

Quante, Peter

Article — Digitized Version

Entwicklung und Stand der Sozialversicherung in der Bundesrepublik

Wirtschaftsdienst

Suggested Citation: Quante, Peter (1951) : Entwicklung und Stand der Sozialversicherung in der Bundesrepublik, Wirtschaftsdienst, ISSN 0043-6275, Verlag Weltarchiv, Hamburg, Vol. 31, Iss. 11, pp. 19-26

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/131414>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

Entwicklung und Stand der Sozialversicherung in der Bundesrepublik

Dr. Peter Quante, Kiel

Trotz der bedingungslosen Kapitulation Deutschlands am 8. Mai 1945 blieb das bisherige Reichsrecht in Kraft, also auch die Reichsversicherungsgesetze mit allen Änderungs- und Nebengesetzen, Verordnungen usw. — soweit nicht typisch nationalsozialistische Bestimmungen nach den Anordnungen des Kontrollrats ausgemerzt wurden. Da aber die gesetzgeberische Befugnis für die einzelnen Zonen und Länder bis zur Bildung neuer oberster Länder- und Zonenverwaltungen bei den zuständigen Militärregierungen lag, die oft von ganz verschiedenen Gesichtspunkten an ihre Aufgabe herangingen, so entwickelten sich trotz der gleichen Basis in den verschiedenen Gebieten verschiedene Rechtszustände, auch in der deutschen Sozialversicherung. Als Beispiele seien genannt die „Einheitsversicherung“ in der Sowjetzone und in Groß-Berlin sowie die „Einheitskrankenkasse“ in der französischen Zone.

TRAGER DER GESETZGEBUNG SEIT 1945

In einer Hinsicht ergab sich eine Abweichung innerhalb der deutschen Gebiete bereits vor dem Datum des 8. Mai 1945. Unter dem 17. März 1945 ist im Reichsgesetzblatt noch die „Erste Verordnung zur Vereinfachung des Leistungs- und Beitragsrechts in der Sozialversicherung“ erschienen, aber nur noch in der britischen Zone veröffentlicht worden, da Länder der französischen und amerikanischen Zone schon vor dem Zeitpunkt der Veröffentlichung dieser Verordnung besetzt worden waren; sie hat deshalb in diesen Zonen keine Gültigkeit mehr erlangt.

Als sich die innerpolitischen Verhältnisse festigten, haben zunehmend deutsche Dienststellen die Gesetzgebung über die Sozialversicherung wieder in die Hand genommen und dabei, soweit ihre Befugnisse reichten, wieder die notwendige Einheitlichkeit angestrebt. Dies kann hier allerdings nur von den Ländern der drei westlichen Zonen, der späteren Bundesrepublik, gesagt werden. Solche deutschen Dienststellen waren in der amerikanischen und der französischen Zone die neu gebildeten Arbeitsministerien und die Landtage, in der amerikanischen Zone auch der Länderrat in Stuttgart, in der britischen Zone das (Zonen-) Zentralamt für Arbeit in Lemgo, später die Behörden des Vereinigten Wirtschaftsgebietes, besonders der Wirtschaftsrat in Frankfurt. In der britischen und der amerikanischen Zone war im übrigen Grundsatz, daß das frühere Recht weiter galt, soweit es nicht mit Anordnungen der Militärregierung in Widerspruch stand oder durch neue Rechtssatzung geändert oder aufgehoben wurde. In der britischen Zone erließ die englische Militärregierung (Manpower Division) eine größere Zahl von Sozialversicherungsdirektiven, die später vom Zentralamt in Lemgo ergänzt oder auch abgelöst wurden.

Wichtig ist in diesem Zusammenhang das von der Militärregierung erlassene Gesetz Nr. 63: Drittes Gesetz zur Neuordnung des Geldwesens (Umstellungsgesetz) vom 27. Juni 1948; es schreibt im § 23 vor: „Die Neuordnung der Sozialversicherung liegt den deutschen gesetzgebenden Körperschaften ob. Bis zu einer solchen Neuordnung sind die Versicherungsleistungen zu demselben Nennbetrag in Deutscher Mark zu bewirken, wie sie bisher in Reichsmark zu bewirken waren... Die Landesregierungen können die Versicherungsleistungen und die Beiträge bis zum Erlaß der im Satz 1 vorgesehenen Gesetze anderweitig festsetzen.“ Damit war also die Zuständigkeit der deutschen gesetzgebenden Körperschaften auf dem Gebiet der Sozialversicherung festgestellt.

Dem Wirtschaftsrat des Vereinigten Wirtschaftsgebietes waren ursprünglich Aufgaben der Sozialpolitik und der Sozialversicherung nicht zugewiesen. Das geschah dann durch die Anordnung Nr. 1 der Militärregierung, erlassen auf Grund des Art. II Nr. 5 der Proklamation Nr. 7 der Militärregierung, wonach der Wirtschaftsrat das Recht zur Annahme und zum Erlaß von Gesetzen über Angelegenheiten von grundlegender Bedeutung hat, die mehr als ein Land angehen, so unter anderem über die Sozialversicherung, insofern ihre Einheitlichkeit in dem Vereinigten Wirtschaftsgebiet notwendig ist. Von dieser Ermächtigung hat der Wirtschaftsrat Gebrauch gemacht, vor allem mit dem Gesetz über die Anpassung von Leistungen der Sozialversicherung an das veränderte Lohn- und Preisgefüge und über ihre finanzielle Sicherstellung vom 17. Juni 1949 (gültig in der Fassung des Gesetzes vom 10. August 1949) — bekannt als „Sozialversicherungs-Anpassungsgesetz“ — mit Durchführungsverordnung vom 27. Juni 1949. Weiter sind zu nennen das Gesetz über Verbesserungen der gesetzlichen Unfallversicherung vom 10. August 1949, das „Knappheitsversicherungs-Anpassungsgesetz“ vom 30. Juli 1949 und das Gesetz über die Behandlung der Verfolgten des Nationalsozialismus in der Sozialversicherung vom 22. August 1949. Eine Reihe von wichtigen Gesetzentwürfen sind unerledigt geblieben, so vor allem solche über die Wiederherstellung der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung¹⁾, über Änderungen von Vorschriften in der gesetzlichen Krankenversicherung, über Leistungen an Wöchnerinnen (Mutterschutzgesetz), über Neuregelung des Arztrechts usw. Mit dem Zusammentritt des Bundestages hat das Gesetzgebungsrecht des Wirtschaftsrats sein Ende gefunden. Durch das Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland, insbesondere die Artikel 70—87 und 122—129, ist die Zuständigkeit der Länder auf dem

¹⁾ Hier ist erst unter dem 22. Februar 1951 das Bundesgesetz über die Selbstverwaltung und über Änderungen von Vorschriften auf dem Gebiet der Sozialversicherung ergangen.

Gebiet der Sozialversicherung weitgehend eingeschränkt worden. Dabei fällt die Sozialversicherung einschl. der Arbeitslosenversicherung unter die „konkurrierende Bundesgesetzgebung“ (Art. 74, Ziff. 12).

