Volkes von besonderer Bedeutung sind, kann durch staatliche Zuschüsse erzielt werden, die aus der Einkommen- und der Luxussteuer gedeckt werden. Daher mögen Regierungen, die über eine gut organisierte Steuerverwaltung verfügen und nicht mit Widerständen aus den Reihen einer zahlreichen Landbevölkerung zu rechnen haben, es unter Umständen vorziehen, Arbeitgeber und Arbeitnehmer im gleichen Verhältnis zur Übernahme der Soziallasten heranzuziehen und dafür den Anteil des Staates stark zu erhöhen. Sie werden dabei in Erwägung gezogen haben, daß der Beitrag des Arbeitgebers schon deshalb auf mäßiger Höhe gehalten werden muß, weil es sich dabei letzten Endes um eine Versteuerung der Beschäftigung handelt, die unter Umständen den Wettbewerb der einheimischen Industrie auf den Auslandsmärkten erschweren könnte.

Staatliche Subventionen können verschiedene Formen annehmen. Sie erscheinen entweder als feste Summe, die einen gleichbleibenden Bestandteil jeder Rente bildet, als Zuschuß, der in einem bestimmten Verhältnis zum Beitragsaufkommen steht, als feste jährliche Zahlung oder einfach als Betrag, der zur Deckung des jeweiligen etwa vorhandenen Defizits dient. Sie haben ihre besondere Berechtigung als Ausgleich für eine Entwertung des Zinsertrages der vom Staat garantierten Anleihen. Es kann sich auch um eine indirekte Subvention handeln, wie z. B. in Fällen, in denen Krankenkassen öffentliche Heilanstalten in Anspruch nehmen und dafür eine Vergütung zahlen, die unter den tatsächlichen Pflegekosten liegt. In einigen Ländern übernimmt der Staat die gesamte oder nahezu gesamte Kostenlast bei gewissen Leistungen, denen ein besonders großer

Einfluß auf das allgemeine soziale Wohl beigemessen wird, z. B. bei den Familienzulagen oder dem öffentlichen Gesundheitsdienst.

Es muß noch ein Wort gesagt werden über die Finanzierungsquellen der Arbeitsunfallversicherung, die einen Ausnahmefall darstellen. In der großen Mehrheit der Länder werden die Gesamtkosten vom Arbeitgeber getragen, der Prämien zahlt, deren Höhe sich nach dem für seinen Industriezweig geltenden Durchschnittsrisiko richtet. Wie bereits in einer der vorangegangenen Lektionen bemerkt wurde, ist dieses Durchschnittsrisiko entsprechend der Natur der Betriebstätigkeit beträchtlichen Schwankungen unterworfen. Da die Prämie in die Kosten der Erzeugnisse einkalkuliert wird, muß der Verbraucher für Güter, deren Herstellung den Arbeiter größeren Gefahren aussetzt, entsprechend höhere Preise zahlen; er wird daher naturgemäß einem Erzeugnis, das aus einem ungefährlicheren Produktionsprozeß hervorgeht und sich daher billiger stellt, den Vorzug geben. Viele Systeme sehen eine Ermäßigung der Prämie vor für Arbeitgeber, deren Betriebe sich unter dem Gesichtswinkel der Unfallhäufigkeit als weniger kostspielig erwiesen haben als der Durchschnittsbetrieb in ihrem Industriezweig oder die dank der von ihnen getroffenen Unfallverhütungsmaßnahmen voraussichtlich geringere Kosten verursachen werden. Obwohl die Prämienermäßigung nicht sehr erheblich sein kann, wirkt sie doch, gleich einem ausgesetzten Preis, als erstrebenswertes Ziel und kann bei der Unfallverhütungspropaganda gute Dienste leisten. Andererseits sind in den letzten Jahren einige Systeme der Arbeitsunfallversicherung eingeführt worden, die eine gleichmäßige Beteiligung der Arbeitgeber, der Arbeitnehmer und des Staates an der Finanzierung vorsehen.

Wir beschließen diese Lektion mit einer tabellarischen Aufgliederung der Einnahmequellen bei einer Auswahl von Systemen der Sozialen Sicherheit (Tabelle XI). Die Zahlen beziehen sich auf das Jahr 1951 und sind Statistiken entnommen, die vom Internationalen Arbeitsamt im Laufe seiner fortgesetzten Untersuchungen über die Kosten der Sozialen Sicherheit zusammengestellt wurden. Sie geben nicht nur Aufschluß über die Herkunft der Mittel der Sozialversicherungsanstalten und Familienzulagekassen, sondern auch über die Finanzierung des öffentlichen Gesundheitsdienstes, der Sozialfürsorge und der Rentenanstalten für öffentliche Bedienstete und Kriegsoffer. Obwohl die Statistik nur ein Dutzend Länder erfaßt, vermittelt sie doch ein klares Bild von der Vielfalt der Finanzierungsmethoden sowie von der geringen Bedeutung des Kapitalertrags für die heutige Sozialversicherung einiger Länder. Es unterliegt keinem Zweifel, daß die Finanzierungspolitik der Sozialsysteme sich mehr von Zweckmäßigkeitserwägungen als von abstrakten Prinzipien leiten läßt.

TABELLE XI. AUFGLIEDERUNG DER EINNAHMEN DER SYSTEME DER SOZIALEN SICHERHEIT EINIGER LÄNDER NACH IHREN QUELLEN, 1951
(In Prozenten der Gesamteinnahmen)

Land	Beiträge		Steuern	Einkommen aus Kapitalanlagen und sonstigen Quellen	Gesamteinnahmen in Prozenten des Volkseinkommens
	Versicherte	Arbeitgeber			
Belgien	19,1	40,1	37,3	3,5	12,5
Chile ¹	17,1	55,9	16,4	10,6	11,3
Dänemark	11,9	11,9	75,6	0,6	9,3
Deutschland (Bundesrepublik) . .	21,6	37,1	36,3	5,0	20,0
Frankreich	14,8	65,6	18,7	0,9	16,5
Italien	5,6	70,2	21,1	3,1	11,3
Japan	28,1	28,6	36,5	6,8	4,2
Neuseeland	43,6	4,4	51,0	1,0	12,6
Polen	0,0	68,0	30,4	1,6	—
Schweden	9,2	11,2	77,4	2,2	9,0
Vereinigtes Königreich	16,9	15,1	61,3	6,7	11,0
Vereinigte Staaten . .	28,4	62,1	2,3	7,2	6,0

¹ Die Zahlen beziehen sich auf das Jahr 1950.

Fragen

1. Wie erklärt es sich, daß die Ausgaben der Rentenversicherung über einen Zeitraum von vielen Jahren alljährlich wachsen?
2. Wie werden in der Regel die für Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten gewährten Renten finanziert?
3. Geben Sie die Umstände an, unter denen Sie einer Rentenversicherungsanstalt die Bildung eines großen Anlagekapitals empfehlen bzw. nicht empfehlen würden.
4. Zählen Sie die Argumente zugunsten der Beitragspflicht des Arbeitnehmers bzw. des Arbeitgebers auf und geben Sie Ihre persönliche Meinung zu den angeführten Argumenten.
5. Welche Zwecke lassen die staatliche Finanzierung der Sozialen Sicherheit besonders gerechtfertigt erscheinen?

ZEHNTE LEKTION

DIE VERWALTUNG DER SYSTEME DER SOZIALEN SICHERHEIT

Jedes System der Sozialen Sicherheit führt zur Entstehung einer Vielzahl von rechtlichen Ansprüchen und Verpflichtungen. Zunächst müssen Gesetze und Durchführungsbestimmungen ausgearbeitet und von den zuständigen Stellen gutgeheißen werden. Die wirksame Anwendung dieser Bestimmungen erfordert die Aufstellung von Verwaltungsregeln, die zumeist wohl von Beamten des öffentlichen Dienstes entworfen werden. Mag es sich nun um einen Leistungsanspruch oder eine Beitragspflicht handeln, immer wird das Vorhandensein einer mit den Gesetzen im Einklang stehenden ständigen Praxis unerlässlich sein, soll jede Willkür und jedes Messen mit zweierlei Maß unterbunden werden. Doch eine solche Praxis ist im Grunde nichts anderes als ein Mechanismus, dessen Funktionieren mit Verstand gelenkt und überwacht werden muß. Unvorhergesehene Situationen können eintreten und Verbesserungsmöglichkeiten sich anbieten. Ein Verwaltungskörper mit einer Anzahl von Organen mit abgestuften Kompetenzen ist daher vonnöten, dem die Erledigung der laufenden Geschäfte des Systems sowie die Beratung und Festlegung eines Programms innerhalb des ihm vom Gesetz zugewiesenen Zuständigkeitsbereichs obliegt. Da auch Streitfälle über die Auslegung der Gesetzesbestimmungen oder die Richtigkeit von Angaben nicht ausbleiben werden, muß ein rechtsprechendes Organ vorhanden sein.