DER RECHTSSYSTEMATISCHE CHARAKTER

Wie sich bereits aus diesem kurzen rechtsgeschichtlichen Überblick ergibt und wie es sich bei der Betrachtung der materiellen Änderungen nach 1945 noch bestätigen wird, hat sich in der Bundesrepublik im Grundsätzlichen der reichsdeutschen Sozialversicherung nichts geändert. Das tritt besonders bei einem Vergleich etwa mit der modernen staatlichen Heilbehandlungs-Gesetzgebung in Großbritannien hervor. Wer britischer Staatsbürger ist und wer sich (z. B. durch die Lebensmittelkarte) als Berechtigter ausweisen kann, hat ohne Rücksicht auf Berufsstellung und Einkommenshöhe einen Anspruch auf freie ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei, Heilmitteln usw. Für diese Leistungen werden keine speziellen Beiträge entrichtet, sondern sie werden genau so wie andere allgemeine öffentliche Leistungen lediglich aus den allgemeinen staatlichen Finanzmitteln (Steuern, Abgaben usw.) gewährt.

Im Gegensatz zu Großbritannien (soweit es sich hier um ärztliche Versorgung handelt) hat Deutschland für alle Gebiete des einschlägigen Sozialrechts am **Versicherungsgedanken** festgehalten, bei dem Leistung und Gegenleistung sich für die an der Versicherung Beteiligten in ihrer Gesamtheit ausgleichen und durch den Einzelbeitrag das Risiko des einzelnen gedeckt wird (so nach A. Manes). Zum Unterschied von der nach individualistischen Gesichtspunkten zustandekommenden Privatversicherung ist die Sozialversicherung keine Vertrags-, sondern eine **Zwangsversicherung**, das heißt, die Versicherung tritt zwangsläufig mit dem Augenblick ein, in dem die vom öffentlichen Recht bestimmten gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind. Trotz dieses Zwangscharakters bestehen weitgehende Parallelen mit dem System der Privatversicherung etwa in dem Verhältnis der Einzelbeiträge zu den Leistungen, auf die ein Rechtsanspruch besteht. Die deutsche Sozialversicherung ist mit Recht als „organisierte Selbsthilfe mit staatlichem Zwange“ bezeichnet worden. Wesentlich ist — früher und heute — für ihren Gedanken, daß (grundsätzlich) weder Almosen noch Versorgungsleistungen gewährt, sondern im Wege der Eigenhilfe die Mittel aufgebracht werden und im Versicherungsfall ein rechtlicher Leistungsanspruch gegeben ist. Einerseits besteht zwar Versicherungszwang für alle in einem entsprechenden Arbeitsverhältnis stehenden Personen, aber andererseits ist auch freiwilliger Eintritt und freiwillige Weiterversicherung bei Beendigung der versicherungspflichtigen Beschäftigung möglich.

Wenn Manes auch als wesentlich für die deutsche Sozialversicherung ihren Zwangscharakter bezeichnet, so weist er doch energisch die Behauptung zurück, als wenn „durch den Versicherungszwang eine staatliche Bevormundung der versicherten Bevölkerung herbeigeführt werde, die diese Kreise von ihrer wirtschaft-

lichen Selbständigkeit entwöhne und ihre persönliche Freiheit in unzulässiger Weise eindämme“. Für die Sozial-Unfallversicherung hebt er hervor, daß „nur eine Beseitigung der zivilrechtlichen Grundsätze des Schadenersatzes und die Einführung einer auf dem Boden öffentlich-rechtlicher Fürsorge stehenden Einrichtung geeignet schien, in umfassender und zweckmäßiger Weise das Problem zu lösen“.

Mit diesen Ausführungen dürfte der rechtssystematische Charakter der deutschen Sozialversicherung im Vergleich mit andersartigen Auffassungen hinreichend geklärt und seine unveränderte Geltung für die Bundesrepublik genügend hervorgehoben sein. Somit dürfen wir uns jetzt im einzelnen den bereits erwähnten materiellen Änderungen im Recht der Sozialversicherung seit 1945 zuwenden.

MATERIELLE ÄNDERUNGEN IM SOZIALVERSICHERUNGSRECHT

1. Der Kreis der Versicherten

Was den Kreis der versicherten Personen oder den Umfang der Sozialversicherung angeht, so ist dieser in Auswirkung des Besatzungsrechts und zur Behebung der Kriegsfolgen folgendermaßen erweitert worden: Die bei den Besatzungs- und Militärbehörden beschäftigten Deutschen und ausländischen Zivilarbeiter werden nach den Vorschriften der RVO, der Arbeitslosenversicherung usw. behandelt. Dabei bestehen zwar zonen- und länderweise verschiedene Vorschriften (auf die hier nicht eingegangen werden kann) über die Art der Beitragszahlung, die Kassenzuständigkeit usw., aber der Grundsatz ist, daß all diesen Personen dieselben Vorteile zugute kommen sollen wie den übrigen von der Sozialversicherung Erfassten. Diese Vorschriften beziehen sich auch auf die polnischen Wachmannschaften und auf die DPs. in Sammellagern, ebenso auch auf die Mitglieder der „Dienstgruppen“ (frühere Wehrmatsangehörige) und des „Zivilen gemischten Wachdienstes“ und ähnlicher Organisationen in der britischen Zone. Besondere Vorschriften waren erforderlich für die versicherungsrechtliche Betreuung der Flüchtlinge, Rückwanderer und Umgesiedelten, um ihnen vor allem die Möglichkeit einer freiwilligen Weiterversicherung zu verschaffen, soweit sie noch keine normale Beschäftigung aufgenommen hatten. Für die ehemaligen Kriegsgefangenen und Internierten brachte die französische Zone genaue Bestimmungen, so das Land Rheinland-Pfalz in dem Landesgesetz über die Krankenversicherung zurückgekehrter Kriegsgefangener und Internierter sowie ihrer Familienangehörigen vom 11. Januar 1949.

Im gesamten Bundesgebiet brachte dann das Gesetz über Hilfsmaßnahmen für Heimkehrer (Heimkehrergesetz) vom 19. Juni 1950 diesem Personenkreis einen wirksamen Schutz in sozialrechtlicher Beziehung. So wurde für die Heimkehrer eine besondere Arbeitslosenhilfe analog den Vorschriften des Arbeitslosenversicherungsgesetzes geschaffen und ihnen Erleichterungen in der sonstigen Sozialversicherung gewährt. Allgemein erweitert wurde der Kreis der Versicherten durch die Vorschrift des Sozialversicherungs-Anpassungsgesetzes (SVAG) in § 9, wonach die Versiche-

rungspflichtgrenze in der Krankenversicherung — die als solche nur für Angestellte gilt — auf 4500 DM jährlich erhöht wurde.

Abgesehen von den genannten Änderungen und Erweiterungen sind also gegenwärtig die gleichen Bestimmungen für Versicherungspflicht, Versicherungsfreiheit und Versicherungsberechtigung (freiwillige Versicherung) maßgebend wie vor dem 8. Mai 1945. Dabei ergeben sich aber gelegentlich Unterschiede zwischen den Zonen, besonders zwischen der britischen und den anderen Zonen wegen des eingangs erwähnten Reichsgesetzes vom 17. März 1945. So unterliegen Beschäftigte, die nur freien Unterhalt beziehen, in der britischen Zone — und nur in dieser — auch der Invaliden- und Angestelltenversicherung. Dasselbe gilt für Personen, die invalide sind oder wegen Invalidität oder Alters Invaliden- oder Witwenrenten beziehen; allerdings sind sie dann von der Zahlung ihres Beitragsanteils befreit. In der amerikanischen und französischen Zone tritt die Beitragspflicht in der Angestelltenversicherung nicht ein, wenn ein bisher Nichtversicherter erst nach Vollendung des 60. Lebensjahres (erstmalig) versicherungspflichtig wird, wohl aber in der britischen Zone.

2. Die Aufbringung der Mittel

Die Aufbringung der Mittel für die Versicherung hat sich in wesentlichen Punkten geändert. Neu ist vor allem die Bestimmung des § 12 SVAG (gültig vom 1. Juni 1949), daß die Beiträge zur Krankenversicherung je zur Hälfte von den Arbeitgebern und den Arbeitnehmern getragen werden. Bis dahin hatten nach § 381 RVO die Arbeitnehmer zwei Drittel der Beiträge tragen müssen.

Der (von Arbeitgebern und Arbeitnehmern je zur Hälfte zu tragende) Beitrag zur Invaliden- und zur Angestelltenversicherung betrug bis Ende Mai 1949 5,6% des Grundlohnes. Durch das SVAG wurde er dann auf 10% des Entgelts erhöht. Dabei wird für Krankenversicherungspflichtige derselbe Grundlohn (je nachdem Lohnstufen, Mitgliederklassen, wirklicher Arbeitsverdienst) zugrunde gelegt, der für die Beiträge zur Krankenversicherung maßgebend ist. Bei gering verdienenden Arbeitnehmern trägt der Arbeitgeber den Beitrag allein, und zwar bei Angestellten bis zu einem Monatsverdienst von 52 DM, bei Arbeitern bis zu einem Wochenlohn von 6 DM in der amerikanischen und französischen Zone und von 12 DM in der britischen Zone.

An einigen Beispielen soll gezeigt werden, wie sich die Beitragserhöhung in den „Rentenversicherungen“ im einzelnen auswirkt: für einen Arbeiter mit einem Wochenlohn von mehr als 36 bis 42 DM war der Beitrag vor dem 29. Mai 1949 2,10 DM, für mehr als 42 bis 48 DM: 2,40 DM. Nach dem 29. Mai 1949 stieg der Beitrag für einen Wochenlohn von mehr als 36 bis 48 DM auf 4 DM. Die höchste Klasse (ohne freiwillige Beträge) von mehr als 48 DM Wochenlohn erforderte vor dem 29. Mai 1949 2,70 DM, die höchste Klasse von mehr als 120 DM nach diesem Tage

13 DM Beitrag. In der Angestelltenversicherung betrug der Beitrag für mehr als 300,30 bis 400,40 DM Monatsgehalt vor dem 31. Mai 1949 16 DM, nachher für mehr als 300 bis 400 DM: 35 DM. Die höchste Klasse von über 501,80 DM erforderte vor dem Stichtag 25 DM, von über 500 DM nachher 55 DM Beitrag. Der Beitrag zur Arbeitslosenversicherung, der ebenfalls je zur Hälfte von den Beteiligten getragen wird, wurde durch § 14 SVAG von bisher 6,5 auf 4% des Entgelts ermäßigt.

In der knappschaftlichen Rentenversicherung (§ 3 des Knappschaftsversicherungs-Anpassungsgesetzes, das insoweit die §§ 15—17 des SVAG ändert) beträgt vom 1. Juni 1949 ab der Gesamtbetrag 22,5% des Entgelts (bis zur Höhe von 700 DM monatlich). Von diesem Beitrag trägt der Unternehmer 14,5%, der Versicherte 8% des Entgelts. Vorher waren die entsprechenden Sätze bei einem Höchstentgelt von monatlich 600 DM 20 bzw. 13 bzw. 7% des Entgelts. Zur knappschaftlichen Krankenversicherung werden 6% des Entgelts aufgebracht, und zwar je 2,5% vom Unternehmer und von den Versicherten, während der Rest von einem Prozent bis 31. Mai 1949 von der Arbeitslosenversicherung aufgebracht wurde. Diese Restquote wurde vom 1. Juni 1949 ab von den Ländern, vom 1. April 1950 ab vom Bund übernommen. Einen Beitrag zur Arbeitslosenversicherung gibt es in der Knappschaftsversicherung nicht.

An der Aufbringung der Mittel war bis zum 8. Mai 1949 das Deutsche Reich (bei der Knappschaftsversicherung der Reichsstock für Arbeitseinsatz) mitbeteiligt, soweit nicht andere Wege beschritten wurden, um die Leistungen der einzelnen Versicherungsträger zu decken. So war in der Krankenversicherung bereits 1934 (Gesetz über den Aufbau der Sozialversicherung vom 5. Juli 1934) eine „Gemeinlast“ vorgesehen gewesen zum Ausgleich ungerechtfertigter Unterschiedlichkeiten in der Höhe der Beiträge und Leistungen; im allgemeinen sollte ja der Beitragsatz nicht höher als 6% des Entgelts sein, durfte aber, wenn es die Regelleistungen erforderten, noch darüber hinaus (über 7,5, ja über 9%) gesteigert werden. Nach § 13 SVAG sind folgende Maßnahmen möglich, „um die Aufrechterhaltung der von einer Krankenkassenart nach den gesetzlichen Vorschriften und den Kassensatzungen zu deckenden Leistungen zu gewährleisten“: Ausgleich im Verband dieser Kassenart für den Bezirk eines Oberversicherungsamts oder für den Bereich eines Landes, gegenseitige Hilfeleistung der einzelnen Kassenarten in einer Arbeitsgemeinschaft oder mit behördlichem Eingreifen des Direktors des OVA oder der obersten Arbeitsbehörde eines Landes oder des Direktors der Verwaltung für Arbeit im Vereinigten Wirtschaftsgebiet — später der Bundesbehörde.