STÄNDIGE VERWALTUNGSFUNKTIONEN

Die mit der Verwaltung eines beliebigen Systems der Sozialen Sicherheit verbundenen ständigen Funktionen sind mehr oder weniger weitreichend, je nachdem, ob es sich um ein Sozialversicherungs-, Sozialfürsorge- oder ein Universalsystem handelt. Die Gewährung und Auszahlung von Leistungen ist allen Typen gemeinsam, darüber hinaus haben aber die nach dem Versicherungsprinzip arbeitenden Systeme, und nur diese, die zusätzliche Aufgabe, Beiträge einzuziehen und darüber Aufzeichnungen zu führen.

Systeme mit Versicherungscharakter

Systeme mit Versicherungscharakter müssen alle Personen, die zu direkten Beitragszahlungen verpflichtet sind, also die Arbeitgeber und andere nicht in einem Beschäftigungsverhältnis stehende Personen, namentlich erfassen. Die gleiche Aufgabe ist ihnen hinsichtlich der Arbeitnehmer gestellt, außer wenn die Versicherung sich ausschließlich auf Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten beschränkt, denn in diesem Fall leistet der Arbeitgeber lediglich einen nach der Kopfzahl der von ihm beschäftigten Arbeitnehmer bemessenen Pauschalbeitrag, und der Versicherungsträger setzt sich mit dem Versicherten nur in Verbindung, wenn dieser einen Unfall erlitten hat.

Der Versicherungsträger kann von der Existenz beitragspflichtiger Unternehmer entweder durch Anfrage bei den lokalen und zentralen Finanzämtern, den Arbeitsaufsichtsbehörden oder durch verschiedene andere Nachforschungen Kenntnis erlangen. Die für die Erfassung der einzelnen Arbeitgeber erforderlichen Daten sind den Angaben zu entnehmen, die er über seinen Betrieb macht; im Falle einer Versicherung gegen Arbeitsunfälle und andere berufsbedingte Gesundheitsschäden wird er außerdem in die entsprechende Gefahrenklasse eingeteilt. Die Daten zur Erfassung der Arbeitnehmer werden durch den Arbeitgeber übermittelt und umfassen außer Name und Unterschrift auch Geburtsdatum und -ort sowie häufig auch Fingerabdrücke und ein Lichtbild. Jeder Beitragspflichtige erhält eine Kennzahl, die im Verkehr mit dem Versicherungsträger stets anzugeben ist; meist sind die einzelnen Stellen dieser Zahl einem bestimmten Code zugeordnet, so daß sie für statistische Zwecke verwendet und bei Verlust leicht rekonstruiert werden können.

Unerläßlich ist die Führung von Aufzeichnungen über alle von den Arbeitgebern für ihre Belegschaftsmitglieder gezahlten Beiträge. Dagegen ist es nicht immer unumgänglich notwendig, über die für jeden einzelnen Arbeitnehmer geleisteten Beiträge gesondert Buch zu führen. Wenn die Anspruchsberechtigung automatisch durch das bloße Bestehen eines Beschäftigungsverhältnisses bei Eintritt des Versicherungsfalles gegeben oder eine Wartezeit von sehr kurzer Dauer vorgeschrieben ist und das Ausmaß der Leistung von der Zahl der entrichteten Beiträge nicht berührt wird, kann der Versicherte seinen Anspruch schon durch die Vorlage einer vom Arbeitgeber ausgestellten Arbeits- und Lohnbestätigung nachweisen. Das trifft nicht nur bei allen Versicherungen gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten, sondern auch bei manchen Krankenversicherungen zu. Wo jedoch eine Wartezeit von beträchtlicher Dauer zur Bedingung gemacht wird, wie es zum Beispiel bei Arbeitslosen- und Rentenversicherungen geschieht, oder wo für die Geltendmachung des

Anspruchs auf Familienzulagen der Nachweis einer regelmäßigen Beschäftigung gefordert wird, müssen für jeden Arbeitnehmer gesonderte Aufzeichnungen über Beitragsleistung und Beschäftigung geführt werden.

Zwei Methoden kommen in der Hauptsache bei der Abführung der Beiträge zur Anwendung, von denen jede ihre Vorzüge und Mängel hat: die Lohnlistenmethode und die Beitragsmarkenmethode.

Bei Anwendung der erstgenannten Methode führt der Arbeitgeber alle für eine bestimmte Zeitspanne fälligen Beiträge auf einmal ab und legt gleichzeitig eine Durchschrift seiner Lohnliste in der vorgeschriebenen Form vor, in der die Namen aller während dieser Periode ständig oder vorübergehend beschäftigten Personen, das ihnen gezahlte Entgelt und die auf sie entfallenden Beiträge angegeben sind. Danach müssen, wenn die Versicherungsbedingungen eine längere Wartezeit vorsehen, die laut Lohnliste jedem Versicherten gutgeschriebenen Beiträge auf sein persönliches Beitragskonto verbucht werden. Diese Arbeit erfordert viel Zeit, da sämtliche Personalkonten herausgesucht und mit der Lohnliste abgestimmt werden müssen; stehen jedoch elektrische Buchungsmaschinen zur Verfügung, deren Anschaffung sich eine größere Versicherungsanstalt wohl leisten kann, so läßt sich dieser Arbeitsvorgang in kurzer Zeit bewältigen.

Bei der Beitragsmarkenmethode wird für jede versicherte Person eine Versicherungskarte mit bestimmter Laufzeit, etwa für sechs oder zwölf Monate, ausgestellt, die seine Personaldaten enthält und zum Einkleben von Marken bestimmt ist. Die Beschäftigung von Personen ohne Ausstellung einer Versicherungskarte ist unzulässig. Von Zeit zu Zeit erwirbt der Arbeitgeber von der Postverwaltung oder direkt vom Versicherungsträger einen größeren Posten Spezialmarken für die Versicherungskarten aller bei ihm beschäftigten Arbeitnehmer in den verschiedenen, der Höhe der zu entrichtenden Beiträge entsprechenden Werten. Bei jeder Lohnzahlung wird eine Marke des richtigen Wertes auf die Karte aufgeklebt und entwertet. Die Karten bleiben während ihrer ganzen Laufzeit in der Verwahrung des Arbeitgebers und werden den Versicherten nur ausgefolgt, wenn diese sie dem Versicherungsträger bei der Geltendmachung von Ansprüchen, zum Beispiel auf Krankengeld, vorweisen müssen. Am Ende ihrer Laufzeit werden die Versicherungskarten vom Versicherungsträger eingezogen und gegen neue ausgetauscht. Die vollgeklebten Karten dienen als Belege der für jeden Versicherten geleisteten Beiträge und gleichzeitig als Nachweis, daß der Arbeitgeber seinen Verpflichtungen nachgekommen ist.

Die Lohnlistenmethode bietet gegenüber der Beitragsmarkenmethode vor allem dann bedeutende Vorteile, wenn der Beitrag einen genau fest-

gesetzten Prozentsatz des Verdienstes des Versicherten ausmacht oder wenn es sich bei den Versicherten um Angehörige des öffentlichen Dienstes oder um Arbeitnehmer handelt, die lange bei einem und demselben Unternehmen arbeiten. Großunternehmen geben dieser Methode in der Regel den Vorzug. Für die Zwecke der allgemeinen Geschäftsführung und in vielen Ländern auch zwecks Abführung der von den Arbeitnehmern zu entrichtenden Lohnsteuer müssen sie sowieso detaillierte Lohnlisten führen, so daß es kaum Schwierigkeiten bereitet, in einer zusätzlichen Spalte die Sozialversicherungsbeiträge auszuweisen.