In der Rentenversicherung hatte das Reich bis zur Kapitalation erhebliche Zuschüsse gewährt, so hatte es die „Grundbeträge“ der Invalidenrenten aufgebracht (§ 1268 RVO) und einen jährlichen Reichsbeitrag von 204 Mill. RM geleistet (§ 1384 RVO), ferner eine allgemeine Garantie für etwa fehlende Mittel übernom-

men. Die Grundbeträge haben vom 1. Juni 1949 ab die Länder, vom 1. April 1950 ab der Bund übernommen. Der jährliche Reichsbeitrag ist bisher noch nicht gesetzlich neu verankert, doch kann die Invalidenversicherung auf die Dauer diese finanzielle Hilfe nicht entbehren. Zunächst ist durch § 5 SVAG eine gegenseitige Hilfeleistung der Invaliden- und der Angestelltenversicherung in Aussicht genommen worden, wegen derer der Direktor der Verwaltung für Arbeit (des Vereinigten Wirtschaftsgebietes) im Einvernehmen mit bestimmten Ausschüssen das Erforderliche anzuordnen hatte. Darüber hinaus sollten die Länder die notwendigen Mittel aufbringen. § 6 des gleichen Gesetzes regelt für beide Versicherungen das „Gemeinlastverfahren“, in das nach § 4 des Bundesgesetzes über die Gewährung von Zulagen in den gesetzlichen Rentenversicherungen und über Änderungen des Gemeinlastverfahrens vom 10. August 1951 („Rentenzulagegesetz“) auch die Beiträge zur Krankenversicherung der Rentner einbezogen werden (rückwirkend vom 1. April 1950). Die durch das Rentenzulagegesetz entstehenden Mehraufwendungen werden in § 3 dem Bund auferlegt, jedoch trägt der Bund von diesen Mehraufwendungen bis zum 31. März 1952 nur 80 %, den Rest die Versicherungsträger (Landesversicherungsanstalten), auch für die Angestelltenversicherung. Wie sich aus diesen Ausführungen ergibt, entstehen durch die Einbeziehung neuer Personenkreise und durch die erhöhten Leistungen höhere Ausgaben für die einzelnen Versicherungszweige, die nur zum Teil durch höhere Einnahmen aus den Beiträgen der Versicherten — Neuversicherte, höhere Lohnklassen, höhere Prozentsätze — gedeckt werden. Durch die Übernahme eines großen Teiles der Mehrkosten auf Länder und Bund ist bereits anerkannt worden, daß es unbillig wäre, diese Lasten den Versicherungsträgern aufzubürden, die ja grundsätzlich im Versicherungswege aufgebrauchte Mittel an eben die Versicherten ausschütten sollen. Aus diesem Grunde erstattet auch z. B. der Bund den Versicherungsträgern den Aufwand für die Leistungen an Heimkehrer, die die Leistungen übersteigen, auf die der Heimkehrer nach den normalen Sozialversicherungsbestimmungen Anspruch gehabt hätte. Ähnliches gilt für die Mehraufwendungen, die durch das Gesetz vom 27. August 1949 über die Behandlung der Verfolgten des Nationalsozialismus in der Sozialversicherung entstehen; hier hat das Land, in dem der Versicherungsträger seinen Sitz hat, die Mehrkosten zu erstatten.

Da all den genannten Personenkreisen eine schnelle und ausreichende Hilfe nicht versagt werden durfte und die Einrichtungen der Sozialversicherung ohne die umständliche Errichtung neuer Dienststellen eine solche alsbaldige Hilfe gewähren konnten, war und ist es selbstverständlich, daß die Sozialversicherung zunächst mit dieser neuen Aufgabe belastet wurde. Das kann aber auf die Dauer nicht so bleiben, wobei davon abgesehen werden soll, daß im Laufe der Zeit ein Teil des Aufwandes von selbst wieder fortfällt. Der Bundesarbeitsminister Storch hat deshalb auf

dem deutschen Krankenkassentag in Frankfurt am Main (22. Oktober 1951) eine Neuordnung der Sozialversicherung angekündigt, bei der es darauf ankomme, die Sozialversicherung von den Wohlfahrtsausgaben, die ihr heute noch übertragen seien, zu entlasten. Damit will also offenbar der Bund die Merkmale der „Staatslast“ — wie etwa bei der britischen Krankenbehandlung — in der gegenwärtigen Sozialversicherung wieder beseitigen und zum möglichst reinen Versicherungs-System zurückkehren.

3. Beitragserhebung

Das gegenwärtige System der Beitragserhebung ist noch das gleiche wie vor der Kapitulation. Maßgebend ist für Krankenversicherung, Rentenversicherung und Arbeitslosenversicherung noch die Zweite Verordnung über die Vereinfachung des Lohnabzugs vom 24. April 1942 (mit Durchführungsverordnung vom 15. Juni 1942), die das Beitragsverfahren zur Sozialversicherung für die versicherungspflichtigen Arbeiter und Angestellten vom 1. Juli 1942 an auf eine neue Grundlage gestellt hat. Danach werden die Beiträge zur Kranken-, Renten- und Arbeitslosenversicherung in einer Summe vom Bruttogehalt des Arbeitnehmers abgezogen und mit den Arbeitgeberanteilen zusammen an die Krankenkasse abgeführt. Als gemeinsame Bemessungsgrundlage gilt der Grundlohn, der für die Beiträge der Krankenversicherung maßgebend ist. Durch diese einheitliche Grundlage ist es möglich, trotz unterschiedlicher Voraussetzungen im einzelnen, für die Beiträge, die in den oben genannten Hundertsätzen erhoben werden, Beitragstabellen zu erstellen, aus denen die für die Versicherungspflichtigen zu entrichtenden Beiträge einfach abgelesen werden können. Früher hat das Statistische Reichsamts (Abteilung III für Sozialstatistik) solche Tabellen herausgegeben; im Laufe des Jahres 1949 hat die Verwaltung für Arbeit (des Ver. Wirtschaftsgebiets) neue Richtlinien für die Aufstellung von Sozialversicherungs-Beitragstabellen herausgegeben. Dabei ergeben sich verschiedene „Beitragsgruppen“, je nachdem, ob es sich um Arbeiter oder Angestellte und bei diesen wieder etwa um solche handelt, die nicht krankenversicherungspflichtig sind, ferner, wenn es sich um Beschäftigte in der Land- und Forstwirtschaft handelt, die unter bestimmten Voraussetzungen nicht zur Versicherung gegen Arbeitslosigkeit verpflichtet sind. Dann werden noch die Beiträge zur Krankenversicherung bei solchen Versicherten gekürzt, deren Anspruch auf Kranken- und Hausgeld wegen Fortzahlung des Arbeitsentgelts ruht (§ 189 RVO).

Beitragsschuldner ist nach wie vor der Arbeitgeber. Er hat die Beiträge für seine Versicherungspflichtigen in der vollen aus den Tabellen ermittelten Höhe (normalerweise) bei der Krankenkasse einzuzahlen. Er darf aber jeweils für die letzte und die vorletzte Lohnzahlung — weiter zurück ist es nicht statthaft — dem Versicherungspflichtigen seinen Anteil vom Barlohn abziehen. Die selbständigen Versicherungspflichtigen (in der Krankenversicherung z. B. Hausgewerbetreibende, Lehrer und Erzieher, Wochenpflegerinnen), die

freiwillig Versicherten oder Versicherungs berechtigten und die Mitglieder der Ersatzkassen haben ihre Beiträge selbst einzuzahlen.

Bei der Rentenversicherung (Invaliden- und Angestelltenversicherung) ergeben sich durch die Verordnung vom 24. April 1942 verschiedene Beitragsverfahren. Für die in einem Beschäftigungsverhältnis stehenden Arbeiter und Angestellten werden die Beiträge, wie geschildert, durch Barabführung an die Krankenkasse entrichtet. Zum Nachweis der Beitragsleistung trägt seit Mitte 1942 der Arbeitgeber nach Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses, spätestens aber nach Ablauf jedes Kalenderjahres, in die Quittungskarte des Arbeiters bzw. die Versicherungskarte des Angestellten die Beschäftigungszeit und das gesamte Entgelt für den betreffenden Zeitraum ein. Für die übrigen Versicherten ist es bei dem bisherigen Beitragsverfahren, nämlich Einkleben von Beitragsmarken in die Quittungs- bzw. Versicherungskarte, geblieben, wodurch gleichzeitig die Beitragsleistung nachgewiesen ist. Hierbei handelt es sich um die selbständigen Pflichtversicherten (Lehrer und Erzieher, Artisten, Hebammen), die unständig Beschäftigten, die freiwillig Versicherten, die Weiterversicherten, die freiwillig Höhrversicherten und die Handwerker nach dem Gesetz über Altersversorgung des deutschen Handwerks vom 21. Dezember 1938.

Die auf die oben geschilderte Weise an die Krankenkassen abgeführten Versicherungsbeiträge werden dann nach Maßgabe der einzelnen Beitragsätze auf die zuständigen Versicherungsträger verteilt. Das sind neben den Krankenkassen (Orts-, Land-, Betriebs-, Innungskrankenkassen, Seekrankenkasse, Reichsknappschaft) die Landesversicherungsanstalten (für die Invalidenversicherung und z. Z. treuhänderisch für die Angestelltenversicherung an Stelle der RfA), die Reichsknappschaft (für die Rentenversicherung in knappschaftlichen Betrieben), schließlich an Stelle der Reichsanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung zunächst die Landesarbeitsämter und die Arbeitsämter, neuerdings gemäß Bundestagsbeschlus vom 10. Juli 1951 eine neue Bundesanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung. Die Berufsgenossenschaften als Träger der Unfallversicherung stehen außerhalb dieses Rahmens, da von jeher die Mittel für die Unfallversicherung allein von den Arbeitgebern (neben Privatbetrieben Bund, Länder, Gemeinden und Gemeindeverbände für die von ihnen betriebenen Unternehmen, für Körperschaften, Stiftungen und Anstalten des öffentlichen Rechts, auch für die Betriebe der Feuerwehren usw.) aufgebracht werden, und zwar nach einem Umlageverfahren.

4. Versicherungsleistungen

Besonders tiefgreifend und für die Betroffenen überaus wichtig sind die Änderungen auf dem Gebiet der Versicherungsleistungen (in der RVO und anderswo als „Gegenstand der Versicherung“ bezeichnet). Auf diese Leistungen soll deshalb etwas ausführlicher eingegangen werden, und zwar in der Unterteilung nach den Versicherungszweigen.

In der Krankenversicherung ist bereits durch den Erlaß des früheren Reichsarbeitsministers über Verbesserungen in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 2. November 1943 die Begrenzung der Krankenpflege (Sachleistungen der Krankenhilfe) auf 26 Wochen nach § 183 RVO fortgefallen, so daß sie seitdem ohne zeitliche Begrenzung gewährt wird. Dagegen wird nach wie vor Krankengeld (bei Arbeitsunfähigkeit) bis zu 26 Wochen gezahlt; allerdings entsteht nach dem genannten Erlaß bei wiedererlangter Arbeitsfähigkeit, aber noch bestehender Behandlungsbedürftigkeit, dann ein neuer Anspruch auf Krankengeld für die Dauer von 26 Wochen, wenn der Versicherte wegen einer neuen Krankheit arbeitsunfähig wird. Über die von dem Versicherten bei der Abnahme von Arzneien usw. (nach § 182a RVO) zu entrichtende Arzneikostengebühr bestehen infolge der oben erwähnten Vo. zur Vereinfachung des Leistungs- und Beitragsrechts usw. vom 17. März 1945 für die britische Zone einerseits und die amerikanische und französische Zone andererseits abweichende, für die britische Zone ungünstigere Bestimmungen. Bei Krankenhauspflege erhält der Versicherte, der Angehörige ganz oder überwiegend zu unterhalten hat, ein Hausgeld für diese Angehörigen, nach § 186 RVO im Betrage des halben Krankengeldes. Das SVAG hat im § 11 das Hausgeld erhöht, und zwar beträgt es für einen Angehörigen $\frac{1}{3}$ des Grundlohns (Krankengeld ist normalerweise $\frac{1}{2}$ des Grundlohnes), für den zweiten Angehörigen $6\frac{2}{3}\%$ und für jeden weiteren Angehörigen je 5% des Grundlohnes, insgesamt aber nicht mehr als den Betrag des (vollen) Krankengeldes. Die gemäß § 187 RVO zulässigen Mehrleistungen (nach Kassensatzung) wurden in der ersten Zeit nach dem Zusammenbruch zum Teil erheblich eingeschränkt, vor allem in der britischen Zone; hier bestehen nunmehr nach Sozialversicherungsanordnung Nr. 30 (Zentralamt für Arbeit) vom 5. Dezember 1947 gesetzlich angeordnete einheitliche zusätzliche Leistungen. Das Sterbegeld, das nach § 201 RVO das 20fache des Grundlohns beträgt, ist in der genannten Anordnung für die britische Zone auf mindestens 75 DM festgesetzt.

In der Unfallversicherung ist zunächst daran zu erinnern, daß seit dem 1. Januar 1939 (nach dem 5. Gesetz über Änderungen in der Unfallversicherung vom 17. Februar 1939) nicht nur Tötung und Körperverletzung, sondern auch Beschädigung eines Körperersatzstückes (Prothese usw.) einen Schadenersatzanspruch begründen.

Zur Krankenbehandlung (neben der Berufsfürsorge die Sachleistung der Unfallversicherung) gehört nach § 558 b und c auch die Gewährung von Pflege. Diese Pflege kann abgelöst werden durch die Zahlung eines Pflegegeldes in Höhe von 20 bis 75 DM monatlich. Durch § 10 des Gesetzes über Verbesserungen der gesetzlichen Unfallversicherung vom 10. August 1949 ist der Höchstbetrag mit Wirkung vom 1. Juni 1949 auf 100 DM festgesetzt worden.