Die Beitragsmarkenmethode wurde allem Anschein nach in Deutschland erfunden, wo sie gleichzeitig mit der Einführung der Invaliditäts- und Altersversicherung im Jahre 1889 Eingang fand und noch heute in dieser Sparte zum Teil verwendet wird. Sie wurde von den Engländern 1911 für ihre Kranken- und Arbeitslosenversicherung, 1925 für die Rentenversicherung und 1946 für das jetzige staatliche Versicherungssystem übernommen. Sie ist weniger verbreitet als die Lohnlistenmethode, doch trifft man sie heutzutage beispielsweise in Chile (Kranken- und Rentenversicherung), Indien (Kranken- und Unfallversicherung) und Kanada (Arbeitslosenversicherung) an. Die besten Ergebnisse sind mit dieser Methode zu erzielen, wenn das betreffende Versicherungssystem mit einer geringen Zahl von Beitragsstufen (etwa einem halben Dutzend) auskommt, ja oft ist der Entschluß, sie anzuwenden, der ausschlaggebende oder alleinige Anlaß für die Einteilung der Versicherten in große Lohnklassen oder in Klassen nach Geschlecht und Alter; ansonsten kommt diesen Einteilungsarten nämlich keinerlei besondere Bedeutung zu. Als überlegen erweist sich die Beitragsmarkenmethode in Fällen, in denen der Versicherte in keinem abhängigen Beschäftigungsverhältnis steht oder ein Arbeitnehmer häufig den Arbeitsplatz wechselt, sowie auch bei kleinen Unternehmen mit primitiven Buchhaltungsmethoden oder etwa auch, wenn die Arbeitnehmer des gleichen Betriebes bei verschiedenen Versicherungsanstalten versichert sind. Doch mit dem Aufkommen immer größerer Unternehmen und durch Zusammenlegung und Verschmelzung entstandener großer Versicherungsanstalten — insbesondere in wirtschaftlich entwickelten Ländern —, für die sich die weitgehende Mechanisierung ihrer Buchhaltung als möglich und rentabel erweist, hat das zugunsten der Beitragsmarkenmethode ins Treffen geführte Argument, daß sie einfacher sei, gegenüber früher an Durchschlagskraft verloren. Überdies müssen beim Bestehen chronischer Inflationstendenzen die Lohnklassen oft geändert und neue Markenwerte aufgelegt werden.

Das gleiche Versicherungssystem kann sich in vorteilhafter Weise beider Methoden bedienen, jeder von ihnen für die Fälle, für die sie sich am besten eignet: zum Beispiel für Großunternehmen der Lohnlisten-

methode und für Kleinbetriebe und selbständig Erwerbstätige der Beitragsmarkenmethode. In enger Verbindung mit der Funktion der Beitragserhebung steht die Inspektion von Unternehmen. Jeder Versicherungsträger führt unregelmäßige, aber systematische Inspektionen zur Überprüfung der Lohnzahlungsbücher und anderer Unterlagen durch, um sich zu vergewissern, daß die Beitragszahlungen mit der Anzahl der Beschäftigten und den gezahlten Löhnen übereinstimmen.

Wurden die für einen Versicherten gezahlten Beiträge ihm ordnungsgemäß gutgeschrieben, dann bereiten die Feststellung, ob er die Wartezeit zurückgelegt hat, und die Berechnung der Leistung keine Schwierigkeiten, sobald der Nachweis für den Eintritt eines von dem System gedeckten Versicherungsfalles erbracht wird. Als Nachweis dienen die folgenden Arten von amtlichen Bestätigungen, die entweder vom Antragsteller vorgelegt oder von Beamten der Versicherungsanstalt beschafft werden:

Bescheinigung der Krankheit oder vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit durch einen approbierten Arzt;

Bestätigung der Invalidität oder dauernden Erwerbsunfähigkeit, ausgestellt von einem Vertrauens- oder Amtsarzt oder einer besonderen Ärztekommision;

Geburts-, Heirats- und Todesurkunde, ausgestellt vom zuständigen Standesbeamten;

Arbeitslosenbescheinigung, ausgestellt vom Arbeitsamt.

Manchmal wird eine Bestätigung des Arbeitgebers über Beschäftigungsdauer und zuletzt gezahltes Entgelt verlangt, wenn der Versicherungsträger darüber keine Unterlagen besitzt oder diese verlorengegangen sind; bei Anträgen auf Zahlung von Arbeitslosengeld wird der Arbeitgeber um Auskunft über die Gründe ersucht, aus denen das Arbeitsverhältnis des Antragstellers beendet wurde; ebenso ist er zur Meldung aller Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten verpflichtet, die Arbeitsunfähigkeit zur Folge haben oder — in manchen Fällen — eine ärztliche Behandlung erforderlich machen.

Die Auszahlung von Barleistungen kann auf verschiedene Weise erfolgen. Im allgemeinen werden dem Leistungsempfänger kurzfristige Zuwendungen vom Versicherungsträger persönlich ausgezahlt; auf jeden Fall gilt dies für die Arbeitslosenunterstützung. Das Krankengeld muß jedoch oftmals einem Bevollmächtigten des Leistungsempfängers ausgezahlt werden, und insbesondere, wenn es sich um eine Erkrankung von voraussichtlich längerer Dauer handelt, erfolgt die Zahlung oft durch Postüberweisung. Kranken- und Arbeitslosengeld werden wöchentlich

nach Vorlage einer neuen Bestätigung ausgezahlt. Für die Zahlung von Familienzulagen stehen zwei Möglichkeiten zur Auswahl. Nach dem älteren Verfahren zahlt der Arbeitgeber die Zulage dem Versicherten zusammen mit dem Lohn aus und erhält vom Versicherungsträger den Betrag rückvergütet, um den seine Zahlungen die Summe der von ihm abzuführenden Beiträge übersteigen. Die mehr fortgeschrittenen Systeme bringen dagegen die Familienzulage monatlich durch Postüberweisung oder durch Kassenboten zur Auszahlung, was den Vorteil hat, daß der Betrag in die Hände der Mutter gelangt. Auch für die Zahlung von Renten bestehen zwei Möglichkeiten: entweder durch Postüberweisung oder durch Abhebung bei den Postämtern gegen Vorlage eines Scheckbuches, das zum Bezug einer gewissen Anzahl von Rentenzahlungen berechtigt. In der Regel erfolgen die Rentenzahlungen monatlich postnumerando, doch im Vereinigten Königreich steht es den Rentenempfängern frei, den fälligen Betrag in Raten in beliebigen Zeitabständen von einer Woche bis zu drei Monaten nachträglich abzuheben.

Alle Versicherungsanstalten müssen die statistischen Unterlagen zusammenstellen, die die Geschäftsleitung, die versicherungsmathematische Abteilung und (bei Krankenversicherungen) der ärztliche Berater benötigen, um die Zahlungs- und Leistungsfähigkeit der Anstalt erhalten und die zuständige Stelle verständigen zu können, sobald Änderungen des Gesetzes oder der Durchführungsbestimmungen angezeigt erscheinen. Das statistische Material, das sozusagen als Nebenprodukt der Maßnahmen zur Erfassung der Beitragspflichtigen und Versicherten, zur Erhebung der Beiträge und Auszahlung der Leistungen anfällt, dient nicht nur den Zwecken des Versicherungsträgers, sondern bildet auch eine unübertreffliche Quelle neuester Informationen über den Entwicklungsstand der einzelnen Industriezweige in verschiedenen Gebieten sowie über die Zahl der Beschäftigten und ihre einkommensmäßige Gliederung.

Sozialfürsorge- und Universalsysteme

Bei den auf dem Prinzip der Sozialfürsorge beruhenden oder den die Gesamtbevölkerung umfassenden Systemen erübrigen sich die individuelle Erfassung von Arbeitgebern und Arbeitnehmern, die Einziehung von Beiträgen und die Führung von Aufzeichnungen, mit Ausnahme von Verzeichnissen der Leistungsempfänger und der ausgezahlten Leistungen. Eine Fühlungnahme mit den Versicherten findet nur statt, wenn diese Leistungen beantragen.

Zu den Wesensmerkmalen eines Sozialfürsorgesystems gehört die Verpflichtung jedes Antragstellers, über seine Vermögens- und Ein-

kommensverhältnisse genaue Angaben zu machen, die durch geeignete, den jeweiligen Umständen angemessene Nachforschungen auf ihre Richtigkeit überprüft werden. Der Anspruch auf eine Sozialfürsorgerente hat zur Voraussetzung, daß der Antragsteller während einer vorgeschriebenen Zahl von Jahren seinen ordentlichen Wohnsitz in dem Gebiet gehabt hat, deren Einwohner mit ihren Steuergeldern für die Finanzierung des Systems aufkommen; in diesem Fall muß die Erklärung des Antragstellers durch dokumentarische Unterlagen, beispielsweise die Akten des Einwanderungsamtes, erhärtet werden. Im allgemeinen knüpfen Sozialfürsorge- ebenso wie Universalsysteme die Gewährung von Leistungen an den Besitz der Staatsangehörigkeit, zuweilen aber statt dessen an die Bedingung des ordentlichen Wohnsitzes; die amtlichen Bestätigungen, die oben im Zusammenhang mit den nach dem Versicherungsprinzip arbeitenden Systemen erwähnt wurden, sind natürlich auch für die anderen Systeme von Bedeutung.