Wichtig sind vor allem die Bestimmungen über die verbesserten Bezüge von Verletzten, die mindestens

50 % der Vollrente beziehen (Schwerverletzte), sei es auf Grund eines Unfalls oder mehrerer Unfälle und Kriegsbeschädigungen zusammen. Nach dem oben genannten Gesetz werden in solchen Fällen Zuschläge gezahlt für Unfälle, die sich vor dem 1. Januar 1949 ereignet haben, und zwar in Hundertsätzen der Renten. Dabei wird berechnet, um wieviel Prozent der (umgerechnete) Jahresarbeitsverdienst eines gleichartigen Versicherten — möglichst des gleichen Betriebes — zwischen dem 1. Januar und 30. Juni 1949 höher ist als der der Rentenberechnung zugrundegelegte Jahresarbeitsverdienst. Der Zuschlag kann auch für Gruppen von Versicherten gleicher Beschäftigung einheitlich festgesetzt werden. Die Zuschläge sind auf ein Vielfaches von 5 % abzurunden; Beträge unter 1 DM monatlich werden nicht berücksichtigt. Die Vollrente (= $\frac{2}{3}$ Jahresarbeitsverdienst) darf mit dem Zuschlag zusammen 200 DM monatlich nicht übersteigen. Der Mindestbetrag einer Vollrente einschließlich des Zuschlages ist 70 DM. Bei Teilrenten entspricht der Betrag im Vergleich zum Mindest- oder Höchstbetrag jeweils dem Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit. Bei 50 % Erwerbsminderung schwankt also die Rente (mit Zuschlag) zwischen 35 und 100 DM, bei 80 % Erwerbsminderung zwischen 56 und 160 DM. Für den gleichen Personenkreis werden die Kinderzulagen, die bis zum 18. Lebensjahr des Kindes gewährt werden und 10 % der Rente ausmachen, ebenfalls erhöht, da für jedes zulageberechtigte Kind als Zuschlag 10 % des Rentenzuschlages zu zahlen sind. Die Rente darf aber einschließlich der Kinderzulagen den Jahresarbeitsverdienst nicht übersteigen. Bei der großen Witwenrente (= $\frac{2}{5}$ Jahresarbeitsverdienst für Witwen über 60 Jahre usw.) darf Rente und Zuschlag zusammen 120 DM monatlich nicht übersteigen, bei den sonstigen Hinterbliebenenrenten (für jüngere Witwen und Waisen bis zum 18. Lebensjahr = je $\frac{1}{5}$ Jahresarbeitsverdienst) 60 DM. Mindestbeträge sind hier 40 bzw. 30 DM monatlich. Auch für die Unfälle, die sich nach dem 31. Dezember 1948 ereignen, gelten die genannten Mindestbeträge, also 70 DM monatlich für eine Vollrente, 35 DM für eine Teilrente von 50 %, 40 DM für eine Witwen- und 30 DM für eine sonstige Hinterbliebenenrente. Für die amerikanische Zone ist noch zu nennen ein Länderratsgesetz über die Sozialversicherung der Insassen von Arbeits- und Interniertenlagern (gültig vom 1. Oktober 1946 ab) bezüglich der Berechnung von Jahresarbeitsverdiensten in Lagern für Zwecke der Unfallversicherung.

Anfang Oktober 1951 hat die Bundesregierung einen Gesetzentwurf über die Erhöhung der Renten in der gesetzlichen Unfallversicherung beschlossen, wonach die Renten für alle vor dem 1. Juni 1951 eingetretenen Unfälle aufgebessert werden sollen, ebenfalls unter Beschränkung auf Schwerverletzte.

In der Rentenversicherung ist zunächst von großer Bedeutung eine äußerlich unscheinbare Änderung des § 1254 RVO (statt früher „ein Drittel“ jetzt „die Hälfte“). Damit hat es folgende Bewandnis: In der Angestelltenversicherung ist von jeher Merkmal

der Berufsunfähigkeit (die zum Bezug von Ruhegeld berechtigt) eine Erwerbsminderung um mehr als die Hälfte gegenüber einer „Vergleichsperson“. In der Invalidenversicherung ist Invalidität dagegen gekennzeichnet durch Erwerbsminderung um mehr als zwei Drittel gegenüber der Vergleichsperson (körperlich und geistig gesunde Person derselben Art mit ähnlicher Ausbildung in derselben Gegend). Das SVAG hat in seinem § 2 durch die erwähnte Änderung die Invalidität jetzt ebenfalls als Erwerbsminderung um mehr als die Hälfte charakterisiert, aber in § 21 diese Neufassung ausdrücklich auf Versicherungsfälle nach dem 31. Mai 1949 beschränkt. Für alle älteren Fälle gilt also unverändert der Zwei-Drittel-Satz. Ähnlich steht es mit der Gewährung der Witwenrente: Nach der Vorschrift des § 3 SVAG werden jetzt durch entsprechende Änderung von § 1256 RVO die Witwen von Arbeitern denen von Angestellten bezüglich der Voraussetzungen des Rentenbezugs gleichgestellt, d. h. bei beiden Gruppen erhält die Witwe nach dem Tode des versicherten Ehemannes ohne weiteres ihre Rente. Das gilt aber nach § 21 nur für Todesfälle von Invalidenversicherten, die nach dem 31. Mai 1949 eintreten, es sei denn, daß die Witwe das 60. Lebensjahr vollendet hat. Bei früheren Todesfällen muß die Witwe, um Rente zu erhalten, selbst Invalide sein oder das 55. Lebensjahr vollendet und mindestens vier lebende Kinder geboren haben oder zur Zeit des Todes ihres Ehemannes mindestens vier waisenberechtigte Kinder (bzw. zwei unter 6 Jahren) erziehen.

In beiden Rentenversicherungen sind ferner die Renten (aller Kategorien) wiederholt erhöht worden. Nach § 1 SVAG wird mit Wirkung vom 1. Juni 1949 Invalidenrente und Ruhegeld um 15 DM, mindestens aber auf 50 DM erhöht, Witwen- und Witwenrente um 12 DM, mindestens auf 40 DM, Waisenrente um 6 DM, mindestens auf 30 DM. Außerdem wird zu den Kinderzuschüssen ein Zuschlag von 5 DM monatlich für jedes zuschlußberechtignte Kind gewährt. Soweit es nur von den Zuschlägen abhängt, dürfen auch die Hinterbliebenenrenten zusammen (entgegen § 1273 RVO) die Rente des Verstorbenen übersteigen. Bei „Wander-versicherten“ werden die Zuschläge nur einmal gewährt, nämlich aus dem Versicherungszweig mit der größeren Anzahl von Monatsbeiträgen.

Durch das Gesetz über die Gewährung von Zulagen in den gesetzlichen Rentenversicherungen und über Änderungen des Gemeinlastverfahrens vom 10. August 1951 wurden weiter mit Wirkung vom 1. Juni 1951 Sofortmaßnahmen zugunsten der notleidenden Rentner eingeleitet in Ausführung eines Beschlusses des Bundestages vom 1. März 1951. Die hiernach gewährten Zulagen beginnen mit 5 DM monatlich und steigen je um 2,50 DM für jede Rentengruppe, beginnend mit höchstens 25 DM und in Stufen von 10 DM monatlich fortschreitend; beispielsweise werden 20 DM zugelegt bei einer Rente von mehr als 75 bis 85 DM, 22,50 DM bei einer Rente von mehr als 85 bis 95 DM. Die Zulage macht also immer ein Viertel des Mittel-