BEFUGNISSE UND GLIEDERUNG DER VERWALTUNGSORGANE

Der Verwaltungsapparat eines Systems der Sozialen Sicherheit ist von Gesetzes wegen mit bestimmten Funktionen in einem oder mehreren Geschäftsbereichen ausgestattet; bei der Aufteilung der Funktionen zwischen den Zentralstellen und den örtlichen Außenstellen muß in erster Linie darauf Bedacht genommen werden, welche Lösung den Bedürfnissen der Versicherten am besten entspricht, und zweitens, welche am billigsten zu stehen kommt.

Die Dienstzweige, deren Tätigkeit eine häufige persönliche Fühlungnahme mit den Leistungsempfängern mit sich bringt, müssen Außenstellen in allen Orten unterhalten, wo Angehörige des geschützten Personenkreises in größerer Anzahl wohnen. Diesen Menschen ist es vor allem um die rasche und einfache Erledigung ihrer Anliegen zu tun: sie würden es befremdlich und ärgerlich finden, wenn sie ohne ersichtliche Ursache von einer Stelle zur anderen laufen müßten. Das gilt für alle Kranken- und Arbeitslosenversicherungen; die zuletzt genannten und auch die meisten Krankenkassen müssen darüber hinaus die Möglichkeit haben, jederzeit mit den Arbeitgebern in Verbindung zu treten. Alle ärztlichen Dienste bedürfen einer lokalen und gebietsweisen Organisation. Auch Familienzulagekassen müssen örtliche Dienststellen einrichten, sofern die Gewährung der Leistung an die Voraussetzung einer regelmäßigen Beschäftigung gebunden ist.

Anders liegen die Dinge bei einer Rentenversicherung, wo ein persönliches Zusammentreffen mit dem Leistungsempfänger nur ein einziges Mal stattfindet, worauf seine Rente durch die Post ausgezahlt wird. Hier

wäre die Errichtung von Außenstellen unwirtschaftlich, so daß man mit einer Zentralanstalt auskommen wird.

Eine Versicherung gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten ist zum Teil eine Krankenversicherung und zum anderen Teil eine Rentenversicherung. So wünschenswert ein persönlicher Kontakt mit den Empfängern von Leistungen bei vorübergehender Arbeitsunfähigkeit ist, so sind diese doch in den einzelnen Landesteilen so wenig zahlreich, daß sich die Einrichtung besonderer lokaler Zweigstellen, außer in Städten, wirtschaftlich nicht rechtfertigen ließe.

Die Organisation der einzelnen Zweige der Sozialen Sicherheit läßt zwar in den meisten Ländern hinsichtlich ihrer Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit kaum einen Wunsch offen, doch läßt sich das gleiche von der Gesamtorganisation oft nicht behaupten. Hier kann mit Vorteil Wandel geschaffen werden, indem gemeinsame Dienststellen errichtet und Lücken in dem von den verschiedenen Zweigen gewährten Schutz sowie Kompetenzüberschneidungen beseitigt werden.

In Ländern, deren Systeme der Sozialen Sicherheit aus zu verschiedenen Zeiten geschaffenen und auf verschiedenen Grundsätzen aufgebauten Teilinstitutionen besteht, stößt die rationelle Ordnung des gesamten Systems oft auf Hindernisse. Die Personen, in deren Händen die Verwaltung der einzelnen Zweige liegt, haben ein individuelles oder gemeinschaftliches Interesse an der Erhaltung ihrer Unabhängigkeit. Selbst wenn die Überwindung dieses Widerstandes vom Standpunkt der Tagespolitik aus denkbar wäre, sollte man es sich zweimal überlegen, bevor man eine zwar mit offenkundigen Mängeln behaftete, aber leidlich arbeitende Einrichtung durch eine theoretisch vielleicht bessere, aber noch unerprobte ersetzt. Die Rationalisierung wird wahrscheinlich auf die Errichtung eines großen Verwaltungsapparates hinauslaufen, wodurch die Gefahr einer Verkümmern des persönlichen Unternehmungsgeistes heraufbeschworen wird; dieser Gefahr kommt allerdings wenig Bedeutung zu, wenn es sich nur um die Rationalisierung von gleichförmigen, mechanisch verrichteten Arbeitsvorgängen handelt.

Jedes umfassende System der Sozialen Sicherheit muß Dienstzweige für die Auszahlung von Geldleistungen, die Gewährung ärztlicher Leistungen und für Stellenvermittlung umfassen; erfolgt die Gewährung einer dieser Leistungen auf Grund des Versicherungsprinzips, so muß noch ein weiterer Dienstzweig für das Inkasso der Beiträge vorhanden sein. Theoretisch könnten alle diese Aufgaben von einer Hauptanstalt und ihren örtlichen Nebenstellen erfüllt werden, jedoch würde dies eine Ausklammerung der ärztlichen Betreuung aus dem Aufgabenbereich des öffentlichen Gesundheitsdienstes und der Arbeitsvermittlung aus jenem des Arbeits- oder Sozialministeriums bedeuten. Nun mag es ja vorkom-

men, daß das Gesundheitsministerium aus finanziellen oder vielleicht auch aus weltanschaulichen Gründen nicht in der Lage oder nicht willens ist, für ärztliche Betreuung zu sorgen, es sei denn, um dem Ausbruch von Epidemien vorzubeugen, so daß den Stellen der Sozialen Sicherheit gar nichts anderes übrig bleibt, als sich dieser Aufgabe anzunehmen. Noch nie aber hat man es erlebt, daß ein Arbeits- oder Sozialministerium seine Funktion der Vermittlung von Arbeitsplätzen einer Institution abgetreten hätte, die andere unter den Begriff der Sozialen Sicherheit fallende Leistungen erbringt: im Gegenteil ist die Auszahlung von Arbeitslosenunterstützungen in den meisten Ländern Aufgabe der Arbeitsämter.

Es soll hier keine methodische Untersuchung der zahlreichen Möglichkeiten vorgenommen werden, wie diese Verwaltungsaufgaben miteinander kombiniert oder aufgeteilt werden können, um zu einer rationelleren Organisationsform zu gelangen: begnügen wir uns damit, als Beispiele einige Systeme der Sozialen Sicherheit anzuführen, bei denen dieses Ziel vollständig oder zu einem großen Teil verwirklicht wurde.

In Mexiko und Paraguay wurde die Kranken-, Renten- und Unfallversicherung einer zentralen Anstalt mit Selbstverwaltungsrecht übertragen, die örtliche Zweigstellen unterhält. Die Beitragsverrechnung erfolgt für alle drei Versicherungszweige gemeinsam. Ein einheitlicher, vollständiger ärztlicher Dienst steht zur Verfügung, der nicht dem Gesundheitsministerium untersteht. In einigen anderen lateinamerikanischen Ländern besteht eine gemeinsame Anstalt für die Kranken- und Rentenversicherung. In der Bundesrepublik Deutschland wurden die neuen Familienausgleichskassen bei den althergebrachten Berufsgenossenschaften errichtet, die als Träger der Unfallversicherung fungieren.

In England und Wales und in Neuseeland bestehen für die Verwaltung des Systems der Sozialen Sicherheit, das die ganze Bevölkerung schützt, unter der koordinierenden Leitung eines Ministeriums jeweils drei Regierungsämter, je eines für die Auszahlung von Leistungen, den Gesundheitsdienst und die Arbeitsvermittlung; jedes der drei Ämter unterhält eine Anzahl von über das ganze Land verteilten Außenstellen. Die Einziehung der Beiträge ist in England Aufgabe des für die Gewährung der Barleistungen zuständigen Amtes, da die Bemessung der Leistungen sich nach der Beitragshöhe richtet.

Auch in der Sowjetunion und in den Volksdemokratien bestehen drei Verwaltungsorganisationen für die Sozialversicherung der in den staats-eigenen Unternehmen beschäftigten Arbeitnehmer: Neben der Rentenversicherung, die zentral von der Regierung verwaltet wird, gibt es einen staatlichen Gesundheitsdienst und ferner in jedem Unternehmen eine Stelle, die Zuwendungen bei Krankheit, Mutterschaft und zeitweiliger Arbeitsunfähigkeit infolge Arbeitsunfalls oder Berufskrankheit auszahlt

und über die ordnungsgemäße Abführung der Beiträge durch die Unternehmensleitung wacht.

Frankreich besitzt ein einheitliches System, das alle Risiken mit Ausnahme der Arbeitslosigkeit deckt, sich aber nur auf die städtischen Arbeitnehmer erstreckt. Seine Besonderheit liegt in der Weitverzweigt-heit seiner Organe, die sämtlich Selbstverwaltungsrecht besitzen. Auf lokaler Ebene bestehen zwei Gruppen von Organen nebeneinander: den einen obliegt die Auszahlung der Leistungen bei Krankheit, Mutterschaft, vorübergehender Arbeitsunfähigkeit infolge einer berufsbedingten Erkrankung oder Verletzung, die Erstattung der ärztlichen Behandlungskosten und die Einziehung der Beiträge für die Kranken-, Renten- und Unfallversicherung; die anderen zahlen Familienzulagen und kassieren die Beiträge dafür. Auch die Gebietsverwaltungsstellen gliedern sich in zwei voneinander getrennte Gruppen von Organen, von denen die einen Altersrenten auszahlen, während die anderen die Aufgaben von Gebietszentralen der Unfallversicherung erfüllen und die unter diesem Titel fälligen Renten anweisen. An der Spitze der Pyramide besteht ein Ausgleichsfonds mit gesamtstaatlichem Wirkungsbereich, der für die Verteilung der gesamten eingehenden Beiträge unter den verschiedenen Organen nach Maßgabe der von ihnen geleisteten Zahlungen sorgt.

Bedeutende Verbesserungen und Einsparungen lassen sich erzielen, wenn bestimmte Funktionen eines Dienstzweiges einem anderen abgetreten oder übertragen werden, ohne daß die Dienstzweige selbst zusammengelegt werden. In Dänemark, der Bundesrepublik Deutschland, Norwegen, Österreich und Schweden sind die Krankenkassen für die ärztliche Betreuung und die Gewährung von Geldleistungen bei vorübergehender Arbeitsunfähigkeit infolge von Arbeitsunfall oder Berufskrankheit zuständig. In Österreich obliegt ferner den Trägern der Krankenversicherung die Einziehung der Beiträge für alle Versicherungszweige, in mehreren anderen Ländern werden die Beiträge für die Arbeitslosenversicherung an die Krankenkassen abgeführt. In Belgien erwies sich angesichts der Aufsplitterung der Verwaltungsfunktionen auf eine Vielzahl voneinander unabhängiger Organe die Schaffung einer eigenen gesamtstaatlichen Stelle für die Eintreibung der verschiedenen Arten von Beitragszahlungen als notwendig.

Selbstverwaltung der Sozialversicherung

Die Sozialgesetzgebung Bismarcks bestimmte nach dem Vorbild der englischen Hilfsvereine auf Gegenseitigkeit, daß die zur Verwaltung der Kranken- und der Rentenversicherung geschaffenen Organe von den

Vertretern der Beitragspflichtigen geleitet werden sollten. Der gleiche Grundsatz stand bei der Einführung von Sozialversicherungen in anderen Ländern Europas Pate, und die solcherart entstandene Tradition setzte sich, von Änderungen in Einzelheiten abgesehen, später auch in der Sozialversicherungspolitik in anderen Teilen der Welt fort. Ausnahmen von dieser Regel bilden nur einige wenige Rentenversicherungssysteme und die staatliche Sozialversicherung Großbritanniens. Dagegen kann es nicht wundernehmen, daß fast alle Sozialfürsorge- und Universalsysteme durch Regierungsämter unter Mitwirkung von Vertretungen der lokalen Behörden verwaltet werden.

Vertreterkörperschaften können am ehesten in der Verwaltung der Krankenversicherung eine nutzbringende Tätigkeit entfalten, und in der Tat trifft man sie dort am häufigsten an. Die Mitgliedschaft in diesen Körperschaften bietet vielen unternehmungsfreudigen Menschen Gelegenheit, sich an praktischen Sozialaufgaben zu erproben und Erfahrungen in parlamentarischen Verfahren und Debatten zu sammeln, was besonders für Lohnempfänger ungemein wertvoll ist. Es entsprach der allgemein herrschenden Anschauung, wenn in den beiden 1927 angenommenen Übereinkommen der Internationalen Arbeitsorganisation über die Krankenversicherung (Gewerbe und Landwirtschaft) der Grundsatz betont wurde, daß die Träger der Krankenversicherung Selbstverwaltungsrecht haben und die Versicherten an ihrer Verwaltung mitwirken sollen. Auch im Falle der Rentenversicherung hat das Beispiel Deutschlands in den meisten anderen Ländern Schule gemacht. Allerdings kommen die leitenden Stellen großer Zentralanstalten weniger oft in die Lage, sich mit persönlichen und lokalen Problemen befassen und dabei viel Fingerspitzengefühl und Takt beweisen zu müssen, als die zumeist kleineren Institutionen der Krankenversicherung. Die schwierigen Probleme, die sich bei der Verwaltung einer Rentenversicherung ergeben, nachdem erst einmal eine befriedigende Verwaltungspraxis eingeführt wurde, haben mit der Zahlungsfähigkeit auf lange Sicht und mit der gewinnbringenden Anlage der Reserven zu tun; es ist anzunehmen und auch erwünscht, daß in diesen Dingen Fachleute das entscheidende Wort sprechen. Aus diesem Grunde wird in den Übereinkommen der Internationalen Arbeitsorganisation aus dem Jahre 1933 über die Alters-, Hinterbliebenen- und Invaliditätsversicherung, die sich auf die bis dahin gesammelten Erfahrungen einiger weniger europäischer Länder stützten, ausdrücklich die Wahl zwischen staatlich geleiteten Einrichtungen oder solchen freigestellt, die von Vertretungskörperschaften unter Mitwirkung der Versicherten, eventuell auch der Arbeitgeber und Vertreter des Staates, verwaltet werden, unter der Voraussetzung, daß das Vermögen der Versicherungsträger von den öffentlichen Mitteln getrennt verwaltet werde.

In den meisten Sozialversicherungssystemen, ohne Unterschied der Art, sind die Versicherten und die Arbeitgeber in den Vertretungskörperschaften in gleicher Zahl vertreten. Doch lassen viele Gesetzesbestimmungen der letzten Zeit das Bestreben erkennen, den ersteren mehr Sitze einzuräumen. Die Auffassung, daß das Maß der Vertretung dem geleisteten Beitrag entsprechen solle, hat heutzutage selbst in Deutschland an Boden verloren. Sogar bei der Mehrzahl der Familienzulagesysteme haben die leistungsberechtigten Personen ein Mitspracherecht, obwohl sie keinen Beitrag zahlen. Die Krankenversicherung wird in der UdSSR und in den Volksdemokratien von den Gewerkschaften verwaltet, aber aus den Beiträgen der staatseigenen Unternehmen erhalten. Die als Träger einer Pflichtkrankenversicherung anerkannten Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit werden nach wie vor ausschließlich von ihren Mitgliedern verwaltet, selbst wenn sie, wie in Belgien, Beiträge von den Arbeitgebern erhalten.

Die Mitglieder der Vertretungskörperschaften werden entweder gewählt oder von den bedeutendsten Gewerkschaften und Arbeitgeberorganisationen ernannt; der zweiten Methode wird besonders im Falle von zentralen Körperschaften der Vorzug gegeben.

Vertreter des Staates haben ungefähr ein Drittel der Sitze in den Vertretungskörperschaften der meisten zentralisierten Anstalten inne, da ja die Regierungen die von diesen Anstalten verwalteten Versicherungen mitfinanzieren. Als Vertreter des Staates fungieren meist hohe Regierungsbeamte — mitunter im Ministerrang —, von denen einer *ex officio* den Vorsitz im Vorstand führt. Nicht selten werden auch Vertretern der Ärzteschaft in den Vertreterversammlungen der einzelnen Kassen sowie der Kassenverbände Sitze zugestanden.

Getreu dem englischen Vorbild haben die Sozialversicherungsinstitute gewöhnlich zwei Vertretungskörperschaften: eine beratende Vertreterversammlung und einen von dieser gewählten Vorstand mit beschränkter Mitgliederzahl. Bei ihren, unter Umständen nur einmal im Jahr abgehaltenen, Tagungen prüft die Versammlung den Jahresbericht, berät und beschließt über allgemeine Fragen des Arbeitsprogrammes und nimmt den Haushaltsplan für das kommende Jahr an. Die laufenden Geschäfte werden vom Vorstand erledigt. Zuweilen existiert auch noch ein dritter Verwaltungskörper, und zwar ein Überwachungsausschuß, der dazu berufen ist, im Namen der Versammlung die Tätigkeit des Vorstandes zu beaufsichtigen; in diesem Zusammenhang ist die Tatsache von Interesse, daß in Österreich bei den Trägern der Krankenversicherung die Arbeitgeber im Überwachungsausschuß, dagegen in den anderen Vertretungskörperschaften die Arbeitnehmer in der Mehrheit sind. Der Direktor der Anstalt wird von der Regierung oder von den Vertretungs-

körperschaften ernannt; in beiden Fällen ist es in vielen Ländern üblich, die Anstellungs- und Beschäftigungsbedingungen des Personals so zu gestalten, daß entsprechend qualifizierten Bewerbern eine Lebensstellung geboten wird.