betrags der Rentengruppe aus. Die Zulagen werden nur zu Renten gewährt, die am 1. Juli 1951 laufen oder nach diesem Tage festgestellt werden. Sie unterliegen nicht etwaigen Kürzungs- oder Ruhensvorschriften. Die Zulagen werden aber auf die Beträge angerechnet, die über die festen Zuschläge von 15, 12 und 6 DM hinaus (siehe Erhöhung ab 1. Juni 1949) zur Auffüllung auf die Mindestbeträge erforderlich sind. Von sachverständiger Seite²⁾ wird diese scheinbare Benachteiligung der „Kleinstrentner“ folgendermaßen begründet: Durch das SVAG sind in großem Umfang Renten, die auf verhältnismäßig niedrigen Beiträgen beruhen, durch die Zubilligung von Mindestbeträgen unangemessen stark erhöht worden. Die Rentenleistung kann somit nicht der Deckung durch Beiträge entsprechen, das heißt, das Versicherungsprinzip ist durchbrochen worden. Und hiervon muß man einmal wieder abkommen. Immerhin werden die hierbei leer ausgehenden Rentner wenigstens etwas entschädigt durch die Bestimmungen des ebenfalls am 10. August ergangenen Gesetzes über die einstweilige Gewährung einer Teuerungszulage zur Abgeltung von Preiserhöhungen bei Grundnahrungsmitteln (Teuerungszulagengesetz). Hiernach erhalten Rentner der Rentenversicherung, die gemäß dem eben behandelten Gesetz keine Zulage oder weniger als 3 DM erhalten, sowie Empfänger von Krankengeld, Unterstützungen der Arbeitslosenfürsorge und ähnlichen Bezügen für sich, ihre Ehefrau und sonstige zulageberechtigte Familienangehörige je 3 DM monatlich, wobei bestimmte Höchsteinkommen festgesetzt sind.

Abgesehen von der eingetretenen Invalidität oder Berufsunfähigkeit, an deren Stelle auch die Vollendung des 65. Lebensjahres tritt — in der amerikanischen Zone bei Angestellten, die mindestens ein Jahr ununterbrochen arbeitslos sind, die Vollendung des 60. Lebensjahres —, ist für den Rentenbezug unentbehrliche Voraussetzung, daß man die Wartezeit erfüllt und die Anwartschaft aufrecht erhalten hat. Die Wartezeit war früher in der Invalidenversicherung mit 520 Beitragswochen (10 Jahren) doppelt so lang wie in der Angestelltenversicherung mit 60 Beitragsmonaten (5 Jahren). Die wiederholt zitierte Vereinfachungs-Vo. vom 17. März 1945 hat die Wartezeit in der Invalidenversicherung auf 260 Beitragswochen (5 Jahre) verkürzt, und das SVAG hat diese Bestimmung auch auf die Länder außerhalb der britischen Zone ausgedehnt, so daß sie auch auf die Versicherungsfälle angewandt werden kann, die vor dem 1. Juni 1949 eingetreten sind, wobei aber die Leistungen frühestens vom 1. Juni 1949 ab gewährt werden. Für den Bezug von reiner Altersrente (Altersruhegeld) gilt in beiden Versicherungszweigen die dreifache Wartezeit (180 Monate oder 780 Wochen). Die Wartezeit gilt unabhängig von der Zahl der Beitragsmonate oder -Wochen als erfüllt, wenn der Versicherte infolge eines Arbeitsunfalls oder im Kriegsdienst als Soldat usw. oder sonst infolge Feindeinwirkung invalide ge-

worden oder gestorben ist, oder wenn er als Verfolger des Nationalsozialismus ein dauerndes Gebrechen erworben hat und dadurch invalide (berufsunfähig) geworden oder gestorben ist.

Die Aufrechterhaltung der Anwartschaft ist an die regelmäßige Zahlung einer bestimmten Zahl von Beiträgen gebunden. Seit 1938 sind hier die Bestimmungen für beide Rentenversicherungen die gleichen. Wichtig ist, daß der Versicherte selbst für die Innehaltung dieser Bestimmungen sorgt. Grundsätzlich müssen für jedes Kalenderjahr (abgesehen von dem des Versicherungsbeginns und dem des Versicherungsfalles) mindestens 26 Wochen oder 6 Monate mit Beiträgen belegt sein. Nach § 4 SVAG ist die Anwartschaft aus allen Beiträgen, die bis zum 31. Dezember 1948 entrichtet sind, bis zu diesem Tage erhalten, sofern nicht etwa der Versicherungsfall bis dahin eingetreten ist; selbstverständlich muß gleichzeitig die Wartezeit durch Beiträge usw. erfüllt sein; Beiträge, die vor dem 1. Januar 1924 entrichtet sind, zählen nur dann mit, wenn zwischen dem 1. Januar 1924 und dem 30. November 1948 mindestens ein Beitrag entrichtet worden ist. Vom 1. Januar 1949 ab müssen dann wieder im Kalenderjahr mindestens 26 Wochen oder 6 Monate mit Beiträgen belegt werden. Das gilt auch für Flüchtlinge und Ausgewiesene. Für Versicherungsfälle vor dem 1. Januar 1949 gelten auch die früheren Anwartschaftsvorschriften des „Aufbaugesetzes“ vom 21. Dezember 1937, auf die hier nicht weiter eingegangen werden soll. An die Stelle der tatsächlichen Beitragszeiten können auch „Ersatzzeiten“ treten, sowohl für die Wartezeit als auch für die Anwartschaft. Solche Ersatzzeiten sind Wehrdienst oder Reichsarbeitsdienst, Kriegsdienst, zwangsweiser Auslandsaufenthalt während des Krieges, Inhaftierung usw. eines Verfolgten des Nationalsozialismus, Kriegsgefangenschaft und Internierung nach dem Heimkehrergesetz. Diese Zeiten stehen Pflichtbeiträgen gleich. Ferner gibt es Ersatzzeiten, die nur der Erhaltung der Anwartschaft dienen, wie Fortbildungslerngänge, Krankheits-, Schwangerschafts- und ähnliche Zeiten mit Arbeitsunfähigkeit, Arbeitslosigkeit usw.

Wenn all diese Vorschriften nicht ausreichen, um einem Versicherten die Anwartschaft zu erhalten, kann er die sogenannte „Halbdeckung“ in Anspruch nehmen. Diese ist vorhanden, wenn beim Versicherungsfalle die zwischen dem ersten Eintritt in die Rentenversicherung und dem Tag des Versicherungsfalles liegende Zeit zur Hälfte mit Beiträgen belegt ist. Dabei werden (als Zeit) nicht mitgerechnet das erste und das letzte Kalenderjahr, Kriegsdienst (im ersten und zweiten Weltkrieg), Bezug von Invalidenrente oder Ruhegeld. Für Altersrente oder -ruhegeld können noch in Nachentrichtungsfristen nach dem 65. Lebensjahr freiwillig so viel Beiträge nachentrichtet werden, daß die „Halbdeckung“ erreicht wird.