Der Einfluß, den die Vertretungskörperschaften auf die Führung der Geschäfte der Sozialversicherungssysteme nehmen, ist zur Zeit, wie sich bei näherer Betrachtung zeigt, in Rückbildung begriffen, doch gibt es immerhin bedeutsame Ausnahmen. Die Regierungen verstärken ihre Überwachungsmaßnahmen und nehmen dementsprechend auch größere Verpflichtungen auf sich. Diese Verlagerung der Kompetenzen ist seit Ende des zweiten Weltkrieges zutage getreten; sie blieb auf Europa beschränkt, da die Regierungen in anderen Teilen der Welt sich schon immer einen entscheidenden Einfluß in den — meistens zentralisierten — Anstalten vorbehalten haben, denen auch die Tradition der Selbstverwaltung, wie sie den Versicherungsvereinen auf Gegenseitigkeit zu eigen war, fremd ist. Das Übereinkommen über Soziale Sicherheit (Mindestnormen), 1952, nimmt auf diese Entwicklung Bedacht. Für alle Zweige der Sozialen Sicherheit, ob mit oder ohne Beitragspflicht, werden darin nur zwei Grundsätze aufgestellt: erstens, die Regierung hat die Verantwortung für die einwandfreie Verwaltung sowie für das finanzielle Gleichgewicht; zweitens, die geschützten Personen haben auf jeden Fall, die Arbeitgeber und die Behörden unter Umständen, an der Verwaltung teilzunehmen, sofern diese nicht von der Regierung wahrgenommen wird.

Diese Entwicklung ist auf mehrere Ursachen zurückzuführen: einmal auf die Ausdehnung des Geltungsbereichs der Sozialversicherung auf die gesamte Bevölkerung, zum andern auf die Verstärkung der von den Regierungen ausgeübten Aufsicht, die vor allem von dem Bestreben geleitet war, Fälle ungleicher Behandlung der geschützten Personen zu beseitigen.

Auf dem Prinzip der Sozialfürsorge aufgebaute sowie die gesamte Bevölkerung umfassende Universalsysteme der Sozialen Sicherheit werden, wie bereits erwähnt, von Ämtern der gesamtstaatlichen oder lokalen Regierungsbehörden verwaltet. Dagegen ist nichts einzuwenden, da ja die geschützten Personen mit den Wählern der zentralen und örtlichen gesetzgebenden Körperschaften identisch sind. Wo die Sozialversicherung nach und nach praktisch auf die gesamte Bevölkerung ausgedehnt wurde, dürfte es gleichfalls angängig sein, mit der Verwaltung des Systems die Regierung zu betrauen. Trotzdem werden in Finnland und Island die Vorstände des nationalen Versicherungssystems vom Parlament gewählt, womit zweierlei erreicht wird: erstens werden die Interessen der Staatsbürger, in ihrer Eigenschaft als Versicherte und Beitragspflichtige, wahrgenommen, und zweitens wird der ständigen

parteilpolitischen Einmischung in die Verwaltung des Systems ein Riegel vorgeschoben, wiewohl der Gesetzgebung von Zeit zu Zeit Rechenschaft zu legen ist. In ähnlicher Weise werden in Norwegen und Schweden die örtlichen Selbstverwaltungskörperschaften der gesamtstaatlichen Krankenversicherung von den Gemeinden gewählt.

Im nationalen Versicherungssystem des Vereinigten Königreiches bestehen Vertretungskörperschaften nur in Form beratender Ausschüsse auf gesamtstaatlicher und örtlicher Ebene, denen von den Gewerkschaften und Arbeitgebervereinigungen ernannte Personen angehören. Es ist eine Ironie der Geschichte, daß gerade in England, dessen Hilfsvereine auf Gegenseitigkeit vor einem Jahrhundert in ganz Europa in hohem Ansehen standen und auch das Vorbild für den Verwaltungsaufbau der pflichtmäßigen Krankenversicherungen lieferten, dieser ganze Apparat im Jahre 1946 anlässlich der Einführung des Beveridge-Plans mit einem Federstrich aus der Welt geschafft wurde. Ganz besondere Gründe waren für diese Umwälzung maßgebend. Einer davon ist der Gegensatz zwischen der Leistungsfähigkeit staatlich geleiteter Arbeitslosen- und Rentenversicherungssysteme im Vergleich mit dem verwirrenden Durcheinander der Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit, die keine territoriale Basis besitzen und deren Mitglieder über das ganze Land verstreut sind.

In anderen Ländern sind die untersten Verwaltungseinheiten der pflichtmäßigen Krankenversicherung, von wenigen Ausnahmen abgesehen, künstlich geschaffene Gebilde, jedes mit seinem ausschließlichen Wirkungsbereich, und wo sie verwaltungsmäßige Unabhängigkeit besitzen, so steht diese nicht im Widerspruch mit den Grundsätzen einer rationellen Verwaltung. Dennoch sind der Selbstverwaltung solcher Organe enge Grenzen gezogen, wie wir gleich sehen werden.

Selbstverwaltung ist nur im Zusammenhang mit staatlicher Aufsicht denkbar. Die Regierung trägt zur Erhaltung des Systems bei; die Leistungen, zu denen die gezahlten Beiträge berechtigen, müssen ordnungsgemäß angewiesen werden; der Gesetzgeber geht von der Voraussetzung aus, daß der Vertrag erfüllt wird, wenn die mit Selbstverwaltungsrechten ausgestatteten Versicherungsträger die Gesetzesbestimmungen genau einhalten. Die Regierung hat sich davon zu überzeugen, ob die Verwaltungsakte mit dem Gesetz übereinstimmen. Besonders bei der Krankenversicherung stellt sie ständig Unzulänglichkeiten oder Abweichungen von der ihr am besten erscheinenden Praxis fest und schafft durch ständige Erweiterung der Verwaltungsvorschriften Abhilfe. Manche Anstalten sind finanziell besser gestellt als andere, nicht weil sie besser geführt werden, sondern weil die Versicherten vorwiegend aus Arbeitnehmern bestehen, die in ihrem Berufsleben keinen Gefahren für ihre Gesundheit

ausgesetzt sind, seltener von Arbeitslosigkeit betroffen werden oder höhere Löhne erhalten. Die Regierung hält als Vertreterin der gesamten Nation mit Recht dafür, daß diese Glücksgüter nicht den betreffenden Versicherungsträgern allein zugute kommen, sondern auf alle aufgeteilt werden sollen. Die Beiträge werden also für alle Versicherten in gleicher Höhe festgelegt und gemeinsam verwaltet, wie auch die Leistungen allen in gleichem Ausmaß garantiert werden, ohne Rücksicht auf die finanzielle Lage der Anstalt, bei der sie zufällig versichert sind.

Die Bundesrepublik Deutschland ist eines der wenigen Länder, wo sich die Träger der Pflichtkrankenversicherung ihre ursprüngliche weitgehende Selbständigkeit bewahrt haben; jeder von ihnen hat die ihm zufallenden Risiken zu tragen und im eigenen Wirkungsbereich (innerhalb gewisser Grenzen) Beitragshöhe und Ausmaß der Leistungen nach seiner jeweiligen Finanzkraft selbst zu regulieren. In Dänemark genießen die Versicherungsinstitute dank den staatlichen Subventionen ein ausreichendes Maß von Handlungsfreiheit. Auch in Jugoslawien ist der Initiative der gewählten Verwaltungskörper seit der Reform des Sozialversicherungswesens im Jahre 1952 genügend Spielraum gelassen.

Eine Verwaltungsorganisation eigener Prägung weisen die Sozialversicherungssysteme in der UdSSR und den osteuropäischen Ländern auf. Während die Rentenversicherung zentral von der Regierung verwaltet wird, ist die Gewährung kurzfristiger Barleistungen und verschiedener anderer Sozialleistungen Sache der Gewerkschaften, die in jedem Unternehmen von gewählten Vertretern der Belegschaften verwaltete Dienststellen unterhalten. Die ärztliche Betreuung fällt wohl in die Zuständigkeit des staatlichen Gesundheitsdienstes, die Gewerkschaftsorgane aber entscheiden, wer zur Ausheilung von Krankheiten in ein Erholungsheim eingewiesen werden soll, wie sie auch hinsichtlich der Verwendung von Sozialeinrichtungen für Familien und bei der Unfallverhütung ein weitgehendes Mitspracherecht haben. Dadurch ist einer ungewöhnlich großen Anzahl von Versicherten die Möglichkeit geboten, an der Verwaltung der Sozialversicherung und verwandter Angelegenheiten teilzunehmen.

Die vorstehende Übersicht rückt ein wohlvertrautes Dilemma ins Licht: ob die Versicherungssysteme entweder einer straffen Regulierung nach für gerecht befundenen Gesichtspunkten zu unterworfen sind oder eine begrenzte Freiheit genießen sollen, Fehler zu begehen und mit ihren Folgen selbst fertig zu werden. Zweifellos besteht die konkrete Gefahr, daß sich fähige Personen nicht mehr zur Mitarbeit in den Verwaltungskörperschaften hingezogen fühlen, sobald diese ihrer wirklich interessanten Selbstverwaltungsfunktionen entkleidet werden. Die breite Masse der Versicherten wird jedes Interesse an dem Gedanken der Selbst-

verwaltung verlieren und der Regierung gerne die volle Verantwortung überlassen. Wer über diese Aussicht nicht erbaut ist, mag sich mit der Überlegung trösten, daß noch immer genügend Raum für die Schaffung freiwilliger Einrichtungen neuer Art bleiben wird, sofern sich die Regierung auf die Gewährleistung eines Mindestmaßes an Sozialer Sicherheit im gesamtstaatlichen Rahmen beschränkt.

RECHTSMITTEL

Vielerlei Fragen können bei der Verwaltung eines Systems der Sozialen Sicherheit zu Streitigkeiten zwischen diesen oder jenen Parteien Anlaß geben, wobei es sich um Rechtsfragen oder um Tatfragen handeln kann. Bestehen mehrere Versicherungsträger nebeneinander, so kann es zu Streitfällen über die Zuständigkeit kommen. Umfaßt eine Versicherung nicht die ganze Bevölkerung oder gibt es verschiedene Klassen von Versicherten und Arbeitgebern, so müssen in Grenzfällen Entscheidungen getroffen werden. Erfolgt die ärztliche Behandlung und die Versorgung mit Heilmitteln auf Grund von Verträgen mit praktischen Ärzten, Apotheken, Krankenhäusern usw., so müssen Beschwerden über Nichterfüllung des Vertrags unparteiisch überprüft werden und die Möglichkeit gegeben sein, Zwangsmaßnahmen zu ergreifen. Die häufigste Streitursache ist jedoch die Unzufriedenheit eines Antragstellers oder Leistungsempfängers mit der Behandlung seines Antrags oder mit dem Ausmaß der gewährten Leistung. Da die Schaffung einer einheitlichen Rechtsprechungspraxis in Rechtsfragen eine unabdingbare Notwendigkeit ist, muß dafür Vorsorge getroffen werden, daß die Entscheidungen von einer einzigen Spruchstelle getroffen werden, gegen die eine Berufung bei einer höheren Instanz des ordentlichen Gerichtswesens möglich ist. Tatfragen dagegen sollten nach Möglichkeit von lokalen Schiedskommissionen oder Arbeitsgerichten, wo solche bestehen, erledigt werden.

Man wird nur dann von Sozialer Sicherheit sprechen können, wenn der Antragsteller oder Leistungsempfänger ein Rechtsmittel gegen einen Verwaltungsakt einlegen kann, der ihm eine Leistung versagt oder in geringerem Ausmaß gewährt, als ihm seiner Ansicht nach gesetzlich zusteht; die Klage muß von einer von der betreffenden Verwaltungsbehörde unabhängigen richterlichen Instanz geprüft werden. Denn wir dürfen nicht vergessen, daß die Soziale Sicherheit ja dem Bestreben entsprang, dem Arbeitnehmer die Demütigung zu ersparen, die weitgehend unsichere Armenfürsorge in Anspruch nehmen zu müssen.

Die Internationale Arbeitskonferenz hat das Recht zur Ergreifung von Rechtsmitteln in Leistungsstreitsachen von jeher als entscheidend wichtig angesehen und ihm in den von ihr festgelegten Normen für die

verschiedenen Zweige der Sozialen Sicherheit, ob sie auf Beiträgen beruhen oder nicht, in mehr oder weniger eindringlichen und präzisen Ausdrücken Geltung verschafft. So bestimmen beispielsweise die 1933 angenommenen internationalen Arbeitsübereinkommen über die verschiedenen Formen der Rentenversicherung in bezug auf Streitigkeiten über die Gewährung von Versicherungsleistungen:

Diese Streitigkeiten fallen in die Zuständigkeit besonderer Spruchstellen. Sie sind mit Berufsrichtern oder anderen Richtern zu besetzen, die mit dem Zwecke der Versicherung und den Bedürfnissen der Versicherten besonders vertraut oder denen Beisitzer aus den Kreisen der Versicherten und der Arbeitgeber beigegeben sind¹.

Wichtig ist, daß das richterliche Organ, welches immer seine Zusammensetzung sein möge, nicht nur unparteiisch und in den rechtlichen und sozialen Fragen gründlich bewandert ist, die auf den Streitfall Bezug haben, sondern auch, daß es ein rasches und nicht kostspieliges oder sogar unentgeltliches Verfahren anwendet, damit den Grundforderungen einer einwandfreien Rechtspraxis in Leistungsstreitsachen entsprochen wird.

Als erste Instanz der Sozialgerichtsbarkeit findet sich in den meisten Fällen eine dreigliedrige Spruchstelle, bestehend aus einem unabhängigen Vorsitzenden und je einem Versicherten und Arbeitgeber als Beisitzern. In Europa steht dieses Organ üblicherweise außerhalb der Verwaltungshierarchie, besonders in Lateinamerika aber ist es manchmal mit dem obersten Verwaltungsorgan der Versicherung identisch, wobei man der Auffassung ist, daß seine dreigliedrige Zusammensetzung eine gerechte Erledigung verbürgt. In der Sowjetunion und in den Volksdemokratien ist die Möglichkeit der Berufung an die höheren Gewerkschaftsorgane gegeben. In der Bundesrepublik Deutschland werden Leistungsstreitsachen von dreigliedrigen Sozialgerichten behandelt, von denen es drei Instanzen gibt. In Großbritannien gibt es im Rahmen der staatlichen Sozialversicherung — eine ungewöhnliche Errungenschaft bei einem System dieser Art — auf Ortsebene Berufungsspruchstellen mit dreigliedriger Zusammensetzung.

Bei der Mehrzahl der sich im Rahmen der Kranken-, Renten- und Unfallversicherung ergebenden Streitsachen geht es wahrscheinlich um den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit des Antragstellers.

¹ Übereinkommen über Altersversicherung (Gewerbe usw.), 1933, Art. 11; Übereinkommen über Altersversicherung (Landwirtschaft), 1933, Art. 11; Übereinkommen über Invaliditätsversicherung (Gewerbe usw.), 1933, Art. 12; Übereinkommen über Invaliditätsversicherung (Landwirtschaft), 1933, Art. 12; Übereinkommen über die Hinterbliebenenversicherung (Gewerbe usw.), 1933, Art. 14 (mit geringfügigen Abweichungen im Wortlaut); Übereinkommen über die Hinterbliebenenversicherung (Landwirtschaft), 1933, Art. 14 (mit geringfügigen Abweichungen im Wortlaut).

Obwohl hierüber in erster Instanz ein Amtsarzt oder eine Ärztekommision entscheidet, geht die Berufung in der Regel an das rechtsprechende Organ, das sich mit allgemeinen Leistungsstreitsachen befaßt. Demgegenüber hat sich ein anderes sehr rasches Verfahren vollauf bewährt, das bei Streitigkeiten über zeitweilige Arbeitsunfähigkeit angewendet wird: solche Fälle werden z. B. in Frankreich von einem als Schiedsrichter angerufenen Arzt entschieden, auf dessen Person sich der behandelnde Arzt des Antragstellers und der leitende Arzt der Versicherung geeinigt haben. Wenn anderseits der Grad der dauernden Minderung der Erwerbsfähigkeit, der die Voraussetzung zum Empfang von Leistungen bei berufsbedingten Gesundheitsschäden bildet, ausschließlich nach den physischen Folgen der Verletzung oder Erkrankung bemessen wird, wie es im Vereinigten Königreich der Fall ist, kommt der Meinung der Ärzte wohl mit Recht das entscheidende Gewicht zu; daher besteht denn auch in diesem Land als erste Instanz eine Ärztekommision, gegen deren Entscheidung bei einer Spruchstelle Berufung eingelegt werden kann, der ein Jurist und zwei Ärzte angehören.