Für (freiwillig) Versicherte, für die der Versicherungsfall noch nicht eingetreten ist, die aber seit Jahren keine Beiträge mehr geleistet haben, besteht noch die Möglichkeit, sich Rentenansprüche durch Entrichtung

²⁾ Dr. Roedner in „Wege zur Sozialversicherung“, September 1951, Seite 277.

freiwilliger Beiträge zu sichern. Dazu müssen insgesamt 26 Beiträge (zwischen 1. Januar 1924 und 30. November 1948 mindestens einer) bereits nachgewiesen sein und vom 1. Januar 1949 ab jährlich 26 Wochen oder 6 Monate belegt werden. Dabei müssen Nachzahlungen für 1949 spätestens bis 31. Dezember 1951 geleistet werden.

Die Renten, zu denen die vorher erwähnten Zuschläge nach den Bestimmungen der letzten Jahre hinzutreten, setzen sich wie bisher aus dem Grundbetrag (bei der Invalidenrente jährlich 156 DM, beim Angestellten-Ruhegeld 444 DM), den Steigerungsbeträgen (nach Ende Mai 1949 bei der Invalidenversicherung 1,2% des eingetragenen Entgelts, bei der Angestelltenversicherung 0,7% dieses Entgelts) und dem Kinderzuschlag zusammen. Außer den Renten werden noch — erforderlichenfalls — Heilverfahren gewährt. Die früher möglichen Beitragserstattungen an weibliche Versicherte im Fall der Verheiratung werden seit 1945 nicht mehr gewährt.

In der Arbeitslosenversicherung, die als letzter Zweig der Sozialversicherung behandelt werden soll, ist die Verordnung über Arbeitslosenhilfe vom 5. September 1939, die auch eine Prüfung der Bedürftigkeit vorsah, außer Kraft getreten und bezüglich der Arbeitslosenunterstützung der Versicherungscharakter wiederhergestellt worden. Anspruch auf Arbeitslosenunterstützung hat jetzt (wieder), wer unfreiwillig arbeitslos, arbeitsfähig und arbeitswillig ist, wer ferner die Anwartschaft erfüllt und den Anspruch auf Arbeitslosenunterstützung nicht erschöpft hat (§ 87 AVAVG). Die Unterstützung wird bemessen nach dem tatsächlichen Arbeitsentgelt der letzten 13 Wochen bzw. 3 Monate vor der ersten Arbeitslosmeldung — bei einer Beschäftigung, die nicht dem Beruf und der

Ausbildung entspricht und ein unterdurchschnittliches Entgelt erbringt, nach dem Arbeitsentgelt der letzten 52 Wochen — und wird für insgesamt 13 Wochen gewährt. Wer in der „Rahmenfrist“ wenigstens 39 Wochen versicherungspflichtig beschäftigt gewesen ist, erhält die Unterstützung 20 Wochen lang, bei 52 Wochen Beschäftigung erhöht sich die Dauer der Gewährung auf längstens 26 Wochen. Neben der Hauptunterstützung werden Familienzuschläge nach der Zahl der vom Arbeitslosen unterhaltenen Familienangehörigen gezahlt. Nach dem Gesetz zur Änderung des Gesetzes über Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung vom 29. März 1951 werden für die Berechnung der Unterstützungssätze höchstens 12,50 DM täglich, 87,50 DM wöchentlich oder 375 DM monatlich zugrunde gelegt. Der höchste Wochensatz der Unterstützung ist danach für den Arbeitslosen ohne Angehörige 28,50 DM, bei 4 Familienangehörigen 43,20 DM, der überhaupt mögliche Höchstbetrag 60,90 DM. Für Arbeitslose ohne Angehörige besteht eine „Wartezeit“ von 7 Tagen, sonst von 3 Tagen.

Von den zahlreichen Problemen, die heute die Sozialversicherung berühren, sei am Schluß nur auf eines hingewiesen, das vor allem auf dem 54. Deutschen Ärztetag in München eine Rolle gespielt hat: Ist etwa ein „Umbau der Krankenversicherung“ notwendig, um nicht nur die sachgemäße Behandlung des Kranken zu sichern, sondern auch seine und seiner Familie wirtschaftliche Erhaltung während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit, die bisher aus dem Krankengeld getragen werden mußte? Prof. Ludwig Heyde, Köln, hat sich für einen solchen Umbau ausgesprochen und damit eine Diskussion eröffnet, die letztlich auch die anderen Gebiete der Sozialversicherung und ihren Bestand überhaupt angeht.

Summary: Development and Present Position of Social Insurance in the Federal Republic. Although, as a rule, the national law code remained in force after the capitulation in 1945, the various regions developed different legal positions in spite of the common basis; the reason for this was that the legislative authority had at first rested with the individual Military Governments who frequently approached the tasks before them from totally different angles. After the conditions of domestic policy had settled down somewhat, legislation in matters of social insurance was gradually returned to German bodies who then tried to restore the necessary uniformity. In spite of the changes in substantive law after 1945, the legal conception of the German social insurance system remained the same although the social insurance organizations temporarily accepted functions of social welfare. Further details of the article provide a review of the changes in the substantive law of social insurance as regards groups of population affected, raising of funds, collection of contributions, and performances of the various branches of insurance.

Résumé: Les assurances sociales dans la République Fédérale. Bien que dans ce domaine, après la capitulation, l'ancien droit du Reich en général fût resté en vigueur, pourtant sur ce base commun se développaient dans les régions différentes des formes judiciaires divergentes, étant donné qu'au début la législation fut affaire des gouvernements militaires respectifs dont les principes d'organisation furent conçus sous des aspects fort différents. Après la stabilisation de la situation politique intérieure les autorités allemandes, progressivement et tout en aspirant à l'unification nécessaire de cette législation, ont assumé la responsabilité pour le droit d'assurances sociales. Malgré les modifications apportées au droit matériel après 1945 les maximes de droit en tant que fondement des assurances furent conservées, quoique les porteurs d'assurances sociales, provisoirement, furent chargés de tâches relevant de l'assistance publique. L'auteur traite en détail des modifications du droit matériel concernant les catégories différentes des assurances sociales, i. e. preneurs d'assurances, constitution des fonds, mode de prélever les contributions, indemnités à effectuer etc.

Resumen: Desarrollo y estado del seguro social en la República Federal. Si bien después de la capitulación, el derecho del Reich ha quedado generalmente en vigor, se desarrollaron, a pesar de la base igual en los diferentes terrenos, diferentes estados jurídicos, porque los gobiernos militares estaban investidos de la facultad legislativa y mantenían muchas veces diferentes puntos de vista al emprender sus tareas. Después de la consolidación de las condiciones de la política interior, las autoridades alemanas vinieron asumir cada vez más la legislación en lo que respecta al seguro social y intentaron de restablecer la necesaria unidad. El pensamiento de derecho del seguro en el que estriba el seguro social alemán, no ha cambiado después de 1945 a pesar de las alteraciones del derecho material, si bien las instituciones de seguro han asumido temporalmente tareas de beneficencia. El autor puntualiza los cambios en el derecho material del seguro social en lo que se refiere al círculo de los asegurados, a la recopilación de los fondos, a la recaudación de las contribuciones y a la prestación de seguro dentro de los diferentes clases de seguro.