Fragen

1. *Geben Sie Fälle an, in denen die Beitragsmarkenmethode der Lohnlistenmethode vorzuziehen sein kann.*
 2. *Welche Funktionen können Ihrer Ansicht nach mit Vorteil von verschiedenen Zweigen der Sozialversicherung mit gleichem Wirkungsbereich gemeinsam ausgeübt werden?*
 3. *Halten Sie die Garantie des Staates für die Auszahlung der gesetzlich vorgeschriebenen Leistungen mit der Überlassung weitgehender Selbstverwaltungsrechte an die Versicherungsträger für vereinbar?*
 4. *Wie denken Sie über den Grundsatz, daß die Vertretung verschiedener Interessentengruppen in den Verwaltungskörpern der Sozialversicherungsanstalten sich danach richten sollte, ob sie Beiträge leisten oder nicht?*
-

HINWEISE AUF WEITERES SCHRIFTTUM

VERÖFFENTLICHUNGEN DES INTERNATIONALEN ARBEITSAMTES

- Approaches to Social Security. An International Survey.* Studien und Berichte, Serie M, Nr. 18. Genf 1942, VI + 100 S.
- International Survey of Social Security.* Studien und Berichte, Neue Folge, Nr. 23. Genf 1950, 236 S. (Auch in Französisch erschienen.)
- Problems of Social Security.* Asiatische Regionalkonferenz, Neu-Delhi 1947, Bericht I. Genf 1947, 123 S. (Auch in Französisch erschienen.)
- Social Security.* Regionalkonferenz für den Nahen und Mittleren Osten, Teheran 1951, Bericht III. Genf 1950, 68 S. (Auch in Französisch erschienen.)
- Social Security—Achievements and Future Policy.* Fünfte Konferenz der amerikanischen Mitgliedstaaten der IAO, Rio de Janeiro 1952, Bericht II. Genf 1952, 108 S. (Auch in Französisch erschienen.)
- Social Security for Seafarers.* Studien und Berichte, Serie M, Nr. 19. Genf 1945, VI + 264 S. (Auch in Französisch erschienen.)
- Systems of Social Security: New Zealand.* Genf 1949, 67 S.
- „ „ „ : *United States.* Genf 1954, 107 S.
- „ „ „ : *Great Britain.* Genf 1957, 73 S.
- (Sämtlich auch in Französisch erschienen.)

VERÖFFENTLICHUNGEN DER INTERNATIONALEN VEREINIGUNG FÜR SOZIALE SICHERHEIT

- Die Soziale Sicherheit der selbständig Erwerbstätigen.* X. Generalversammlung, Wien 1951, Bericht II. Genf 1952, 336 S.
- Die Familienzulagen.* XI. Generalversammlung, Paris 1953, Bericht II. Genf 1954, 342 S.
- Die Beziehungen der Träger der Sozialen Sicherheit zur Ärzteschaft.* XI. Generalversammlung, Paris 1953, Bericht IV. Genf 1954, 645 S.
- Krankenversicherung.* XII. Generalversammlung, Mexiko 1955, Bericht II. Genf 1956, 336 S.
- Die Entwicklung der Sozialen Sicherheit in jüngster Zeit.*
- X. Generalversammlung, Wien 1951, Bericht I. Genf 1952, 120 S.
- XI. „ Paris 1953, „ I. „ 1954, 127 S.
- XII. „ Mexiko 1955, „ I. „ 1956, 258 S.
- Die Abkommen auf Gegenseitigkeit über Soziale Sicherheit.* XII. Generalversammlung, Mexiko 1955. Genf 1956, 95 S.
- Social Security Trends — Latin America — Nordic Countries — Near and Middle East — People's Democratic Republics.* (Nachdruck aus dem *Bulletin* der IVSS, Nr. 11-12, 1951, und Nr. 1, 3 und 12, 1952). Genf 1953, 87 S.
- Die Kosten der Sozialen Sicherheit 1949—1951.* Eine internationale Untersuchung des Internationalen Arbeitsamtes. Genf 1955, 108 S.

VERÖFFENTLICHUNG DER EUROPÄISCHEN GEMEINSCHAFT
FÜR KOHLE UND STAHL

Die Systeme der Sozialen Sicherheit für die Arbeiter des Kohlenbergbaus und der Eisen- und Stahlindustrie in der Gemeinschaft sowie in Großbritannien. Band I und II. Luxemburg 1957.

ANDERE VERÖFFENTLICHUNGEN

Bundesrepublik Deutschland.

BRACKMANN, Kurt: *Handbuch der Sozialversicherung*. Eine systematische Darstellung unter besonderer Berücksichtigung der Rechtsprechung. Asgard-Verlag, Lübeck (Loseblattausgabe).

BRÜCKMANN, W.: *Die deutsche Sozialversicherung*. Engel-Verlag, West-Berlin, 3. Aufl. 1951, 244 S.

DOBBERNACK, W.: *RVS Rechtsvorschriften der deutschen Sozialversicherung und Kriegsoferversorgung*. Otto Krausskopf Verlag, Wiesbaden (Loseblattausgabe).

ECKERT, J.: *Die Sozialversicherungsgesetze in der Bundesrepublik Deutschland*, in jeweils geltender Fassung, mit allen Durchführungsverordnungen und -bestimmungen mit Erläuterungen und Verweisungen. C. H. Beck'sche Verlagsbuchhandlung, München (Loseblattausgabe).

VON GELLHORN/ORDA/PETERS: *Reichsknappschaftsgesetze*. Textausgabe mit Anmerkungen. Asgard-Verlag, Bad Godesberg 1957, 195 S.

LAUTERBACH, H.: *Unfallversicherung*. 3. und 5. Buch der Reichsversicherungsordnung. Verlag W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart und Köln (Loseblattausgabe).

LAUTERBACH-NICKL, *Das Kindergeldgesetz*. Erläuterungen für die betriebliche Praxis. Recht und Wirtschaft GmbH, Heidelberg 1955, 88 S.

MAY, W.: *Kinderbeihilfen, ihre Ursachen und Motive*. Bund-Verlag GmbH, Köln-Deutz 1954, 110 S.

SCHMIDT F.: *Die Arbeitslosenhilfe*. Kommentar zu dem Gesetz zur Änderung und Ergänzung des Gesetzes über Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung vom 16. April 1956. Verlag W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart 1956, 284 S.

Deutsche Demokratische Republik.

Das Sozialversicherungsrecht. Zusammenstellung der sozialversicherungsrechtlichen Gesetze, Verordnungen, Durchführungsbestimmungen, Anordnungen, Richtlinien nach dem Stand vom 1. September 1954. Arbeit und Sozialfürsorge, Schriftenreihe, Heft 6. VEB Deutscher Zentralverlag, Berlin, 260 S.

Österreich.

BAKULE, E. und R. JANDA: *Die Unfallversicherung nach dem ASVG*. Österreichischer Gewerkschaftsbund, Schriftenreihe, Nr. 61, Wien 1956, 213 S.

DRAGASCHNIG, A. und E. SCHÄFER: *Die Krankenversicherung und die Allgemeinen Bestimmungen nach dem ASVG*. Österreichischer Gewerkschaftsbund, Schriftenreihe, Nr. 60, Wien 1956, 250 S.

GEHRMANN, V., A. RUDOLPH und H. TESCHNER: *Allgemeine Sozialversicherung ASVG*, mit erläuternden Bemerkungen. Manzsche Verlags- und Universitätsbuchhandlung, Wien 1956 (Loseblattausgabe).

HAMMERL, J. und V. PIGLER: *Die Arbeitslosenversicherung*, mit sämtlichen Durchführungsbestimmungen, eingehenden Erläuterungen und einer übersichtlichen Darstellung des gesamten Rechtsgebietes der Arbeitslosenversicherung. Verlag der C. Überreuterschen Buchdruckerei, Wien 1949, 344 S.

NENTWICH, P. C. und E. SCHRANZ: *Die Pensionsversicherung der Arbeiter, Angestellten und Bergarbeiter nach dem ASVG*. Österreichischer Gewerkschaftsbund, Schriftenreihe, Nr. 62, Wien 1956, 292 S.

Schweden.

TEGNER, Göran: *Die Soziale Sicherheit in Schweden*. Schwedisches Institut, Stockholm. (Deutsche Fassung wurde vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Wien, besorgt). 1956, 111 S.

Schweiz.

BAUMGARTNER, C.: *AHV-Handbuch*. Buchdruckerei Dr. J. Weiss, Affoltern am Albis 1948, 190 S.

BINSWANGER, Peter: *Kommentar zum Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung*. Polygraphischer Verlag, Zürich 1950, 458 S. (Nachtrag 1951: 80 S.).

Bericht der Eidgenössischen Expertenkommission für die Revision der Krankenversicherung und die Einführung der Mutterschaftsversicherung. Bundesamt für Sozialversicherung, Bern 1954, 220 S.

Bericht der Eidgenössischen Expertenkommission für die Einführung der Invalidenversicherung. Bundesamt für Sozialversicherung, Bern 1956, 292 S.

SAXER, A.: *Schweizerische Sozialversicherung*. Separatdruck, Handbuch der Schweizerischen Volkswirtschaft, Ausgabe 1955. Verlag Benteli AG, Bern, 181 S.
